



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD
DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**“ Resiliencia en cuidadores informales de adultos de la tercera
edad”**

TESINA

Que para obtener el título de
Licenciado en Psicología

P R E S E N T A:

Fernando Aguilar López

Director de Tesina:

María Enriqueta Figueroa Rubio



Ciudad De México, 2021.



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.

Índice.

Resumen

Introducción

Capítulo 1.- Ciclo de vida.

1.1- Proceso de ciclo de vida. Envejecimiento.

1.2- Paciente geriátrico.

Capítulo 2.- El cuidar como trabajo.

2.1- El cuidador y su función.

2.2- Roles fundamentales de un cuidador.

2.3- Dificultad en el ejercicio del rol.

2.4- Rutina del ser cuidador. Cuidador y ser cuidado.

2.5- Etapas en el cuidado de una persona de la tercera edad dependiente.

2.6- Efectos del cuidador en la persona.

Capítulo 3.- La resiliencia como una característica para afrontar el cuidado de los pacientes geriátricos.

3.1- Resiliencia.

3.2- Pilares de la resiliencia.

3.3- Facilitadores de resiliencia.

3.4- La resiliencia y sus fuentes.

3.5- Características para desarrollar la resiliencia.

Capítulo 4.- Metodología.

Capítulo 5.- Resultados.

Discusión.

Resultados.

Bibliografía.

Anexos.

Resumen

En esta investigación se explora el papel de la resiliencia como una variable protectora ante la tarea que cumplen los cuidadores informales de las personas adultas de la tercera edad. El propósito de esta investigación fue realizar una revisión bibliográfica exhaustiva sobre el rol que desempeñan dichos cuidadores informales en los adultos mayores y la resiliencia en estos, además se busca la posibilidad de incluir este tema en el plan de estudios de la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores plantel Zaragoza. Para esto se procedió a la investigación, recolección y análisis de documentos científicos sobre el proceso de ciclo de vida de una persona, con el propósito de entender las distintas etapas de la vida y la serie de cambios que ocurren en estas. Seguido de la investigación, recolección y análisis de documentos científicos enfocados a la tarea de cuidar a otra persona para poder observar el origen de dicho rol, de igual forma se hace el proceso con la variable del cuidador informal para distinguir estas características. Por último se repite dicho proceso enfocado a la resiliencia para observar la etiología y cómo es una característica innata en las personas (énfasis en el cuidador informal), se distinguen los pilares, fuentes y características que conforman la resiliencia en una persona ante una situación de adversidad.

Palabras clave: resiliencia, cuidador, adulto de la tercera edad.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere al tema del nivel de resiliencia en los cuidadores informales adultos de la tercera edad, el cuidador se define como aquella persona que cuida a otra, esta última, la mayoría de las veces es afectada por alguna

incapacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (Flores-Lozano, 1997). La característica principal de un cuidador de tipo informal es la ayuda voluntaria que brinda, es decir, no recibe remuneración económica alguna. Por otro lado, la resiliencia se define como la capacidad innata en una persona para desarrollarse psicológicamente sana y exitosa en situaciones donde su integridad se vea amenazada (Rutter, 1993).

A medida que avanza el siglo XXI, la población del país claramente empieza a mostrar un envejecimiento (Consejo Nacional de Población, 2004). Se calcula que, en 2030, la población de adultos mayores hoy es del 8%, aumentará al 25% del total (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2012).

Se entiende como paciente geriátrico aquella persona superior a los setenta años de edad, en donde haya una presencia patológica notoria o relevante y el proceso de la enfermedad tenga características incapacitantes, exista una patología mental o problemática social en su estado de salud actual de la persona (Kane, 1991).

Para analizar esta problemática es necesario mencionar sus causas, entre ellas se encuentra el constante incremento del número de adultos mayores en el mundo, la reducción de estancia hospitalaria, aumento de la esperanza de vida, disminución de la tasa de natalidad y disminución de la mortalidad. Como se mencionó anteriormente este fenómeno del envejecimiento de la población continuará por varios años incrementando la población mayor (IMSERSO, 2004).

Se calcula que hasta un 22% de todas las personas mayores de 65 años de edad necesitan de un cuidador que los apoye en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) (Roger-García, 2009).

La investigación de esta problemática social se realizó por el interés de conocer y difundir el panorama general sobre la relevancia que tiene la resiliencia, en la relación entre el cuidador informal y el adulto de la tercera edad, posteriormente integrarlo en el programa del plan de estudios de la carrera de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Resulta esencial tratar de apoyar a los cuidadores que se ven afectados física y emocionalmente, con las dimensiones sociales, económicas y políticas que implica el futuro de la vejez, se sabe que las disciplinas deben responder a las necesidades que ha de plantearse dicho campo, donde los países deben generar alternativas de atención para este sector de la población que aumenta de manera progresiva.

En el ámbito profesional como estudiante de la carrera de Psicología, nace el interés de abordar la resiliencia como la variable principal, pues esta es la que determina si se logra superar una situación adversa de forma exitosa, además esta superación no es sólo en el ámbito de la relación con la persona adulta, ya que esta tiene repercusiones positivas o negativas que trascienden dicha relación, por ejemplo, mejores relaciones con uno mismo y por ende con los demás.

Todo ello genera un panorama donde el número de personas que requieren cuidados de salud de larga duración va en aumento, el cuidador puede llegar a

presentar problemas psicológicos como el aislamiento social, sentimientos de soledad, duelo ambiguo por la pérdida de la persona que era y que ahora por la situación se considera una persona distinta e incluso el deseo de muerte a su familiar. Es esencial el contexto familiar y el impacto que se llegue a producir sobre este sistema a causa del cuidado de una persona con dependencia.

Cabe resaltar que el gran número de cuidadores informales no están preparados para asumir dicho rol, pues, muchas personas de la tercera edad están enfermas o tienen alguna discapacidad y el cuidador debe de contar con una serie de conocimientos específicos, esto se agudiza con enfermedades o complicaciones en la persona adulta, para hacer frente a esta situación, lo que deriva en una situación donde el futuro cuidador no está preparado correctamente para asumir dicho rol, esto debido a la falta de información acerca de la enfermedad y su evolución.

En el marco de la metodología, la investigación se realizó con una búsqueda intensiva de investigaciones que aludiera al tema principal o en su defecto que abordara una o más variables y que aportara información relevante a la investigación. La investigación de campo se realizó en su mayor parte en sitios de búsqueda online reconocidos a nivel nacional o internacional, pues es vital contar con la información más reciente y fiable para poder abordar el tema en la actualidad y aportar datos nuevos a la misma.

Durante la investigación de campo, uno de los obstáculos más comunes en la búsqueda de la información es el gran número de investigaciones realizadas en ambientes controlados, es decir, con profesionales de la salud o en centros de salud

especializados, por el otro lado está el bajo número de investigaciones realizadas con personas que se ven en la necesidad de apoyar a un familiar o conocido en una situación de dependencia, por el contrario una ventaja que ofrecen las investigaciones cualitativas son las vivencias de informantes en la vida real, ya que estas muestran una visión más amplia del fenómeno a explorar.

De tal forma en este trabajo se planteó el objetivo general de:

- Brindar un panorama general de la relevancia que tienen los temas de resiliencia, cuidadores y personas de tercera edad en los programas del plan de estudios de la carrera de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Analizar la información y concretar una propuesta hacia el plan de estudios de la carrera de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Reconocer y evidenciar las características resilientes en los cuidadores, los cuales colocan a prueba sus capacidades en medio de las adversidades que presentan logrando alcanzar sus propias metas y permitiendo el crecimiento personal de la persona adulta y a la vez de sí mismo.
- Evidenciar el interés y motivaciones que poseen los cuidadores resilientes por demostrar sus fortalezas y habilidades más allá de sus limitaciones.

Para ello, en el capítulo I se realiza el planteamiento de la situación ¿Cuál es el proceso de vida de una persona? ¿En qué momento se considera a una persona adulta de la tercera edad y que implica estar en dicha fase?

En el capítulo II se aborda la cuestión ¿Qué es un cuidador y cuales son sus funciones y roles que asume? ¿Cuál es la relación de un cuidador informal con el adulto mayor de la tercera edad y la familia del adulto? ¿Cuáles son las etapas del cuidado en dicha relación y las dificultades y efectos que afronta el cuidador en esta?

En el capítulo III se analiza el concepto de resiliencia, así como su origen, desarrollo y consolidación en cualquier persona, la importancia de desarrollar la resiliencia, además el efecto que provoca en las personas. Asimismo se presentan las características y pilares que son propias de dicho concepto.

En el capítulo IV se hace mención de los resultados y conclusiones obtenidos en la investigación, además se adjunta un cuadro comparativo sobre las investigaciones que fueron tomadas en cuenta a la hora de hacer los análisis correspondientes.

Capítulo 1. *La última etapa de la vida.*

En este capítulo se analizará en qué momento de la vida una persona es considerada dentro del rango de la población adulta de la tercera edad, así mismo, las características, beneficios e implicaciones de estar en dicha etapa de la vida. Así mismo, se hablará del paciente geriátrico, las implicaciones que conlleva su evaluación, los cambios biopsicosociales y dificultades que presenta la persona a dicha edad.

1.1. Proceso de ciclo de vida. Envejecimiento.

El desarrollo humano comprende los cambios que ocurren dentro de una estructura, dichos cambios se deben a distintas influencias, este desarrollo abarca el crecimiento, madurez y aprendizaje, respecto a esto, la psicología cuenta con un área encargada de estudiar los cambios conductuales, emocionales y psicológicos que ocurren durante el transcurso de vida de las personas. La misma palabra conlleva un contexto de cambio o crecimiento, del individuo al mostrar los cambios

producidos desde el principio hasta el final de la vida (Baltes, Lindenberger y Staudinger, 1998).

Maier (1968) define el desarrollo humano como la integración de cambios constitucionales que fueron aprendidos y que conforman la personalidad del individuo en su constante desarrollo. Así mismo Craig (1994) entiende el desarrollo como aquella serie de cambios temporales que transcurren en la estructura, comportamiento y pensamiento de una persona, estos se deben a factores biológicos y ambientales.

El ciclo de vida afecta en todos los ámbitos de la vida de la persona como lo son: el físico, cognoscitivo y psicosocial. El primero de estos abarca el crecimiento de la persona, habilidades motrices y la salud del cuerpo, el segundo ámbito abarca los procesos psicológicos básicos y superiores, el último abarca principalmente las relaciones sociales y las emociones que desencadenan las mismas.

En este sentido, se establecen cinco características del desarrollo que abarca el proceso de vida de una persona de cualquier edad, (Lindenberger & Staudinger, 2006):

- 1) Multidireccional. Un cambio se puede producir en cualquier dirección, ya que puede haber ganancias o pérdidas inesperadas a cualquier edad, por lo tanto, se afirma que el desarrollo es un proceso dinámico.

2) Multicontextual. La vida está inmersa en diversas condiciones, ya sean económicas, históricas, culturales o personales. Las personas se desenvuelven diariamente en contextos diferentes que a su vez estos afectan su desarrollo, contextos tales como el histórico y socioeconómico.

3) Multicultural. La cultura afecta a todo individuo en todo momento. Existe una gran diversidad cultural, se puede hablar de una cultura internacional, así como una interna perteneciente, donde dicho concepto de forma implícita lleva una serie de creencias distintas a las demás, ya sean valores, tradiciones o costumbres.

4) Multidisciplinaria. Distintas disciplinas académicas contribuyen continuamente en el camino a la ciencia del desarrollo (biología, psicología y educación).

5) Plasticidad. Cada persona es única por los rasgos individuales que posee, aunque dichos rasgos pueden sufrir alteraciones en cualquier momento de su existencia.

Vejez (60 años en adelante)

La vejez como tal es la cualidad de ser viejo, a las personas y en general a los animales que han vivido más tiempo que los demás. Por lo tanto, ser viejo significa haber envejecido o haber vivido más que otras personas, sin embargo, la definición de vejez depende del contexto y del grupo de personas al que se haga mención. En esta etapa hay una reducción de la reserva fisiológica y capacidad funcional, por lo tanto, una característica evidente es la disminución de las reservas homeostáticas. Cada órgano o sistema empieza a envejecer, por ejemplo, la piel pierde grosor y aumenta su elasticidad, el cabello se torna de un color gris o blanco, hay disminución en la agudeza visual y auditiva, entre otros (Perlado, 2001).

En este momento ocurren diversos acontecimientos y ajustes, particularmente los cambios en las capacidades físicas, situaciones de índole personal, social, y relaciones con personas, es tiempo de la jubilación. La persona debe prestar mayor atención al cuidado de la salud para mantener un vigor físico y bienestar en un nivel óptimo. Las relaciones con los hijos adultos, nietos y otros parientes adquieren un nuevo significado, por lo que mantener y establecer amistades significativas con los pares es sumamente relevante para el bienestar de la persona (Perlado, 2001).

Es en este periodo donde las personas enfrentan diversas situaciones como la posibilidad de alejarse del ámbito laboral y pensar en la jubilación, lo que a su vez trae consigo dos problemas muy comunes: por un lado, es el tiempo disponible y

por el otro lado está el cómo sustentar su economía. Pero lo anterior no implica un aspecto del todo negativo, pues estas personas cuentan con una basta experiencia en el campo laboral, son socialmente valiosas, sólo necesitan un entorno adecuado, ya que hoy en día no se favorece dicho reconocimiento de la experiencia, basta con recordar cuando los consejos de estas personas eran fundamentales para las comunidades más jóvenes (Perlado, 2001).

A nivel cognitivo se aprecia una serie de características como lo es la disminución de la actividad psicomotriz, disminución de la velocidad del procesamiento de la información, dificultad para solucionar problemas abstractos o complejos. Además de lo anterior, resulta evidente la pérdida de memoria, pues normalmente hay una dificultad para evocar recuerdos e incluso sucesos en un corto periodo de tiempo. Por último, la afectividad se ve afectada por la disminución de los contactos sociales, la pérdida de seres queridos o la soledad, pero por otro lado se establecen nuevos lazos sociales que anteriormente por cuestiones laborales y familiares no se pudieron establecer (Perlado, 2001).

Por lo anterior, Peck (1959) establece cuatro problemas que tendrá la persona en esta etapa de la vida:

- 1.- Aprecio de la sabiduría frente al aprecio de la fuerza física. A medida que la resistencia y la salud muestran un deterioro, las personas deben focalizar gran parte de su energía hacia las actividades mentales.

2.- Socialización frente a sexualización en las relaciones humanas. Hace referencia a un ajuste que es impuesto por las restricciones sociales y los cambios biológicos. Los cambios físicos generan una redefinición de las relaciones con miembros de ambos sexos, donde la camaradería ahora es una prioridad por encima de la intimidad sexual o la competitividad.

3.- Flexibilidad emotiva frente a empobrecimiento emotivo. La flexibilidad emotiva es el origen de diversos ajustes producidos durante la madurez, ejemplo: cuando las familias se separan, cuando los amigos se marchan y los antiguos intereses dejan de ser nuestro foco de atención.

4.- Flexibilidad frente a rigidez mental. La persona debe enfrentar la obstinación a sus nuevos hábitos de vida y tener confianza en las nuevas ideas. Por lo tanto, la rigidez mental es la tendencia en la que la persona se deja dominar por experiencias y juicios anteriores. Además, Peck, también menciona tres tareas principales para el envejecimiento:

1) Trascendencia corporal frente a preocupación por el cuerpo. Se hace referencia a una concientización y posteriormente a "transcender" los problemas en un momento específico de la vida de una persona, ejemplo: si una persona adulta es consciente de la disminución de su estado físico en vez de reprochar dichos cambios debería de ser trascendente, es decir, centrar las metas vitales en el rendimiento mental y en las relaciones sociales.

2) Diferenciación del ego frente a preocupación por el trabajo. Esta tarea hace alusión al momento donde la persona debe de valorarse a sí misma y aceptar los cambios en su vida personal o laboral , a través de actividades independientes de su anterior vida laboral y de las características positivas adquiridas en su personalidad.

3) Trascendencia del ego frente a preocupación por el ego. Esta última tarea hace referencia al valor que tienen las aportaciones personales en cualquier nivel, ya sean aportaciones por medio de los hijos y del legado material o cultural para las futuras generaciones, se dice que esta tarea se cumple cuando lo anteriormente mencionado toma mayor valor que el temor a la propia muerte.

Aunado a lo anterior, Erikson (1968) explica el desarrollo humano como una búsqueda de la identidad personal, a través de ocho distintas etapas. La resolución de forma positiva de cada etapa es de vital importancia para poder acceder a la siguiente, el conflicto en cada una de estas es esencial pues es el causante del paso de una etapa a otra superior. La naturaleza de cada crisis es distinta y se caracteriza por una bipolarización (positiva-negativa), si dicha crisis no se resuelve exitosamente continuarán las dificultades. De acuerdo con Erikson, el principal problema que se tiene en la vejez es la generatividad frente al estancamiento.

Respecto a la generatividad, Erikson afirma que operamos dentro de tres dominios:

- El procreativo, consiste en dar y en responder a las necesidades de la siguiente generación.

- El productivo, consiste en integrar el trabajo a la vida familiar y cuidar a la siguiente generación.
- El creativo, consiste en hacer aportaciones a la sociedad a gran escala.

En una posterior ampliación, Baltes propone siete principios para su psicología del desarrollo del ciclo vital, de los que sólo se abordarán los cuatro más importantes (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 1998):

1. Desarrollo continuo a lo largo de toda la vida. El desarrollo ontogenético es un proceso sin fin, en el que no existen momentos o espacios prioritarios, es decir, siempre pueden ocurrir procesos continuos acumulativos o procesos discontinuos innovativos. Esto significa, que todos los campos son igual de importantes para el desarrollo, teniendo siempre en cuenta las características, metas o exigencias particulares de cada edad.
2. El desarrollo del ciclo vital está caracterizado por una multidireccionalidad y una multidimensionalidad inter e intraindividual. La multidimensionalidad indica que el desarrollo no corre de forma paralela, sino diferencial, entre los distintos ámbitos de las conductas o recursos y también dentro de esos mismos ámbitos. La multidireccionalidad indica que el desarrollo puede ir en direcciones cualitativamente distintas.
3. El desarrollo vital es un doble juego entre pérdidas y ganancias. Mientras que al principio predominan las ganancias, estas van

cediendo con el paso del tiempo. Pero siempre, aún en edades superiores, pueden constatarse nuevos recursos, aunque no sean muy numerosos.

4. Concepto de la plasticidad: define la adaptabilidad intraindividual en los aspectos psicosociales. Las personas que ya no muestran mejoras en determinadas actividades son capaces de mostrar un mayor índice de mejoría con el tiempo. Se distinguen tres tipos de plasticidad: el rendimiento de partida, es decir, el nivel adquirido sin entrenamiento alguno; la reserva de capacidad de inicio, es decir, el límite superior de los resortes disponibles activados y, por último, la reserva de capacidad de desarrollo, es decir, el nivel de rendimiento que puede adquirirse en el training y la intervención (Baltes, 1990).

1.2. Paciente geriátrico.

La evaluación de las personas adultas de la tercera edad por lo regular es distinta a la evaluación médica convencional, esto se debe a que la mayoría de estas personas presentan problemas de salud más complejos, lo que implica un diagnóstico más completo, lo anteriormente mencionado da como resultado una modificación en los modelos tradicionales de valoración clínica (Tallis, 2003).

Es por eso que una detección temprana de forma correcta de los malestares da pie a una intervención eficaz que evite un mayor deterioro en la persona y proporciona un mayor nivel de calidad de vida, por lo tanto las personas adultas de la tercera edad que presenten una o varias enfermedades serán evaluadas con una mayor calidad y a su vez con mayor grado de asertividad mediante un abordaje

geriátrico de forma completa efectuado por un equipo multidisciplinario. La Organización Mundial de la Salud reconoce la importancia de dicha valoración e incluso hace mención en que esta es de las mejores formas de medición de salud en términos de función (Marín, 2009).

El término valoración geriátrica hace mención al abordaje clínico del paciente adulto mayor, en el cual se indaga más allá de la historia clínica y la exploración médica. La valoración geriátrica integral (VGI) es un proceso dinámico y estructurado para detectar problemas, necesidades o capacidades de la persona en los ámbitos clínica, funcional, mental y social con la finalidad de elaborar una intervención, posteriormente un seguimiento a largo plazo para que la persona cuente con un mayor grado de independencia, así esta pueda mantener su calidad de vida actual o incluso llegar a mejorarla (Kane, 1991).

Se entiende como paciente geriátrico aquella persona superior a los setenta años de edad, en donde haya una presencia patológica notoria o relevante y el proceso de la enfermedad tenga características incapacitantes, exista una patología mental o problemática social en su estado de salud actual de la persona (Kane, 1991).

Esta herramienta es utilizada por el médico profesional, es un proceso dinámico, ya que evalúan y observan los cambios de la persona adulta de la tercera

edad mediante un seguimiento, este incluye cuatro esferas dentro de la intervención que son: clínica- mental- social- funcional, una vez que estas son evaluadas se llega a tener una imagen completa de la persona, para esto se usan como apoyo las escalas de evaluación como la anamnesis y la exploración física (Ariño, 2002). A continuación, el autor expone dichas facetas:

1.- La Valoración de la esfera clínica. Esta esfera incluye la entrevista clínica acompañada de un interrogatorio que abarca eventos como caídas, disminución en alguno de los sentidos como agudeza visual o disminución auditiva, listado de problemas e historia farmacológica. A continuación se mencionan los aspectos que se toman en cuenta a la hora de hacer dicha evaluación:

A) Aspectos clínicos: efectos del envejecimiento físico, enfermedades incapacitantes e incidencia de pluripatología.

B) Aspectos sociales: sobrecarga del cuidador en el momento, estado actual de la calidad de vida de la persona adulta y del cuidador, repercusión de la enfermedad así como necesidades de recursos latentes.

C) Anamnesis: antecedentes importantes personales, diagnósticos anteriores e intervenciones quirúrgicas. También se toman en cuenta los siguientes puntos:

D) Síntomas y revisiones.

E) Historia farmacológica completa

F) Historia de nutrición.

G) Enfermedad actual (es).

H) Exploración física de la persona.

2.- Valoración de la esfera funcional. Esta esfera se enfoca más a la recolección de información sobre capacidades y fortalezas que posee la persona para la realización de sus actividades habituales. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son aquellas actividades que la persona debe de realizar diariamente para su autocuidado (aseo, alimentación vestido), así mismo las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son aquellas actividades que la persona realiza para poder interactuar con su medio para así lograr un estado de independencia (cocinar, comprar), por último, las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) es el conjunto de actividades que permitan la colaboración de la persona (actividades sociales, trabajo y ejercicio) .

3.- Valoración de la esfera mental. Es importante atender el estudio de la esfera cognitiva y afectiva para comprender las variables implicadas. Esta se enfoca principalmente en brindar un diagnóstico de un posible deterioro cognitivo que afecte la capacidad de autosuficiencia de la persona y a su vez poder generar estrategias de intervención, para esto se apoya de los siguientes puntos:

A) Variables orgánicas.

B) Factores psicosociales.

C) Entidades clínicas (hipertensión, diabetes, insuficiencia renal).

D) Trastornos por ansiedad y depresión (evaluación mental).

E) Valoración cognitiva.

F) Valoración afectiva.

G) Valoración social.

4.- Valoración de la esfera social. Esta esfera permite conocer la relación entre la persona y su entorno en el que se involucra día a día. Una vez más la familia es la que aporta mayor cuidado al paciente geriátrico, se apoya de los siguientes puntos:

A) Datos de interés o de repercusión presente o futura.

B) Valoración sociofamiliar (situaciones de riesgo y problemas sociales).

C) Medición de calidad de vida.

D) Salud física y emocional.

E) Situación económica.

En el siguiente capítulo se analizará el papel fundamental que realiza la persona conocida como cuidador, las funciones que cumple, así mismo, toda la serie de complicaciones en dicho proceso de adaptación de un nuevo rol, el papel de la sociedad en todo esto y la importancia de la familia en esta problemática.

Capítulo 2. *El cuidar como trabajo.*

En el capítulo anterior se observó el desarrollo humano que atañe la tercera edad, el cual ocurre dentro de una estructura con el paso del tiempo. Se hizo un énfasis en el paciente geriátrico, ya que en esta edad la evaluación es más compleja por las diversas enfermedades o complicaciones que la persona pueda llegar a presentar, por lo tanto, esta evaluación representa una visión más amplia.

2.1 El Cuidador y su función.

El cuidador se define como aquella persona que cuida a otra, esta última, la mayoría de las veces es afectada por alguna incapacidad, la misma deriva en la dificultad para la realización de actividades básicas de la vida diaria. No sólo las personas de una edad avanzada necesitan un cuidador, pues cualquier persona en determinado momento puede contraer alguna enfermedad o en determinados casos dichas incapacidades son derivadas de accidentes, por lo que la figura del cuidador es indispensable para toda la sociedad en general (Flores-Lozano, 1997).

Desde los orígenes de la humanidad, la acción de cuidar ha sido ampliamente relacionada con la protección de la salud. Según Carmen Domínguez (1986) la tarea del cuidar ha sido vista como una extensión de la mujer, dicha labor implica una serie de conocimientos ligados al estilo de vida de las personas y a la noción de supervivencia de los mismos. Aunado a lo anterior, Siles (1998) hace mención de tales cuidados de la salud, estos se organizan para cubrir las necesidades de la persona como lo es alimentarse y crecer, por lo tanto, lo anterior determinaría un desarrollo cultural en el ser humano.

Minguez en su artículo publicado “Cultura de los Cuidados” en el año 2000, menciona los cuidados desde su origen en la humanidad, estos han estado relacionados directamente al factor de supervivencia, donde dicho factor ha sido esencial en el ser humano, pues hoy en día no se hablaría de un proceso de evolución sin el mismo. Aunado a lo anterior, toda a lo largo de la historia tuvo la necesidad de organizarse y proteger la salud de sus habitantes, ya sea de forma individual o colectiva, debido a esta prevención se pudo obtener la satisfacción de las necesidades y problemas que surgieran.

Cuidar es un acto que permite a una persona mantenerse y continuar la reproducción de la vida; es decir, estos cuidados corresponden a una serie de acciones que posibilitan el mantenimiento o bienestar de la persona que es cuidada, estos incluyen acciones como: beber, comer, levantarse, moverse, desplazarse, desarrollarse emocionalmente, mantener relaciones sociales, recrearse, los mismos que son proporcionados por otra persona (Colliere, 1993).

Bover (2004) menciona distintos tipos de cuidado, por una parte si estos pueden ser realizados por cada persona de forma autónoma reciben el nombre de autocuidados, por el contrario si la persona sufre de alguna enfermedad o discapacidad que le impida llevar a cabo dicho autocuidado, se habla entonces de una necesidad de ayuda de otra persona, traducido en una acción de cuidar.

Este acto no es exclusivo de una sola profesión, este es un pilar fundamental en cuanto al marco de la enfermería se refiere. Según (Medina, 1999) hace mención a una relación enfermero – cliente, se habla de una relación ya que dos personas se ven envueltas en un proceso donde el objetivo principal es la ayuda mutua

basada en la reciprocidad que pretende mantener o alcanzar mayores niveles de bienestar.

La persona que brinda los cuidados no es algo nuevo, ya que en todas las sociedades y épocas ha existido tal figura, implícitamente siempre ha formado parte de un contexto familiar y social en el que la persona que recibe la ayuda pasa la mayor parte de su vida en su hogar. Cuidar también hace referencia a una serie distinta de tareas, como lo son el informar al médico sobre los síntomas que presenta el paciente, administrar los tratamientos que la persona requiera, hacerse responsable de los cuidados necesarios de la persona, participar en actividades básicas como el aseo y la alimentación, organizar el entorno familiar de la persona, tomar decisiones con cierto grado de importancia como la ubicación del enfermo, administración de los bienes o la incapacitación legal (Ruiz & Nava, 2012).

Existen dos tipos de cuidadores: formal e informal. Los primeros son aquellos que han recibido una capacitación previa, perciben una monetización a cambio del trabajo realizado y cumplen horarios fijos para acompañar a la persona de la tercera edad. Por otra parte el cuidador informal, brinda ayuda de forma voluntaria, por lo tanto no ve algún tipo de remuneración, efectúa visitas regulares o de forma continua y no es especialista en el cuidado del adulto. En la mayoría de las ocasiones dicho cuidado es llevado a cabo a partir de la serie de conocimientos acumulados que tenga la persona a partir de la experiencia de cuidar a otras personas, donde no necesariamente estas fueran pertenecientes a la tercera edad (De la Cuesta, 2009).

En los últimos 20 años el cuidado informal (aquel que no es llevado a cabo por un profesional de la salud, no es remunerado y mayoritariamente realizado por familiares) de personas adultas de la tercera edad se ha convertido en un tema con mayor grado de relevancia, ya sea desde un punto de vista social, psicológico y clínico. Esto se debe al envejecimiento de la población y al incremento del número de enfermedades degenerativas, lo anterior trae como resultado que cada vez se tenga la necesidad social de contar con más cuidadores que ocupan esta posición por un periodo de tiempo más prolongado (Casado & López, 2001).

Para Rivera (2001) el cuidado informal es aquella atención que se le brinda a una persona con algún tipo de dependencia psicofísica, la mayoría de las veces dicha atención es brindada por parte de algún miembro(s) de la familia u otra persona sin lazo de unión u obligación con la persona en estado dependiente que no sea el de la amistad y no se espera a cambio algún tipo de remuneración.

Esto se entiende como aquella atención que se brinda de forma altruista a una persona, dicho apoyo presenta cierto grado de discapacidad o dependencia, esta ayuda también puede llegar a ser brindada por alguna otra persona externa a la familia, es decir, se caracteriza por existir una relación de afectividad, por realizar el cuidado de forma permanente, no de manera ocasional y sobre todo, sin recibir retribución económica a cambio (Rivera, 2001).

No obstante, cabe mencionar que este cuenta con la característica de poder adaptarse a los distintos niveles y necesidades del cuidado que la persona vaya presentando de manera continua, aun cuando la existencia de recursos de apoyo externos sean pocos o nulos (Rivera, 2001).

Además, este nace de la importancia del grupo familiar, pues con la aparición de la enfermedad, es en este contexto donde se hace una planificación para la resolución de la misma, pues se ha estimado que la familia brinda hasta un 88% total de los cuidados de la persona en estado dependiente, por último se estima que estas personas que requieren de cuidados viven en compañía de uno o más familiares, pues el 85% de este tipo de personas vive con su familia (López, 2005).

El Consejo de Europa (Consejo de Europa, 1998) define la dependencia como aquella necesidad de ayuda con un alto nivel de importancia para poder realizar las actividades de la vida diaria. Así mismo, la dependencia es definida como un estado en el que se encuentra una persona donde hay una disminución de forma notoria en la autonomía física, psíquica o intelectual.

Con base a lo anterior, se han identificado tres factores para que se pueda hablar concretamente de una persona que se encuentre en situación de dependencia, el primer factor hace referencia a las limitaciones que experimenta la persona, estas principalmente son físicas, intelectuales y psíquicas, el segundo

factor hace mención a las limitaciones o incapacidades que presenta la persona a la hora de realizar por sí mismo actividades de la vida diaria, el tercer factor se refiere a la necesidad de ayuda que presenta la persona y requiere a un tercero (Ministerio de Trabajo & Asuntos Sociales, 2004).

Existen dos factores que impulsan de forma importante el grado de dependencia de una persona sobre las demás, estos factores son: el grado de discapacidad y la necesidad de ayuda. A este respecto, se entiende la dependencia como el resultado final de un proceso iniciado con un déficit en las funciones del cuerpo causadas por una o varias enfermedades, por el proceso biológico del envejecimiento o en su defecto por un accidente; dicha limitación necesita superarse mediante la adaptación, pero cuando lo anterior no sucede se habla de una dependencia (Querejeta, 2003).

Además, se dice que la dependencia es un concepto que la mayoría de las veces va acompañado de una discapacidad, por esto es que el grado de dependencia que presente la persona y por consecuencia los cuidados requeridos para la ayuda de la misma es lo que diferencia a una persona dependiente de otra, ya que ningún cuidado es el mismo en las personas. Es decir, si la persona es capaz de satisfacer sus necesidades básicas por su cuenta entonces se hablaría de una persona independiente, por el contrario si dicha persona es incapaz a la realización de tales tareas se hablaría de una persona en estado dependiente (Queretaja, 2003)

Cuando la persona trata de satisfacer sus necesidades es necesario tomar en cuenta la causa que originó dicho estado, esta puede ser física, psicológica, sociológica, por falta de conocimientos o espiritual, por lo tanto el alcanzar la

independencia estará en función de la serie de capacidades, situaciones y experiencias que haya vivido la persona hasta ese momento a lo largo de su vida, se habla entonces de la fuerza con la que cuenta, los conocimientos y la voluntad para salir adelante ante dicha situación (Queretaja, 2003).

Por otra parte en su Artículo 2.5 la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, comúnmente conocida como "Ley de Dependencia" o LAPAD define los cuidados no profesionales como el tipo de atención prestada a una persona en alguna situación de dependencia en su domicilio por alguna persona de la familia o de su entorno, que no están vinculadas a ningún servicio de atención profesionalizada (Crespo & López, 2007).

Las situaciones de dependencia han ido en un aumento, aunado del constante crecimiento de la población de personas adultas de la tercera edad, existe una relación entre dichas situaciones y la variable de la edad, ya que resulta obvio que con el paso del tiempo las limitaciones funcionales de una persona van en decremento. Actualmente estas personas requieren de atención y cuidados de forma constante enmarcada en un círculo socio-sanitario, pero hoy en día hay un desequilibrio en ambas esferas (Bazo & Domínguez, 1995).

El cuidador familiar no tiene ningún tipo de formación en el sector de salud, no recibe remuneración económica y cumple con este papel sin someterse a normas de horario o de procedimiento; dicha persona pasa gran parte del día con la persona que cuida y en la mayoría de las ocasiones vive con ella. Conforme progresa la incapacidad, el papel del cuidador evoluciona a la par, ocasionando que la persona

al mando se involucre cada vez más en determinadas tareas, la ayuda que suministra es de forma constante (Carretero, Garcés & Rodenas, 2006).

Inés Alberdi (1999) menciona que la familia es el concepto referido a un grupo de dos o más personas que comparten las siguientes características: están unidas por una serie de sentimientos, residen en el mismo domicilio y hay una aceptación por parte de todos los integrantes.

La familia es el grupo humano más elemental e importante al cumplir con una doble función: la garantía de protección a los miembros de esta y la enseñanza de una cultura, pues esta finalmente conecta a las personas con los demás círculos sociales, por lo tanto, uno de los momentos cruciales que afronta la familia al tener una persona en estado dependiente es el seguimiento del diagnóstico, durante esta fase, la familia está envuelta en un proceso de duelo, al darse cuenta de la pérdida constante de habilidades y cambios en la personalidad de su ser querido (Alarcón, Bonilla, Chávez & Montiel, 2002).

Resulta obvio que ante la aparición de una enfermedad, esta no sólo afectará al miembro de la familia que la contrajo, sino que todos los miembros del grupo van a presenciar un cambio, ya que los efectos producidos por la enfermedad desencadenan una serie de sucesos en cada integrante (Úbeda, 1995).

Para adaptarse a esta nueva situación, la familia deberá poner en marcha una serie de mecanismos de autorregulación que le permitan seguir funcionando adecuadamente, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico consciente o inconsciente que pueden

llevar a la familia a situaciones ya sean de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar (Ortega, 2004).

El desarrollo de dicho grupo de personas transcurre a través de un proceso de experiencias dividido en etapas, en estas se experimentan cambios negativos y positivos, estos son producidos de acuerdo al momento histórico que vive el determinado grupo de personas (De la Revilla, 1994).

Es aquí donde los cambios que se producen en las familias mantienen una relación con la enfermedad y las características familiares, estas características suelen ser la etapa de ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo específico, la historia familiar, entre otros (Ortega, 2004).

Las personas dentro de una familia logran comunicarse de una manera funcional o por el lado opuesto, de manera disfuncional, cuando una persona opta por comunicarse con esta última, quiere decir, que aún no aprende a comunicarse apropiadamente. Por ende, toda suposición basada en sus actos, son defectuosas, confusas e inapropiadas. Lo contrario sucede, cuando la persona logra comunicarse de una manera funcional, ya que puede expresar con firmeza su opinión, esperar una réplica y posteriormente responder con argumentos (Satir, 1980).

La noticia de enfermedad en un familiar la mayoría de veces tiene un impacto negativo en la familia, ya que esta afecta diversos factores como la estabilidad emocional, economía, autonomía, situación laboral, dinámica interna, actividades,

relaciones sociales y comportamiento de sus miembros. De tal manera que la enfermedad se convierte en una fuente de estrés crónico para la persona dependiente, pero también, para el resto de la familia (Quesada, Justicia, Romero & García, 2014).

La enfermedad es percibida como una situación estresante, no sólo por el paciente, sino también para su familia, especialmente para el cuidador principal que es el que realiza el cuidado de la persona. Además, el estrés genera dentro de este grupo social un impacto negativo para la calidad de vida y bienestar del cuidador, porque este causa mayores niveles de ansiedad. Hay variables de importancia que influyen en los niveles de estrés, ya sea la edad del cuidador, la edad del paciente, el tiempo desde el diagnóstico o el número de hospitalizaciones (Dos Santos, de Brito & Yamaguchi, 2013).

El tiempo que tendrá que dedicar y por ende la dificultad de las tareas realizadas dependen en mayor parte en función de las dependencias de la persona mayor, y estas principalmente son físicas, económicas, sociales y mentales. Por esta razón, el cuidador informal tendrá que ir adaptándose y organizando sus actividades día a día de acuerdo a las necesidades atencionales que esta presente y más aún, si se tratan de enfermedades crónicas o degenerativas (López, 2005).

Muchas veces la reorganización en el ámbito familiar exige el paso de una etapa a otra, lo que conlleva a una crisis que se conoce como periodo de transición,

es en este punto donde la familia de la persona afectada tiene dos opciones, el salir fortalecida y avanzar en su funcionamiento o salir debilitada sin ser capaz de adaptarse y asumir la nueva situación. Por lo general la enfermedad como tal, irrumpe en la vida familiar como un suceso estresante detonando consecuencias físicas o psicológicas sobre el paciente y los familiares, obviamente no todas las enfermedades conllevan el mismo impacto familiar (Ortega,2004).

Kornblit (1996) menciona que además del procesamiento de la enfermedad de un miembro de la familia y del tipo de respuesta que se generará, existen dos patrones de respuesta dentro del núcleo familiar ante la enfermedad, enseguida se hace mención de estos:

1.- Tendencia centrípeta: hay una fuerte cohesión interna entre todos los miembros de la familia, en especial, cada actividad que se realiza es en función de la persona con la enfermedad, esto deriva que dicha persona sea el foco de atención, es decir, las interacciones giran en torno a ella, además de absorber tanto los recursos de afectividad como los recursos económicos del núcleo familiar.

2.- Tendencia centrífuga: hay una débil o nula cohesión interna entre los miembros de la familia, en esta tendencia se observan conductas no relacionadas con la situación actual de la enfermedad en la persona, por lo tanto, el cuidado recae principalmente sobre sólo una persona, muchas veces sin tomar en cuenta la opinión de dicha persona, la cual absorbe por completo el papel de cuidador.

Con lo anteriormente mencionado se reitera la importancia de la familia en la aparición de la enfermedad, por lo que una falta de colaboración en esta supondría

una enorme carga emocional para el cuidador principal, en este punto intervendría la capacidad de dicho grupo para la resolución de conflictos, donde dicha capacidad sería un indicador pronóstico del impacto que tendrá la enfermedad en la familia (Kornblit, 1996).

Inclusive es posible afirmar que dicho grupo de personas está siendo objeto de una transformación continua en un sistema informal de cuidados, lo anterior se deriva de dos variables, la primera de ellas hace referencia al incremento del número de personas en estado dependiente y la segunda variable hace mención a los cambios internos a nivel sociodemográfico que suceden en una familia (Bover, 2004).

A su vez la familia, es importante que sea considerada como una unidad de cuidado y al mismo tiempo como una unidad a ser cuidada, ya que los cuidadores con sobrecarga y desgastados mantienen una calidad de vida amenazada debido al estrés proveniente del cuidado, presentando en muchas situaciones sentimientos de impotencia, problemas de salud, cansancio e irritabilidad (Inouye, Pedrazzani, Pavarini & Toyoda, 2009).

Flaquer & Oliver (2004) hacen referencia a las políticas familiares, pues estas son vistas como una inversión al capital humano, donde si las satisfacciones de dicho grupo se ven cubiertas en su mayoría o en su defecto en la totalidad y con un soporte adecuado, esto se verá reflejado en una mejor función social.

A este respecto, (Menéndez, 1984) afirma que cualquier modelo sanitario requiere a la persona y a la familia como tal para poder obtener un funcionamiento adecuado, ya que en este último es donde se lleva a cabo una serie de cuidados por lo que, la responsabilidad del cuidado de las personas en estado dependiente supone un enorme reto para los servicios públicos, pues se necesita la contemplación en las políticas públicas de cualquier sistema sanitario y de bienestar, todo lo anterior surge ante una pregunta obvia a estas alturas: En un futuro cercano, e incluso en el presente ¿Quién cuidará a las personas en estado dependiente?

2.2. Roles fundamentales de un cuidador.

Cada persona tiene una responsabilidad al cumplir con su rol asignado, el cual al ser llevado a cabo en varias ocasiones el compatibilizar con otras personas. Todas las necesidades de una persona son importantes y deben de ser cubiertas en cierto grado para que esta mantenga un bienestar personal, aunado a todo esto se dificulta cuando existe la presencia de un agente que obstaculiza dichos roles dentro de la familia, en este caso puede ser una persona en situación de dependencia severa (Schaie & Willis, 2003).

Los autores Jamieson & Lilsly (2005) definen el rol del cuidador de una persona dependiente por la realización de tareas de apoyo, y por la presencia de afecto que se asocia con estas características relacionales, el acto de cuidar conlleva de un gran esfuerzo físico pero también un alto grado de compromiso y responsabilidad inmersa en la relación afectiva.

Un rol, al ser construido de una u otra forma social, demanda acciones esperadas para desempeñarlo satisfactoriamente. El rol de un cuidador muchas veces es establecido de acuerdo al género y esto puede verse reflejado en la sociedad, puesto que es mínimo el número de hombres cuidadores que se ven en la necesidad de ser cuidadores (De la Cuesta, 2009).

Cuando los miembros de la familia no establecen una comunicación asertiva, no hay una visión clara de los nuevos roles que deben de asumirse durante esta nueva etapa en la vida familiar, existen numerosos problemas, entre estos, el más común es el no establecimiento de límites, lo que a su vez deriva en constantes luchas internas por el poder, faltas de respeto, culpa, chantajes y alianzas entre miembros de la familia. Lo anterior hace mención a la ineficiencia notable a la hora de tomar decisiones y llevar a cabo las acciones pertinentes para el tratamiento de la persona en estado dependiente, por lo que debe investigarse el momento en que la enfermedad sorprende a la familia, el grado de consecución y la posición que adopta cada miembro en sus nuevos roles (De la Serna, 2001).

En una investigación hecha titulada “Ser Cuidador” publicada por la Cruz Roja Española (2007) menciona una serie de puntos internos para un buen funcionamiento, los cuales la familia debe cumplirlos si desea evitar consecuencias negativas, a continuación se hace mención de ellos:

- Cada miembro de la familia debe de tener un rol establecido en relación a la persona dependiente en el momento.

- Permitir y promover una libre expresión de emociones y sentimientos por parte de todos los miembros de la familia en torno a la nueva situación familiar.
- Tomar en cuenta cada participación, opinión o comentario hecho por algún miembro de la familia, con respecto al cuidado de la persona enferma.

De lo anterior se concluye que evidentemente suceden cambios en la estructura familiar, donde hay preocupaciones sobre las consecuencias que puedan llegar a ocurrir dentro de este ámbito y en especial en la persona que funge en ese momento como el cuidador principal, ya que esta persona pasa la mayoría de los días con la persona dependiente (Izal, 1997).

Los cuidadores informales muchas veces proveen los cuidados que necesita la persona durante meses e incluso años. Los intervalos amplios de cuidados realizados oscilan entre menos de un año a más de cuarenta años y una media de 4.5 años de atención informal (National Alliance for Caregiving & AARP, 1997).

Una parte fundamental en el rol del cuidador es la promoción de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) ya que esta hace que la persona cuente con un mayor grado de independencia e integre otras actividades a nivel individual, familiar, social, psicológico, espiritual y cultural. Para complementar lo anterior, Meléndez (2001) define estas actividades básicas como las actividades que ofrecen un grado de autonomía e independencia a una persona para que sea capaz de vivir sin precisar ayuda de alguien más. Dichas actividades se relacionan con seis aspectos que son el bañarse, vestirse, usar el sanitario, desplazarse, alimentarse y la presencia de la continencia fecal y urinaria

Una vez que dichas tareas pueden cumplirse, se hablaría de las Actividades Instrumentales, estas se definen como el conjunto de actividades orientadas hacia la interacción con un entorno más complejo. Estas incluyen once categorías que a continuación se mencionan: cuidar de otro, cuidar mascotas, usar dispositivos de comunicación, salud y mantenimiento, crianza de niños, preparación de comidas y limpieza, administración del hogar, procedimientos de seguridad y hacer las compras (Blesedell, 2011). Dichas actividades son un requisito de las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD).

Por último, las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD), hacen referencia a la capacidad para cumplir con uno mismo, con la sociedad y roles familiares, por lo que estas actividades varían dependiendo de cada persona. El objetivo principal de estas actividades es brindar una integración social satisfactoria a la persona por medio de conductas aceptadas como lo pueden ser actividades dirigidas a cuidar de otra persona, actividades educativas, ejecución laboral o productivas, por lo que el abandonar estas actividades puede ser un indicio de un declive funcional (Millán, 2011).

En todos los niveles anteriormente mencionados es importante la ayuda del entorno familiar, ya que esta cumple la función de estimular de forma positiva a la persona para que no pierda su autonomía, además proporciona un equilibrio entre esta y el cuidador para que pueda hablarse de una evolución ante la enfermedad (Millán, 2011).

Cuando la persona adulta realiza de forma exitosa una o más actividades de la vida diaria está promoviendo la actividad física, lo que a su vez disminuye los

efectos negativos del envejecimiento y conserva un cierto nivel de funcionalidad, es importante a su vez considerar el entorno físico, social y cultural, pues dicho entorno es indispensable para que la persona manifieste sus acciones (Acosta, 2009).

Es importante saber que el primer nivel: Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) da como pauta la medición de la calidad de vida y el estatus funcional (funcionalidad) en los adultos mayores, las cuales son tareas cotidianas necesarias para el autocuidado personal y por ende para vivir con cierto grado de dependencia (Acosta, 2009).

La funcionalidad se define como la capacidad de una persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria (AVD). Dicha capacidad es distinta en cada persona, por lo que en personas mayores de 65 años se hablaría de un compromiso de funcionalidad del 5 % y en mayores de 80 años hasta un 50 %. Es decir, este porcentaje anterior de una alteración de la funcionalidad debe de ser tomado como una señal de alerta ante una posible enfermedad sistémica en la persona, su identificación permite una realización oportuna de un diagnóstico confiable, una intervención y un plan de cuidado (Kane, 1991).

Agregando (Ladrón de Guevara, 2007), menciona que el cuidador es importante que cuente con un cierto grado de conocimiento sobre las ABVD en la edad avanzada de una persona, pues así es capaz de proporcionar datos relevantes tales como:

- Objetivos de la persona.

- Motivaciones.
- Habilidades.
- Necesidades.
- Deseos de la persona.

De esta forma, si el cuidador hace uso de estos datos para facilitar su tarea, ya que este sabe hacia dónde dirigir sus esfuerzos y focalizar dicho proceso en las prioridades y objetivos inmediatos de la persona.

2.3. Dificultad en el ejercicio del rol

Existen diversas formas de ejercer varios roles en la rutina que desempeña una persona en su vida diaria. Dentro del grupo social hay una persona que toma un nuevo rol y con esto la gran responsabilidad que es cuidar. El cuidador es capaz de llevar a cabo este papel, sin embargo, en muchas ocasiones esto se deriva en la sobrecarga, por lo tanto, su desempeño puede ir disminuyendo y los otros roles por ende no se realizan de forma exitosa (De la cuesta, 2009).

Además, el cuidador también tiene que lidiar con las actividades propias de cada persona, y con dificultades psicosociales que a diario se hacen cada vez más frecuentes. Este debe estar al pendiente en todo momento de lo que le suceda a la persona dependiente, incluso, dejando de lado su propia vida personal; ya que la persona que realiza la tarea de cuidador muchas veces conlleva una renuncia de su vida y por otro lado implica nuevos aprendizajes, todo ello en mayor o menor medida, lo que es evidente es que hay un cambio producido (De la cuesta, 2009).

Como ya se mencionó anteriormente la persona que realiza esta tarea, se conoce como cuidador primario. La familia es la principal proveedora de cuidados, seguida de amigos, vecinos, y por último de organizaciones formales; el sistema formal es utilizado como el último recurso disponible y no sólo está determinado por necesidades de salud, sino por la disponibilidad de apoyo informal (Dwyer, Lee & Jankowski, 1994).

Para que una persona sea considerada un cuidador primario debe dedicar gran parte de su tiempo a la tarea de cuidar a una persona considerada como enferma y haber realizado tareas de cuidado durante un mínimo de 6 semanas (Dwyer, Lee & Jankowski, 1994).

De acuerdo con Río (2007), la ayuda proporcionada a un paciente, puede adoptar varios tipos de cuidados, las cuales se agrupan en:

- Cuidados sanitarios. Vestirse, comer y asearse.
- Cuidado instrumental. Relación con el entorno, limpiar, planchar, comprar, uso de electrodomésticos, pequeñas reparaciones, manejar el dinero y los bienes, control de medicamentos, manipulación de materiales.
- Acompañamiento y vigilancia. Acompañar fuera del hogar, realizar visitas, acudir a reuniones, citas médicas y estudios de laboratorio.
- Apoyo emocional y social. Comprensión, escucha, afecto, tolerancia y relaciones interpersonales del paciente con las otras personas que le rodean.

La mayoría de las veces los hijos y cónyuges suelen ser los principales proveedores de atención para la persona que se encuentra en estado dependiente,

en especial esta tarea es encomendada a las mujeres (Ingersoll, Neal & Starrels, 1997).

La familia además de ser la principal fuente de ayuda para la persona mayor también constituye un eje fundamental de las políticas sociales basadas en el envejecimiento en el hogar. Así mismo, desempeña funciones como el mantenimiento de la seguridad, la calidad de vida y el bienestar tanto físico como psicológico de la persona dependiente (Crespo & López, 2007).

Por lo tanto, el contexto familiar va determinado siempre por una serie de características que van desde el primer agente socializador hasta la hora de solicitar el apoyo. Existen casos donde este contexto familiar dificulta el rol del cuidador, esto sucede si se llega a tratar con familias disfuncionales en donde hace falta una figura materna o paterna en el hogar, lo que dificulta aún más un desarrollo de manera exitosa el rol de cuidador (Durán, 2002).

El rol que cumple la familia a lo largo del ciclo de la vida de la persona adulta de la tercera edad es fundamental, ya que esta cambia constantemente sus funciones, surgiendo nuevas responsabilidades y cambiando los roles de las personas que la componen. Durán (2002) menciona de forma relevante el rol que ejerce un cuidador, pero aún más importante es el de la familia del usuario dependiente, ya que la importancia de su apoyo es de gran necesidad en la ayuda de los aspectos emocionales, afectivos e incluso económicos, siendo trascendental

puesto que una persona que se encuentra en situación de dependencia genera una serie de demandas de cuidado y afectos que requieren dedicación y entrega.

En muchas sociedades, incluida la nuestra, hay una serie de expectativas no escritas sobre la persona que debe cuidar en el caso de que esto sea necesario. Si una persona de la tercera edad está enferma o necesita de atenciones en las actividades de la vida cotidiana, se espera que sea el esposo o esposa quien le cuide, si este no puede, el género pasa a ser un factor determinante, de modo que ser mujer se asocia al rol de cuidador (Schaie & Willis, 2003).

De algún modo, se espera que cuidar de los familiares mayores sea una tarea del género femenino, como una extensión de su rol maternal, del reparto de tareas domésticas, o como consecuencia de las distintas relaciones y afinidades que se establecen en función del género (Abengoza, 1992).

Se ha observado que el género modula las consecuencias del estrés del proceso del cuidado sobre la salud de los cuidadores. Los hombres presentan un menor malestar físico y emocional a comparación de las mujeres, las cuales suelen padecer más problemas de ansiedad o depresión, menor bienestar subjetivo y calidad de sueño (Matud, 2008).

La gran mayoría de veces el cuidador primario informal se caracteriza por ser de género femenino, quien usualmente es la hija o esposa del paciente, que cuida al enfermo diariamente y sin periodos de descanso mayores a 4 horas, con escaso apoyo percibido (Martínez, Díaz & Gómez, 2010).

La atención de manera informal que es proporcionada por las mujeres plantea dos cuestiones en relación a la equidad, en primer lugar una desigualdad con respecto al género, ya que se ha mencionado en varias ocasiones que las mujeres se hacen cargo de los cuidados, en segundo lugar, se habla de una diferencia al momento del acceso a los recursos de ayuda al momento de cuidar, a la vez esto tiene relación con la accesibilidad de recursos económicos por parte del cuidador, es aquí donde se hace referencia al término desigualdad (García, 2004).

Hasta el momento no hay una cifra exacta del número de cuidadores primarios informales que existen alrededor del mundo, no obstante, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2014), en su Atlas Mundial de Cuidados Paliativos, se calcula que el número de adultos alrededor del mundo que necesitan cuidadores es aproximadamente mayor a 19 millones.

En México tampoco se cuenta con una cifra exacta, pero un dato que podría dar cuenta de la cantidad de mexicanos que son cuidadores primarios informales, es la proporcionada por la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo libre (ENUT) que menciona alrededor de 21% de los encuestados dedica entre 20 y 40 horas a cuidar de una persona enferma (ENUT, 2012).

2.4 Rutina del cuidador. Cuidador y ser cuidado.

Se entiende por rutina del cuidador al conjunto de actividades que una persona realiza durante el transcurso del día, por lo tanto comprende el horario desde que se despierta hasta que puede dormir. La vida del cuidador primario se organiza en función del adulto mayor enfermo, lo que se busca es que exista un equilibrio entre las actividades de cuidado con las acciones de la vida cotidiana (Crespo & López, 2007).

Para alcanzar una calidad de vida aceptable es indispensable, entre otros aspectos, organizar convenientemente las actividades en que una persona se involucra en el día a día para vivir. Para esto es necesario que se consideren factores externos, como lo es el medio ambiente, obligaciones familiares o sociales y el grado de participación de otros ya sea como colaboradores (Crespo & López, 2007).

También se deben considerar factores internos o personales tales como el interés, capacidad de trabajo, tolerancia a la situación, además de la edad de quien se cuida, sexo, entre otras. En resumen, cuando se imponen necesidades u obligaciones diferentes y cambiantes que no siempre se manejan en forma apropiada, hay que lograr reorganizar las actividades de forma que la rutina no se vea muy afectada. De ahí que el ser humano continuamente hace ajustes en la forma de actuar en la vida diaria con objeto de organizar en forma más satisfactoria y exitosa la rutina, o sea, hay un proceso de adaptación, sin dicha adaptación es imposible obtener un equilibrio (Crespo & López, 2007).

2.5. Etapas en el cuidado de una persona de la tercera edad dependiente

Ser cuidador ha sido concebido como una carrera inesperada que, a diferencia de otras ocupaciones, no es dirigida por las metas que cada persona se propone, sino por aquellas que vienen impuestas en el desarrollo de la problemática de la persona mayor y los niveles de dependencia que va alcanzando de una forma progresiva. Se trata con frecuencia de una experiencia prolongada en la que pueden diferenciarse diversas etapas (Aneshensel, 1995). A continuación se describen:

a. Preparación-adquisición. En esta etapa el cuidador muestra un aumento en cuanto a la comprensión del problema y de la necesidad de ayudar de manera continua a la persona de la tercera edad, que generalmente se produce con motivo de un empeoramiento físico del familiar o de su hospitalización.

b. Promulgación-actuación. Es el periodo en el que el cuidador ejerce un rol que no siempre es el mismo, ya que los problemas de la persona de la tercera edad al que atiende son de forma progresiva, además son de un carácter multidimensional y complejos.

Las dificultades a las que un cuidador tiene que enfrentarse no se refieren única y exclusivamente a la persona a la que se le cuida, sino que en varias ocasiones también tienen que ver con problemas añadidos a los originados por la situación de cuidado: laborales, familiares, etc.

c. Abandono. Esta etapa generalmente comienza tras el fallecimiento del familiar y que no se caracteriza necesariamente por el cese del estrés del cuidador que tiene

que recomponer no sólo su vida, sino también en numerosas ocasiones su propia identidad.

Cada etapa o fase y cada momento de transición tiene sus características particulares, implica unos cuidados diversos que el cuidador tiene que dispensar y presenta distintos elementos potencialmente estresantes para los cuidadores. (Aneshensel, 1995).

2.6. Efectos del ser cuidador en la persona.

Cuidar de una persona exige el tener que hacer frente a una serie de tareas durante lapsos prolongados de tiempo, estas tareas y demandas son continuamente cambiantes, de modo que lo que sirve hoy, puede ser totalmente inútil para el día de mañana, haciendo necesaria una readaptación de la rutina diaria de la persona. Todo ello en un contexto en el que la carga emocional juega un rol importante, ya que no es fácil ver el deterioro o las dificultades que se presentan en una persona y en especial en un familiar. Lo cierto es que el cuidador atraviesa distintas fases a lo largo del tiempo que desempeña su rol, dichas fases ocurren en momentos claves de transición para que la persona se adapte a su entorno (Aneshensel, 1995).

Por lo tanto, la demanda de tiempo que requieren las tareas del cuidado, es considerada la principal causa de sobrecarga ocasionada en la persona, esta situación aumenta el riesgo de padecer tanto dificultades físicas como emocionales en el cuidador (Agudelo, Berbesi, Cardona & Segura, 2013). Para Schulz, Gallagher-Thompson, Haley & Czaja (2000) el estrés presente en el cuidador depende de una primera evaluación sobre lo amenazante o perjudicial que resulte

una situación, así como de las propias capacidades a la hora de cuidar a familiar. La evaluación del estresor puede producir sensaciones positivas (satisfacción en la relación con el enfermo) o negativas (sobrecarga o estrés percibido).

Los estresores primarios o las demandas ambientales incluyen las limitaciones funcionales, las conductas problemáticas de los mayores, así como los estresores sociales y del ambiente. Cuando estos estresores se presentan, los cuidadores evalúan si son potencialmente amenazadores y al mismo tiempo si cuentan con la suficiente capacidad para afrontarlos. Es decir, el cuidador se pregunta si puede o no hacer frente y manejar las problemáticas (Schulz, Gallagher-Thompson, Haley & Czaja 2000).

Si la persona a cargo del adulto evalúa a los estresores como amenazadores y se ve limitado para hacer frente a ellos, entonces se percibe sometido a un estrés. Dicha valoración de estrés conlleva a desarrollar respuestas emocionales negativas como la ansiedad o depresión, estas respuestas emocionales negativas pueden repercutir a un nivel fisiológico o conductual como no descansar lo suficiente, no tener una alimentación adecuada, descuidar el propio estado de salud no acudiendo al médico para sus propios problemas de salud (Schulz, Gallagher-Thompson, Haley & Czaja 2000).

No existe una sola manera de reaccionar ante una situación estresante como es la de cuidar a un familiar mayor dependiente, hay la posibilidad de que en algún momento el cuidador presente problemas de salud tanto físicos como emocionales

o psicológicos, los cuales, puedan afectar a uno o varios familiares de la persona mayor, estos problemas se hacen especialmente acusados en el cuidador primario (Fernández, López, Montorio & Sánchez, 1998).

Dentro de las consecuencias físicas más comunes en el cuidador se encuentran: alteraciones del sueño, depresión, estrés, dolor articular, conductas e ideación suicida, agresividad, inatención, baja autoestima, deseos de abandonar el trabajo, negación de las emociones o desplazamiento de afectos (Edwards, Guo, Li, Yates, & Zhang, 2014).

El malestar psicológico se acompaña de: sentimientos de culpa, enfado, indefensión, frustración, ira, negación de la necesidad de ayuda, ideas de soledad y estrés (Fernández, López, Montorio & Sánchez, 1998). También, es frecuente que la persona encargada de cuidar no dedique tiempo suficiente a sus propias necesidades, por lo tanto, disminuyen las actividades de ocio o cuidado personal. Además, puede haber una disminución en el factor económico, ya que hay un constante gasto en los ingresos percibidos de la persona a causa de la dedicación al cuidado, o al incremento de los gastos derivados de los cuidados (Alonso, Carmona, Gómez, López & Sánchez, 2009).

Hacerse cargo de un familiar en estado dependiente ocasiona dificultades en el trabajo, estimaciones indican que entre un 35% y un 45% de cuidadores informales se ven forzados a abandonar sus oficios de forma temporal o en casos

más complejos en forma definitiva sus trabajos fuera del hogar (García, Mateo & Gutiérrez, 1999).

En repetidas ocasiones el cuidador, lejos de ser apreciado, estimulado y comprendido, es criticado por las acciones realizadas y no recibe apoyo del grupo familiar. Por todo ello, el resto de los familiares, especialmente los hermanos que ayudan al cuidador primario, pueden ser una fuente de estrés añadida en lugar de una fuente de apoyo (Cossette, Lachance & Levesque 1998).

El cuidar de una persona de la tercera edad también puede ocasionar efectos positivos, tales efectos pueden ser, la satisfacción de prestar ayuda a alguien que la necesita, saber que se está proporcionando la mejor asistencia posible, disfrutar del tiempo que se pasa junto al receptor del cuidado, aprender las habilidades necesarias para asumir un rol, adquirir un nuevo propósito y un significado diferente en la vida, formar parte de un compromiso, una cercanía familiar mayor, fortalecimiento del carácter y una valoración del presente (Ramos, 2008).

A pesar de que hay un número importante de casos donde el cuidador experimenta estrés, también hay casos en donde se observa una mayor adaptación y se cuenta con los recursos adecuados, por lo que el cuidar de una persona puede transformarse en una experiencia gratificante para el cuidador a cargo (Ramos, 2008).

El éxito en el cuidado, depende del grado en que los cuidadores cuiden de sí mismos, concedan tiempo y atención suficiente a sus necesidades personales. Por

lo tanto, se puede decir que una percepción positiva de uno mismo lleva a un mejor afrontamiento de las situaciones de estrés a las que se ven sometidos los cuidadores (La Parra, 2001).

Un aspecto importante para comprender la situación de la persona cuidadora, es el conocer los motivos que lo han llevado a asumir ese rol. Dependiendo de cuál sea el motivo, la actitud puede variar (Análisis de los factores de protección y sobrecarga en los cuidadores informales, 2014). Algunos motivos pueden ser los siguientes:

- 1) Motivación altruista. La persona decide fungir con este rol por el cariño o amor hacia la persona que se encuentra en estado dependiente, sin esperar nada a cambio.
- 2) Por reciprocidad. Si la situación se hubiera producido de forma inversa ella también hubiese sido cuidada por la persona que actualmente es dependiente. Sobre todo en el caso en que los cuidadores sean los hijos es aún más evidente, ya que anteriormente ellos recibieron dichos cuidados.
- 3) Por gratitud. El simple hecho de estar agradecido por una o varias situaciones hacia la persona en estado dependiente.
- 4) Por sentimiento de culpa. En ocasiones está la presencia de un sentimiento de culpa por no haber actuado de la manera correcta con la persona que es dependiente hoy en día y tener la disponibilidad de corregirlo.

- 5) Por evitar la crítica. El querer mantener o reforzar la imagen pública y privada familiar y/o social también influye en la decisión de cuidar o no a la persona en estado dependiente.
- 6) Por obligación. Este motivo es principalmente dado por los factores socioeconómicos que orillen a la cadencia de otros recursos, aunado a la presión que ejercen los miembros de la familia.

Por lo tanto, cuidar es una tarea con una doble vertiente, en la que el cuidador primero debe de conocer las necesidades de la persona mayor y por consiguiente saber satisfacerlas. De hecho, la vida del cuidador en la mayoría de las ocasiones se organiza en función del enfermo, los cuidados atencionales de la persona que es cuidada tienen que hacerse compatibles con las actividades de la vida cotidiana del cuidador, en especial las personas que tienen una o varias enfermedades crónicas y degenerativas, no son las atenciones las que se adaptan al horario de los cuidadores, sino que todo el horario se adapta en función del enfermo al que se atiende: horario laboral, de comidas, de vacaciones (La Parra, 2001).

En el siguiente capítulo se abordará el tema de la resiliencia, desde sus diversas definiciones, el que implica ser una persona con dichas características, como es esta resiliencia en los cuidadores y en las personas adultas de la tercera edad, los factores de la resiliencia y sus fuentes.

Capítulo 3. La resiliencia como una característica para afrontar el cuidado de los pacientes geriátricos

En el capítulo anterior se vio reflejada la gran importancia que tiene el papel del cuidador en la sociedad actual y este guarda una relación con el concepto de resiliencia, en el que, el cuidado de una persona en estado dependiente la mayoría de veces conduce a situaciones de estrés, para hacer frente a esto, el cuidador necesita refuerzos positivos como el apoyo familiar, la valoración de sus esfuerzos, etc. Por lo que en este capítulo se revisará la resiliencia como proceso para enfrenar el cuidado de las personas de la tercera edad.

3.1 Resiliencia

La palabra resiliencia tiene su origen en el latín, *resilio* que significa volver atrás, resaltar, rebotar. En los últimos años, este término ha suscitado mayor interés en los profesionales de distintos ámbitos de la salud y la educación (Resnick, 2011). Se trata de la capacidad del ser humano para resistir, superar distintas adversidades y construirse con integridad, a pesar de haber experimentado experiencias traumáticas.

Es una capacidad que tiene una persona para desarrollarse psicológicamente de una forma sana y exitosa, a pesar de estar expuesta a situaciones adversas que lleguen a amenazar su integridad, esta capacidad se manifiesta en condiciones adversas donde la persona hace frente a ésta con las herramientas que cuenta (Rutter, 1993).

Este término fue adaptado a las ciencias sociales por el psicólogo M. Rutter, a partir del estudio de personas que nacieron o vivieron en situaciones adversas o de alto riesgo y aun así fueron capaces de desarrollarse a un nivel psicológico de forma sana. Dicho autor determina que no se puede hablar del término si solo se tiene en cuenta a la persona, es necesario hacer referencia a un proceso dinámico o evolutivo que varía de acuerdo a las circunstancias y el entorno o ambiente donde esta persona se desenvuelva (Rutter, 1993).

Cada persona es única, lo que significa una forma distinta de reacción ante estímulos negativos. Saavedra (2011) distingue tres tipos principales de reacción:

- 1- Vulnerabilidad como respuesta ante la diferencia.
- 2- Indiferencia ante la adversidad.
- 3- Resiliencia ante la adversidad.

Fue en el año 2010 cuando el diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2001) menciona dos definiciones del término:

1. Capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador, un estado o situación adversa.
2. Capacidad de un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sometido.

Por su parte, la Asociación Americana de Psicología (APA) en 2010, la define como el proceso donde se produce una adaptación frente a la existencia de una o

varias adversidades, un trauma o cualquier suceso que represente una amenaza para la persona (Association ALC, 2015).

Otra conceptualización del mismo término la brindan los autores Bonano y Luthar en el año 2004, donde la enuncian como “una trayectoria estable de funcionamiento saludable a lo largo del tiempo, así como la capacidad de generar experiencias y emociones positivas” (Bonanno, 2004, p.21).

Es por eso, que al hablar de la resiliencia se hace alusión a un resultado exitoso ante un proceso corto o largo de adaptación caracterizado por la ausencia notoria de una sintomatología, es decir, se habla de un funcionamiento normal en cuanto a las actividades realizadas por la persona (Bonanno, 2004).

Juan de Dios Uriarte (2013) menciona diversas definiciones de la resiliencia y que se pueden agrupar en tres categorías:

La resiliencia como estabilidad

La resiliencia se entiende como una capacidad de permanecer o soportar una situación difícil, de ser capaz de vivir y desarrollarse con normalidad en un entorno de riesgo que genera daños materiales y estrés. También se entiende como la capacidad de asimilar/ absorber daños de cierta magnitud y a pesar de ello permanecer competente.

La resiliencia como recuperación

Se refiere a la capacidad de una persona para volver a su estado original, es decir, tener una vida de forma productiva después de alguna alteración o daño debido a una situación adversa. En esta categoría se incluye la dimensión del

tiempo en la superación de las dificultades, ya que una persona que se recupera con prontitud sería considerada más resiliente que aquella otra que necesita más tiempo o la que difícilmente se recupera a pesar del tiempo transcurrido.

La perspectiva de la resiliencia parte de la idea de que cualquier persona tiene en su interior elementos que le llevan a su desarrollo, a la normalidad, al equilibrio cuando estos han sido alterados.

La resiliencia como transformación

Implica una dimensión más compleja, la cual menciona que una persona es capaz de resistir y proteger su integridad a pesar de ciertas amenazas, además de poder salir fortalecido de forma positiva a través de la experiencia. Incluye procesos de regeneración, reorganización personal y la apertura a nuevas oportunidades a raíz de la crisis vivida.

En resumen, las definiciones anteriores enfatizan distintas características de los sujetos como lo son: la habilidad, adaptabilidad, baja susceptibilidad, enfrentamiento efectivo, capacidad, competencia, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas, temperamento especial y habilidades cognitivas, todas desplegadas frente a situaciones estresantes que les permiten superarlas (García-Vesga & Domínguez- de la Ossa, 2013).

Es importante entender que dicho concepto hace referencia a un proceso de superación de adversidades y de responsabilidad social/ política, esta debe ser promovida con la participación de las personas de la sociedad, por lo tanto, una persona con dichas características es capaz de afrontar la vida de un modo más

optimista, es abierta a nuevas experiencias y emociones positivas (Block & Kremen, 1996).

Entonces, esta es considerada como una capacidad, una característica de la personalidad, como un rasgo o competencia del ser humano, en donde el concepto es manifestado de forma específica ante cierto tipo de eventos, dicha manifestación depende de la persona, del evento que está sucediendo y que tan amenazante sea para la persona (Bonanno, 2004).

Dicho término indica el grado en que una persona está preparada para resistir contratiempos y tolerar situaciones, en donde el factor de la presión está de por medio e incluso indicaría la habilidad para enfrentarse a problemas y salir fortalecido de ellos (Grotberg, 2004). Además, se entiende que es una cualidad humana universal que está presente en todo tipo de situaciones difíciles y contextos en el que la persona se ve desfavorecida, sirve para hacer frente e incluso obtener aprendizajes y salir transformado de la experiencia (Vanistendael & Lecomte, 2002).

Por lo tanto, una persona con características de esta índole no es inmune a experimentar sufrimiento o tristeza ante las dificultades o acontecimientos, es decir, no está exenta al dolor. Lo que la distingue de las demás personas es que sabe sacar provecho de las experiencias y conflictos que experimenta; transformándose en un mejor ser humano. A esto, los autores Ryff & Singer (2003), refieren que este tipo de personas son capaces de mantener el bienestar físico como lo es una buena salud psicológica, además cuentan con la capacidad de recuperarse de forma más rápida de eventos con altos niveles de estrés.

Esta capacidad como tal, no es propia de un grupo de personas, ya que absolutamente todos son capaces de poseer dicha capacidad para poder desarrollarla, es por lo anterior que la resiliencia no está en un ser excepcional, sino en las personas normales y depende de las variables naturales del entorno inmediato. Contar con características resilientes significa estar preparado o capacitado en una serie de competencias que permitan a la persona afrontar y superar los problemas que se presenten en la vida (Ryff & Singer 2003),

Cuando este tipo de personas se enfrenta a una situación adversa, de riesgo o traumática, lo hace de modo que pueda normalizar su vida sacando provecho de la experiencia, más no desarrollando patologías (Carretero, 2010) y sigue viviendo incluso en un nivel superior, como si la situación experimentada hubiera desarrollado en ella nuevos recursos. Implica ser transformado por la experiencia, ser potenciado y fortalecido por ella, lo que no necesariamente significa que la experiencia haya afectado la salud mental (Jerez, 2009).

En el caso específico de los cuidadores, dicho proceso se ve asociado a un mejor estado físico y emocional, así como a variables propias del cuidador como la percepción y afrontamiento, características de la personalidad, más que a variables situacionales (Fernández-Lansac, Crespo, Cáceres & Rodríguez, 2012). Por lo que se deduce que un cuidador con un mayor número de características resilientes beneficia en mayor medida al adulto mayor en el contexto familiar (Oliveira, Ferreira & Ferreira, 2012).

Es importante mencionar que aquellas personas que cuentan con una o varias características resilientes en el envejecimiento este proceso no implica una

pérdida de movimiento o aparición de nuevas enfermedades, pasa lo contrario, este tipo de personas ve dicha etapa como una aceptación de las condiciones que presenta y empieza el proceso de adaptación de propósitos realistas en sus vidas (Molina, 2008).

Con respecto a lo anterior, es en este momento de aceptación y adaptación donde se presenta la resiliencia, esta ayuda a las personas a un afrontamiento positivo ante eventos de alto estrés, de modo que la persona en todo momento presente un nivel de salud mental equilibrado, es decir, mientras más recursos tenga el adulto de la tercera edad mayor, este tendrá mayor facilidad para enfrentar los eventos estresantes, por ende dispondrá de una mejor calidad de vida para él y las personas que conviven a su alrededor (Lázaro, 2010).

No se puede mencionar que una persona ha desarrollado un cierto grado de resiliencia aun cuando esta haya superado ciertas experiencias traumáticas (Junqueira & Deslandes, 2003). Es decir, un individuo puede salir fortalecido de una determinada situación pero, posteriormente, no hacerlo bien frente a otra.

La calidad de vida del cuidador primario se altera al ver el deterioro que provoca la enfermedad que su familiar padece, es posible que la vivencia del enfermo pueda verse afectada positivamente si cuenta con un cuidador con características resilientes, dicho cuidador es capaz de llegar a transmitir un entorno optimista, desarrollar rasgos positivos y en general, re-dimensionar la experiencia. Cualquier persona puede contar con características propias de la resiliencia. El desafío es encontrar la manera de promover dichas características en cada persona tanto a nivel individual como familiar y social (Caqueo & Lemos, 2008).

En una investigación de Jiménez (2008) se hace referencia al hecho de personas que al haber vivido una o varias dificultades y en ciertas ocasiones de mayor intensidad unas que otras, estas personas encuentran un estado de salud muy bueno a bueno, muestran un buen sentido del humor y un interés de seguir participando de forma constante en círculos sociales, lo que probablemente signifique que estas personas se implican en procesos de adaptación para contrarrestar los daños psicológicos, amenazas, pérdidas y el estrés que llegaron a sufrir durante algún momento crucial en sus vidas (Villar, 2005).

De igual forma, se ha observado que las personas adultas de la tercera edad presentan un mayor grado en cuanto a la capacidad de adaptación ante diversas situaciones altamente desequilibrantes, lo que se traduce en un nivel de bienestar alto consigo mismo y con las otras personas en los distintos entornos sociales en el que esta se desenvuelva. Así mismo, tienen que ver las respuestas que emiten las personas ante dichas situaciones, de modo que estas se traducen en emociones negativas o positivas, la última es de suma importancia, pues este tipo de respuesta es más fácil de captar para las personas adultas y favorece a una adaptación vital por la que puede pasar una persona (Díaz, 2017).

Este concepto brinda un enorme soporte a los adultos mayores y evita que estos se rindan fácilmente ante las dificultades que enfrentan en esta etapa, es decir, les permite ser personas más optimistas, por ende las conductas positivas tienden a mostrarse de una forma rápida, también evitan el sentimiento de soledad, deciden por sí mismos y se enfocan en mantener o inclusive recuperar el estado de salud adecuado (Díaz, 2017).

La resiliencia es un proceso adquirido, ya que implica una serie de factores necesarios tomar en cuenta a la hora de actuar para lograr un incremento y de forma simultánea reducir las consecuencias negativas que pueda llegar a tener. A continuación se hace mención de tres estrategias que se podrían poner en marcha cuando se trabaje con dicho proceso: en primer lugar, estrategias orientadas al riesgo, estas se encargan de la exposición de eventos estresantes, en segundo lugar, se encuentran las estrategias orientadas a la calidad, su única tarea es aumentar aquellos recursos de los cuales se puede llegar a obtener un conocimiento y en último lugar pero no menos importante, están las estrategias orientadas a los procesos, su finalidad no es otra que aumentar el sentimiento de control (Monroy & Palacios, 2011).

De acuerdo con Fergus (2005) son necesarios dos aspectos fundamentales para que la resiliencia surja como una característica latente de la persona y logre la superación de las adversidades que se lleguen a presentar en diferentes etapas de su vida, el primer aspecto son los factores de riesgo, estos atentan contra la persona y lo pondrán a prueba, el segundo aspecto estará conformado por los factores que por el contrario del primero sirvan de escudo a la persona o lo protejan para que posteriormente logre aparecer la resiliencia.

3.2. Pilares de la resiliencia

El autor Kotliarenco (1997) hace mención de siete características de personalidad que componen el término de resiliencia, a continuación se hace mención de estas:

a. Independencia: capacidad de una persona para establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos; distancia emocional y físico sin llegar al aislamiento.

b. Introspección o capacidad de insight: capacidad de una persona para mirarse a sí mismo, detectar y reconocer las propias emociones.

c. Capacidad de interacción: Es la habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con una o varias personas, es decir, crear vínculos.

d. Iniciativa. Es el placer de exigirse a uno mismo y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.

e. Humor. Aquella capacidad de encontrar la parte cómica en la tragedia.

f. Creatividad. Es la capacidad de crear un orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden, es hacer todo a partir de la nada.

g. Moralidad. Se refiere a la conciencia moral, aquella capacidad de comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo.

Sin embargo, no es suficiente contar con una o varias de las características anteriormente mencionadas para mostrar un crecimiento como un individuo con características resilientes, además, de poseer las características esta tendrá que saber el cómo utilizarlas correcta y convenientemente para su crecimiento (Calhoun & Tedeschi, 2000). Si lo anterior sucede la persona experimentará tres tipos de cambio, a continuación se hace mención de dichos cambios:

1.- En relación a uno mismo: la persona experimentará un aumento de la confianza en sí mismo, esto se traduce en mayor fortaleza y toma de decisiones de suma importancia en el día a día.

2.- Espiritualidad y filosofía de la vida: se refiere a los valores con los que cuenta la persona y los que le son posible formar a través de la suma de experiencias que tenga, un factor decisivo en la vida de la persona será el grado en que pueda hacer una distinción de sus prioridades vitales.

3.- Nivel interpersonal: a medida que la persona se encuentra en distintos entornos sociales es fundamental que llegue a la consolidación de vínculos y expresiones afectivas con la mayor gente que le sea posible.

Incluso la resiliencia es capaz de modificar la relación entre las emociones positivas y la satisfacción en la vida, es decir, otorga cambios personales a lo largo del aprendizaje de la vida, se ha observado a distintas personas que expresaron la felicidad, ellas lo hacen ya que tienen un trabajo y crean herramientas para una vida digna y no por el sentimiento de bienestar que expresa la palabra como tal, esto refleja la relación entre felicidad y resiliencia (Truffino, 2010).

3.3. *Facilitadores de resiliencia*

Hay diversas formas o estrategias de posibilitar el proceso de resiliencia, esto se logra utilizando herramientas como lo son facilitadores que permitan alcanzar un resultado óptimo, de igual forma estos facilitadores los puede tener cualquier persona. Grotberg en el año de 1995 menciona que dichos facilitadores son vistos como factores que promueven una conducta más resiliente y que procede de varias fuentes:

- A) Son aquellos atributos personales como inteligencia, autoestima, capacidad para resolver problemas o competencia social.
 - B) Apoyo que se brinda por parte del sistema familiar; y apoyo social derivado de la comunidad.
 - C) Economía sustentable: El concepto de economía sustentable hace referencia a una forma en donde se logre un desarrollo que integre objetivos económicos, sociales y medioambientales de las personas, todo esto con el fin de maximizar el bienestar humano en el presente sin comprometer la capacidad de satisfacer las necesidades básicas e incluso afectar los gastos básicos para sobrellevar un hogar.
 - D) Empatía: Es el sentimiento de participación afectiva de una persona en la que afecta a otra, es decir, la capacidad cognitiva de percibir en un contexto común lo que otra persona puede sentir.
- Entre los beneficios de llevar a cabo la empatía se encuentra el fortalecimiento de las relaciones con los demás y la capacidad de ponerse en las circunstancias de otros.

- E) Red de apoyo familiar: La importancia de fortalecer la comunicación entre los diferentes miembros de una familia es de vital importancia, ya que la familia constituye la primera red de apoyo social que posee la persona, la familia actúa como el primer grupo de personas con las cuales el ser humano al nacer entra en contacto, este grupo es el responsable de cuidar y proteger a los miembros que la componen, pero también de la enseñanza de prácticas, reglas y pautas de convivencia, para que dichas personas puedan adaptarse exitosamente a las necesidades de la sociedad.
- F) Creencias religiosas: Desde siempre el ser humano, ha estado inmerso en el mundo de las creencias, esto le ha permitido contar con una serie de herramientas para la construcción del sentido de vida. La creencia es una estructura de carácter interpretativo que permite al ser humano responder ante un evento, dándole una mirada positiva para buscar un nuevo significado ante la desesperanza por la presencia de una situación adversa.

3.4. La resiliencia y sus fuentes

En 1995 Grotberg menciona que existen cuatro fuentes de resiliencia en cualquier persona, cada una de estas fuentes, involucra un cierto número de características. Las cuatro fuentes se proponen en relación a la persona sin importar el contexto en que esta se encuentre, es decir, con lo que la persona es, con lo que la persona está dispuesto a hacer, que se haga una autoevaluación del contexto en el que se encuentra e identifique puntos

negativos y positivos, con las habilidades que cuenta la persona y por último las herramientas que tiene a la mano la persona.

a. Tengo

- ❖ Personas alrededor en quienes confío y me quieren incondicionalmente.
- ❖ Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar peligros o problemas.
- ❖ Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.
- ❖ Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.
- ❖ Personas que me ayudan cuando estoy enfermo, en peligro o necesito aprender.

b. Soy

- Una persona por la que los otros sienten aprecio y cariño.
- Feliz cuando hago algo bueno por los demás y les demuestro mi afecto.
- Respetuoso de mí mismo y del prójimo.
- Capaz de aprender lo que mis maestros me enseñan.
- Agradable y comunicativo con mis familiares y vecinos.

c. Estoy

- ✓ Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.

- ✓ Seguro que todo saldrá bien.
- ✓ Triste, lo reconozco y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo.
- ✓ Rodeado de compañeros que me aprecian.

d. Puedo

- Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.
- Buscar la manera de resolver mis problemas.
- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o para actuar.
- Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.
- Equivocarme y hacer travesuras sin perder el afecto de mis padres.
- Sentir afecto y expresarlo.

La resiliencia tiene dos componentes importantes:

- a. Resistencia a la destrucción: capacidad para proteger la propia integridad bajo presión.
- b. Capacidad para reconstruirse sobre circunstancias o factores adversos: capacidad de forjar un comportamiento positivo pese a las circunstancias difíciles.

3.5. Características para desarrollar la resiliencia.

No se puede hablar de la resiliencia como una característica absoluta, tampoco se adquiere para siempre, más bien es el resultado de un proceso

dinámico, con variaciones de acuerdo a la función de la naturaleza del acontecimiento ocurrido, el contexto y la etapa de la vida en que ocurre, además puede manifestarse de distintas formas según la cultura (Vera, 2007).

Se encuentran características de la personalidad y del entorno, como la seguridad en sí mismo, el apoyo social, el propósito en la vida, aprender de las experiencias positivas y negativas de la vida, el optimismo frente a las circunstancias adversas, la apertura a nuevas experiencias y un alto nivel de emociones positivas (Savendra,2005).

De acuerdo con Mrazek (1987) existen 12 habilidades que distinguen a una persona con características resilientes de las demás:

- a. Respuesta rápida al peligro: Habilidad para reconocer y actuar ante las situaciones que ponen su integridad en riesgo.
- b. Madurez precoz: Capacidad de hacerse cargo de sí mismo.
- c. Desvinculación afectiva: Separar los sentimientos intensos sobre uno mismo.
- d. Búsqueda de información: Preocupación por adquirir los conocimientos básicos que están relacionados con el entorno en el que se encuentra.
- e. Obtención y utilización de relaciones que ayuden a subsistir: Capacidad para crear vínculos afectivos que aporten de forma positiva a la persona en momentos complicados.
- f. Anticipación proyectiva positiva: Capacidad de visualizar un futuro mejor.

- g. Decisión de tomar riesgos: Asunción de la responsabilidad cuando se toman decisiones, incluso cuando esta implica algún riesgo.
- h. La convicción de ser amado: Sentimiento de ser amado por los demás.
- i. Idealización del rival: Identificación con alguna característica de su oponente.
- j. Reconstrucción cognitiva del dolor: Identificación de eventos negativos de una forma aceptable.
- k. Altruismo: Placer de ayudar a las demás personas.
- l. Optimismo y esperanza: Disposición de tomar positivamente lo que depare el futuro.

Las características anteriormente mencionadas no tienen que darse en su totalidad, siendo que si una característica no se presenta se incurre en una persona no resiliente, en todo caso se podrían presentar en una parcialidad, siendo que estas conductas resilientes sean consecuencia de los atributos personales de la persona o de la presencia de algunos factores ambientales que la estimulen positivamente o la favorezcan (Saavedra 2011). A continuación se hace mención:

- ψ Ambiente que promueva vínculos cercanos.
- ψ Ambiente alentador a las personas.
- ψ Promoción continua de una educación de calidad.
- ψ Ambiente cálido, no crítico.
- ψ Establecimiento claro de los límites.
- ψ Clara existencia de relaciones de apoyo entre las personas.
- ψ Se comparten responsabilidades.

- ψ Ambiente capaz de satisfacer las necesidades básicas de las personas.
- ψ Hay una expresión realista y positiva de expectativas.
- ψ La promoción continúa para el cumplimiento o logro de metas.
- ψ Valoración de los talentos específicos de cada persona.

Con lo anterior, se entiende que, una persona sin prejuicio de vulnerabilidad sabe afrontar de manera correcta las situaciones adversas en su vida, e incluso llegaría a obtener un resultado positivo del mismo en un alto porcentaje, siendo esto un aprendizaje o crecimiento personal en lugar de una adversidad. Por lo que para finalizar sería beneficioso para toda la sociedad el tener un buen cuidado de las personas mayores, esto se vería reflejado en los aspectos de sanidad y economía, para lograr esto se debe de trabajar en conjunto y que el sistema satisfaga las necesidades de todos (Arrogante, 2015).

Metodología

En el marco de la metodología, la investigación se realizó con una búsqueda intensiva de investigaciones que aludiera al tema principal o en su defecto que abordara una o más variables y que aportara información relevante a la investigación. Una vez que se contaron con los documentos necesarios se procedió a la extracción y síntesis de la información para dar pie al marco teórico y posteriormente a los capítulos del proyecto. Al final de la misma se ejemplifican los documentos citados y se agrega una pequeña comparación por autor y año en donde se observan los procedimientos de cada uno.

Selección de participantes (en este caso artículos científicos).

Esta investigación de campo se realizó en su mayor parte en sitios de búsqueda online reconocidos a nivel nacional o internacional, pues es vital contar con la información más reciente y fiable para poder abordar el tema en la actualidad y aportar datos nuevos a la misma.

Criterios de inclusión: investigaciones realizadas con adultos mayores y un cuidador informal

Criterios de exclusión: investigaciones realizadas en instituciones personalizadas, sitios de búsqueda no especializados

Procedimiento

Se procedió a la investigación, recolección y análisis de documentos científicos sobre el proceso de ciclo de vida de una persona, con el propósito de entender las distintas etapas de la vida y la serie de cambios que ocurren en estas, enfocándose en la etapa de la vejez por la naturaleza de la investigación. Seguido del mismo proceso de investigación, recolección y análisis de documentos científicos, ahora enfocados a la tarea de cuidar a otra persona para poder observar el origen de dicho rol, igualmente se hace el mismo proceso con la variable del cuidador informal para distinguir estas características y se recalca el papel fundamental que tiene la familia en dicho proceso. Por último se repite el mismo proceso enfocado a la resiliencia para observar la etiología y cómo es una característica innata en las personas (énfasis en el cuidador informal), se distinguen los pilares, fuentes y características que conforman la resiliencia en una persona ante una situación de adversidad.

Materiales

Para la realización de este proyecto de investigación se utilizaron alrededor de 50 documentos de carácter científico.

Resultados

Se ha establecido durante el desarrollo de esta investigación el observar y conocer los aspectos relacionados del cuidador informal de las personas adultas de la tercera edad, el cual es necesario debido al ritmo acelerado de envejecimiento que está experimentando nuestro país desde hace varios años. También se muestra los aspectos que implica el ser cuidador y como la familia es el pilar fundamental para estabilizar la situación y por lo tanto evitar un mal funcionamiento dentro de la misma a través de sus participantes.

En este punto, el papel del psicólogo será imprescindible pues tendrá que incorporar a sus tareas el trabajar con adultos mayores, también atender la problemática personal y familiar derivada de enfermedades crónico-degenerativas y de trastornos mentales crónicos asociados.

Sin embargo, hay fenómenos que traen consigo una serie de cambios en la vida de todas las personas, los cuidadores y por ende las personas adultas de la tercera edad no son ajenos a dichos cambios. A continuación se ejemplifica:

Las tendencias sociales políticas y económicas traen consigo nuevos retos en la educación, esto se traduce en un mayor nivel de calidad, innovación y eficiencia para afrontar y resolver de manera asertiva los problemas del país, por ende se utiliza como herramienta el conocimiento, el cual es un proceso en constante modificación, una de sus finalidades es el estar actualizando día a día, para esto, se incorporan nuevas perspectivas que favorezcan dicho conocimiento, este no está al alcance para una o varias personas, sino que está al alcance de toda la sociedad y así se pueda generar un aprendizaje significativo.

Esta modificación va de la mano con el contexto actual del país, donde el estudiante debe de contar con los conocimientos necesarios para hacer frente a las problemáticas en distintos ambientes (Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, ANUIES, 1989).

Es importante hacer mención del fenómeno de la globalización, ya que dicho fenómeno constituye el contexto internacional en donde las instituciones de educación actualmente están inmersas, por ende, no existen fenómenos o procesos aislados pertenecientes a una nación del mundo, una nación siempre tendrá influencia en una o varias naciones. De tal forma que la globalización genera nuevos patrones de comportamiento con implicaciones sociales y poblacionales (Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, ANUIES, 1989).

Por último, este fenómeno tiene como consecuencia una inmensa competencia económica a nivel internacional, la mayoría de las veces esta trae como consecuencia un aumento en los índices de desempleo y la disminución de la calidad de vida de las personas, por lo tanto, el mayor riesgo de la globalización, son los fenómenos de exclusión social. Por todo lo anterior, la educación surge como una vía de contribución para que la globalización sea vista como una oportunidad y no como una amenaza. Es necesario que los educadores, consideren rescatar el valor de la educación como fuerza integradora, y a su vez trabajar en el propósito de mejorar la calidad de vida de la población (Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, ANUIES, 1989).

El mundo en el que vivimos es globalizado, esto implica una serie de cambios permanentes, por lo que las personas que enfrenten esta situación y quieran salir adelante deben de lograr una adaptación, buscar nuevos equilibrios que permitan construir formas de vida social en equilibrio con la naturaleza. De manera específica, la psicología interviene con la formación de estudiantes, con conocimientos, habilidades y actitudes para que estos se desempeñen de forma integral una participación durante la prevención/solución de problemas, con el fin de favorecer el desarrollo de los individuos, los grupos, las organizaciones y comunidades (Cohen, 2006).

Todo esto está conectado entre sí, ya que la ciencia deriva en conocimientos, los cuales son enseñados a través de la educación, es decir, la ciencia se adapta a los cambios y fenómenos que se producen o están curso y tienen una relevancia global en las personas.

Pasando a otro aspecto importante, uno de los objetivos de la investigación es la difusión e implementación de la información en la carrera de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México Plantel Zaragoza.

El plan de estudios de la Licenciatura en Psicología de la FES Zaragoza, se implantó en el semestre lectivo 1981-1. A lo largo del tiempo este ha sido actualizado en los contenidos y bibliografía de los módulos que lo integran. Lo anterior, es un antecedente del nuevo plan de estudios, donde el nuevo plan goza de la flexibilidad para que el alumno escoja su trayectoria académica y sus optativas.

La misión de La Licenciatura de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, es el formar profesionales de la Psicología que favorezcan el desarrollo de individuos, grupos, organizaciones y comunidades, con el propósito de incidir en el mejoramiento de su calidad de vida, a partir de una formación integral, sustentada en principios éticos, con una perspectiva reflexiva y constructiva del entorno nacional y mundial que les permita planear, evaluar, investigar e intervenir con fines de prevención, orientación, rehabilitación y promoción.

Por su parte la visión de La Licenciatura de Psicología es el formar profesionales de la psicología con alta calidad académica, compromiso social para abordar los problemas nacionales y actitud de respeto al medio ambiente; incorpora innovaciones pedagógicas, tecnológicas y científicas, encaminadas a enriquecer el aprendizaje, la producción y la difusión del conocimiento; forma parte de redes interinstitucionales que le permiten el intercambio y la movilidad de estudiantes y docentes, así como participar en proyectos multidisciplinarios a nivel nacional e internacional; cuenta con un sistema de evaluación permanente que le permite responder y vincularse oportunamente con su entorno.

Desde mi punto de vista sería un beneficio a la comunidad estudiantil el poder implementar nuevas temáticas en las materias de modalidad optativa, en específico sobre temas que hacen alusión al cuidado de las personas adultas de la tercera edad y la resiliencia que está inmersa durante dicho proceso. Lo anterior se menciona, ya que al hacer una revisión de las materias optativas, solamente se encuentra la que lleva por título "Asistencia Psicológica al Final de la Vida", esta

tiene como objetivo el comprender la importancia que tiene el psicólogo en los cuidados del paciente con enfermedad terminal y su familia al final de la vida.

Sin duda dicha materia muestra un panorama sobre las diversas situaciones que se pueden dar en el círculo familiar, sin embargo, el contar solamente con una materia que haga referencia a dicho tema no parece suficiente, pues para que el alumnado cuente con los recursos necesarios y se establezca un punto de intervención se deberá de contar con una serie de conocimientos adquiridos mediante la teoría y posteriormente llevados a cabo a la práctica, es aquí donde surge el problema y a la vez el inicio de mi propuesta, es decir, como lograr una intervención psicológica de manera eficaz al problema cuando no se tiene la apertura de la información al alumnado.

Resulta de vital importancia que el psicólogo profesional de La Licenciatura de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, tenga el conocimiento básico y posteriormente llevarlo a la práctica con las personas adultas de la tercera edad, sin dejar a un lado el papel que desempeña el cuidador informal y a la vez el proceso implícito de la resiliencia en dichos cuidados. Considero que como futuros psicólogos la importancia de nuestra carrera depende en gran medida de la aplicación que se le dé, es decir, la psicología es fundamental en la vida en general, pero depende de cada persona hacer énfasis en los aspectos a mejorar o tratar.

Considero que se cuenta con un desconocimiento importante en el proceso de formación como futuros psicólogos de la sociedad mexicana, es por esto que la propuesta es dirigida a la implementación y renovación de las materias optativas que hagan referencia a los cuidadores adultos de la tercera edad y el proceso de resiliencia que está inmerso en el cuidador, la familia y la persona adulta.

Debido al componente emocional que se genera a lo largo de esta relación adulto-cuidador considero imprescindible la intervención oportuna del psicólogo, pues este sería una figura mediadora que garantice una adaptación para ambas personas, donde haya una satisfacción mutua de los cambios que lleguen a producirse, sin perder de vista el proceso de resiliencia que garantice el bienestar personal (Senda De Cuidados, 2018).

Además, este ayuda también a que cada persona siga el rol que le fue asignado, respetando sus propios derechos y obligaciones sin dejar a lado los mismos derechos y obligaciones de la otra persona. Pues solamente así se podría hablar de unos cuidados que gocen de calidad, donde la persona, profesional y cuidador coincidan en una valoración positiva de dichos cuidados y haya una revisión constante del programa que se está llevando a cabo (Senda De Cuidados, 2018).

Entre otras tareas que el psicólogo puede contribuir son: valoración del entorno de la persona adulta de la tercera edad, valoración de las relaciones familiares, proporcionar pautas de actuación para que el adulto comprenda y no malinterprete las muestras de ayuda, esto trae como consecuencia la promoción y

participación de la persona en su entorno manteniendo un buen funcionamiento en sus capacidades cognitivas y su estilo de vida (Martínez, 2019).

Es por esto por lo que considero esencial la presencia de un psicólogo, pues este tiene el deber de ayudar en las problemáticas actuales, para que lo anterior se lleve a cabo, se debe de contar con los recursos necesarios como tener la información adecuada y un plan de estudios a seguir en constante actualización para que posteriormente esta se lleve a la práctica. Con esto se evitaría la exclusión social que ya mencioné varias veces, pues la sociedad actual debe de valorar y respetar la serie de conocimientos que tienen las personas adultas.

Una vez en este contexto de promoción, lo principal es otorgar un papel protagonista al adulto, pues este está en constante disminución, siempre y cuando que la persona sea consciente de los cambios producidos el psicólogo podrá fungir como asesor, educador y agente social dentro de un contexto de promoción de salud en colaboración con el cuidador, incluso si es necesario trabajar a un nivel multidisciplinario para una intervención con un mayor nivel de eficacia (Martínez, 2019).

Cualquier psicólogo en formación debe de tener un conocimiento al menos básico sobre el concepto de resiliencia, primeramente en una persona normal y después trasladarse a los cuidadores de personas adultas de la tercera edad, pues este concepto está implícito en el día a día de todas las personas e incluso de una forma más clara, a mí parecer, se refleja en el proceso de atención psicológica individualizada, ya que dicho proceso es el que hace afrontar las malas experiencias a las personas y es el responsable para que una persona busque dicha ayuda.

Está claro que un plan de estudios necesita adaptarse a los fenómenos sociales actuales, si lo anterior no se cumple, se hablaría de una desactualización de dicho plan, a su vez, si lo anterior llega a suceder las necesidades generadas a nivel social y culturalmente quedan excluidas, es decir, dicho plan de estudios queda fuera de la realidad donde las necesidades expresadas de la sociedad requieren su cumplimiento lo antes posible.

Con dicha actualización se favorece enfrentar y proponer los cambios requeridos en las sociedades, por lo tanto, un plan de estudios dinámico que responda a las necesidades tanto a nivel individual como social es el indicado, ya que el envejecimiento empieza como un fenómeno individual y posteriormente cuando este abarca poblaciones más grande se habla de un fenómeno social, reflejado en varias sociedades actuales.

Del mismo modo, la psicología que estudia a la vejez debe considerar una perspectiva teórica que involucra la interacción social de las personas en la construcción de la vejez, pues a mi parecer se tiene una imagen totalmente errónea de lo que hoy en día significa ser una persona adulta de la tercera edad, sin duda a mi juicio la globalización una vez más tiene influencia en esto, ya que no se aprecia como antes a las personas, lejos de ser valoradas son vistas como personas que ya no tienen un valor en la sociedad.

En lo que respecta a la finalidad de la propuesta, esta se implementaría en la materia de modalidad optativa en la Carrera de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, donde de forma general se observa el panorama en el que se encuentran los cuidadores de personas adultas de la tercera edad al hacer

frente a los cuidados de la misma. Para esto se utilizará el siguiente nombre de la materia: "Cuidadores y resiliencia, en personas adultas de la tercera edad", dicha materia estaría conformada principalmente por tres bloques, estos se mencionan a continuación:

1.- Ciclo de vida.

1.1- Proceso de ciclo de vida. Envejecimiento.

1.2- Paciente geriátrico.

2.- El cuidar como trabajo.

2.1- El cuidador y su función.

2.2- Roles fundamentales de un cuidador.

2.3- Dificultad en el ejercicio del rol.

2.4- Rutina del ser cuidador. Cuidador y ser cuidado.

2.5- Etapas en el cuidado de una persona de la tercera edad dependiente.

2.6- Efectos del cuidador en la persona.

3.- La resiliencia como una característica para afrontar el cuidado de los pacientes geriátricos.

3.1- Resiliencia.

3.2- Pilares de la resiliencia.

3.3- Facilitadores de resiliencia.

3.4- La resiliencia y sus fuentes.

3.5- Características para desarrollar la resiliencia.

Este progreso es posible mediante un conocimiento concreto de la información y sus interpretaciones, pues solo así se contempla realmente quienes somos, esto mismo nos permite reflexionar de una manera personal y a la vez profesional para contar con las posibilidades ante nosotros. Por todo esto es importante contar con un compromiso para la construcción del conocimiento epistemológico y contextualizado en la realidad que vive el cuidador.

Discusión.

El objetivo general de este estudio fue dar un panorama general de la relevancia que tienen los temas de resiliencia, cuidadores y personas de tercera edad en los programas del plan de estudios de la carrera de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. En este sentido se hizo un esfuerzo para mostrar el panorama deseado con el cual se abordará la mayor parte de los aspectos posibles que afectan a los cuidadores de personas adultas de la tercera edad.

Es evidente que la psicología ayuda a potenciar el nivel de resiliencia en los cuidadores informales de los adultos de la tercera edad, es aquí donde se ve su importancia, pues un aspecto central de la misma es el servicio a otra persona, cualquier actividad producida en alguna sociedad humana es susceptible a un análisis, ya que esta implica procesos mentales en el proceso de realización. En este caso una de las actividades que está tomando mayor frecuencia hoy en día son los cuidados a otra persona, esto es debido al proceso de envejecimiento que se mencionó anteriormente, aquí es donde interviene una vez más la psicología, pues tanto esta como otras ciencias tratan de resolver los problemas actuales para producir un cambio de forma positiva en la sociedad y posteriormente en el mundo (Chia, 2019).

Hay bastante evidencia científica para mencionar que hay un evidente proceso de envejecimiento de la población a nivel mundial, pues uno de tantos

autores que mencionan algo referente a este tema son Casado y López (2001), estos explican las consecuencias que trae dicho proceso, en resumen, el proceso de envejecimiento va de la mano con el incremento del número de cuidadores en las sociedad. Resulta fácil deducir la relación entre dichas variables, aún más cuando se vive el intenso proceso de la globalización, pues hoy en día una persona tiene un valor de acuerdo al aporte de su producción en la economía global y muchas personas adultas son vistas como una carga económica.

Aunado a lo anterior, se puede observar dicho envejecimiento en el estudio realizado por Karla Denisse González en su estudio: “Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas”, publicado en el año 2015, donde de forma breve obtuvo como conclusión que nuestro país experimenta un intenso proceso de envejecimiento demográfico, es decir, actualmente hay una transición de una población joven a una más envejecida. Es un hecho que en los siguientes años, todas las entidades de la República Mexicana mostrarán un avance en el proceso de envejecimiento demográfico.

Hay una frase popular que menciona lo siguiente: “La salud del hoy es el reflejo de la salud del mañana”, atendiendo a la frase anterior, el gobierno actual ha estado promoviendo campañas para el cuidado de las personas adultas de la tercera edad, sin embargo, como se mencionó anteriormente una de las consecuencias de la globalización es la exclusión social y este grupo de personas

no es una excepción, pues actualmente estas se encuentran en una situación crítica de salud (Chia, 2019).

Aun cuando la persona funge como cuidador para cubrir ciertas necesidades especiales de la persona se debe de posibilitar una vida digna acorde a los deseos de cada persona, para lograr esto el cuidador apoyado de un psicólogo debe de fomentar la autonomía, independencia y dignidad de esta, es decir, conservar o mejorar su nivel de calidad de vida, pues se habla de una relación íntima basada en el respeto (Senda De Cuidados, 2018).

Por todo lo anteriormente mencionado, surge la necesidad de incluir nuevas temáticas en la categoría de asignaturas optativas dentro del Plan de Estudios de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, dichas materias incluirían temas de relevancia como lo son: la fase del envejecimiento en las personas, así como la serie de requerimientos para el cuidado de este grupo de personas, el cuidador y la relación que tiene con el concepto de resiliencia. Todos estos aspectos tienen una relación de suma importancia, por ejemplo: al contar cada día más con una población más longeva, surge la necesidad de cuidados específicos para estas personas, al mismo tiempo la necesidad de un cuidador primario que ayude a la realización de estas y al mismo tiempo cuidar a la persona que cuida.

Como futuros psicólogos tenemos la responsabilidad en la sociedad de establecer intervenciones en los fenómenos que produzcan cambios evidentes en la estructura de la misma, como ya se mencionó este proceso de envejecimiento trae diversas consecuencias, y no parece desacelerar en poco tiempo. Pues el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (INMERSO) (2004), menciona que la

demanda de cuidados seguirá en aumento debido al envejecimiento de la población, por lo cual considero que es vital la inclusión de la Psicología en dicho tema, ya que representará un enorme reto en el futuro de las sociedades.

Sin embargo, hay otro aspecto a tomar en cuenta al hablar de dicho tema, el cual es el rol que se le da a los miembros de la familia de acuerdo al género, es evidente que a lo largo de la revisión bibliográfica diversos autores mencionan dicho aspecto, como ejemplo tomo lo mencionado por De la Cuesta (2009), este autor menciona la importancia de esta variable de género, ya que, al ser mujer automáticamente se hablaría del cuidado como una extensión de sus responsabilidades, puesto que es mínimo el número de hombres que se ven en la necesidad de ser cuidadores.

Como ejemplo, la autora Ara Mercedes Cerquera Córdoba en su estudio “Resiliencia y variables asociadas en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer” en el año 2016, obtuvo como resultado que su muestra estuvo conformada por un 82% de cuidadoras mujeres, al igual que Fabiola Yonte Huete en su estudio titulado “Sobrecarga del cuidador principal” en el año 2010, donde su muestra fue conformada por 50 cuidadores, de los cuales 43 eran mujeres representando el 86%, del mismo modo Yamileth Castaño-Mora en su estudio “Resiliencia del cuidador primario y mejoría clínica de personas con enfermedad mental en cuidado domiciliario” en el año 2015 con una muestra total de 58

cuidadores, de estos el 76% era mujeres, y así podría seguir citando varios estudios con datos similares.

Sin restarle la importancia necesaria, al hablar del concepto de resiliencia se habla de todo el proceso, este implica desde la aparición del miembro familiar que pierde la autonomía, pues como Juan de Dios (2013), mencionó que la resiliencia también se refiere a la estabilidad, recuperación y transformación, de tal forma, se puede decir que en todo momento la familia muchas veces sin tener conocimiento de ello está continuamente en un proceso de resiliencia, esto claramente incluye al cuidador, persona dependiente y a terceras personas, ya que Ryff y Singer (2003) mencionan que dicha capacidad la pueden poseer todas las personas, por lo que no es única de un grupo selecto .

Para lo anterior, retomo lo mencionado por Alarcón, Bonilla, Chávez y Montiel (2002), donde se refirieron a la familia como el grupo más importante, pues este desempeña dos funciones principales, estas son, el garantizar la protección completa a todos sus miembros y la introducción de una cultura para la sociedad actual. Cuando se cuenta con una persona con cierto grado de discapacidad se vive un proceso de duelo, es decir, hay cambios evidentes en la personalidad de los integrantes del grupo, pues no solo la persona adulta sufre, sufre la familia completa.

Resalto tres pilares que se fundamentan en la revisión bibliográfica realizada, estos se mencionan a continuación:

- 1.- Entender este proceso como un periodo de adaptación donde la familia sea el pilar fundamental, ya que en este grupo estará el cuidador principal y es vital

el proporcionar los recursos necesarios para evitar repercusiones negativas, para esto se tendrá como apoyo fundamental la resiliencia.

2.- El cuidador. Este debe de cuidar pero al mismo tiempo necesita y debe de ser cuidado, no se puede hablar de un equilibrio si se da una función y la otra no se logra.

3.- Intervención conjunta y eficaz. Realizar una intervención que aborde a la persona dependiente, el cuidador, la familia y la resiliencia, de este modo se vería la problemática desde una visión completa al contemplar todos los aspectos e integrantes que conforman este proceso.

De Alba (1994) menciona que, para hacer una implementación de temas en un plan de estudios, en este caso, en la modalidad optativa, esta puede darse por diversas formas, para lo anterior se necesita lo siguiente:

- Etapa de planeación: se consideran aspectos como lo son objetivos, propósitos, perfil del estudiante y egresado, así como las metas a cumplir, ya que anteriormente se mencionó la misión y visión de la Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza, así mismo en este punto intervendría el plan de estudios actual para su incorporación de dichos temas.
- Etapa de implementación: se debe de contar con los recursos tecnológicos para el proceso de enseñanza y aprendizaje, material didáctico y el personal docente necesario con experiencia. Seleccionar las áreas de estudio representativas (selección de contenido) para evitar

una saturación. Aquí también se encuentran aptitudes y actitudes. Posteriormente se hace la selección de métodos y materiales para el programa de aprendizaje.

- Etapa de consolidación: en la etapa final se unen elementos como el cuerpo médico, la investigación y la calidad educativa. Esto se logra mediante una evaluación participativa del plan de estudios tomando rasgos como el desempeño de los estudiantes, aprendizajes logrados, evaluación acumulativa (al final de cada curso o programa mediante el logro de metas) y formativa (proceso continuo del progreso obtenido). Por último, contar con una evaluación interna hecha por docentes y capacitadores y una evaluación externa mediante exámenes y evaluaciones a docentes y estudiantes.

Es evidente que se trata de un trabajo muy completo, sin embargo, considero que mediante una evaluación de forma participativa y a la vez efectiva esto se puede lograr exitosamente en un plan de estudios. Se debe de contemplar a la institución para que dicho trabajo sea cotidiano y de forma organizada se de la unión los elementos anteriormente mencionados para lograr el objetivo en común.

Con dicha implementación de las optativas se lograría una revisión de la información acerca de este tema y por consiguiente tratar ir más allá de este punto, es decir, buscar una conciencia individual y colectiva, pues sólo así se entendería la verdadera importancia de este problema que ya está afectando a distintos sectores de diversas poblaciones, pues a mi parecer el psicólogo tiene la

responsabilidad de atender a las personas en cualquier etapa del desarrollo a la que pertenezca.

BIBLIOGRAFÍA.

Abengoza, M. (1992). Cuidar a un anciano: Diferencias de género y edad ante una misma realidad. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, 1(15), 49-61.

Acosta, Ch. (2009). Inventario sobre actividades instrumentales y avanzadas de la vida diaria en adultos mayores y su relación con la calidad de vida. En R. A. L. González-Celis (Coord.): Instrumentos de evaluación en psicogerontología. México: El Manual Moderno.

Agudelo, M. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 30-39.

Alarcón, D., Bonilla, H., Chávez, V., & Montiel, L. (2002). Cohesión y Adaptabilidad en Familias con Pacientes de Alzheimer de la Ciudad de México. *Redes*, 10(1), 85-95.

Aneshensel, C., Pearlin, L., Mullan, J., Zarit, S., & Whitlatch, C. (1995). Profiles in caregiving. *The unexpected career*. San Diego: Academic Press.

Ariño, S. (2002). La valoración geriátrica integral, una herramienta fundamental para el diagnóstico y el tratamiento. *JANO*, 3(41), 8–15.

Arrogante, Ó. (2015). Resiliencia en Enfermería: definición, evidencia empírica e intervenciones. *Index de Enfermería*, 24(4).

Association ALC. (13 de enero de 2019). *Resilience in the elderly*. Obtenido de Aginglifecarejournal.org.2015: <https://www.aginglifecarejournal.org/resilience-in-the-elderly/>

Baltes, B., Lindenberger, U., & Staudinger, M. (1998). Life-span theory in developmental psychology. En W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology, Theoretical models of human development*, 5(1), 1029- 1143.

Bazo, M., & Domínguez, C. (1995). Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas familiares. *Revista española de investigaciones sociológicas*. Monográfico, 1(23).

Blesedell, E. (2011) Willard y Spackman Terapia Ocupacional. México, Panamericana.

Block, J., & Kremen, A. (1996). IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of personality and social psychology*, 70, 349-361.

Bonanno, G. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events. *American Psychologist*, 59, 20-28.

Bover, A. (2004). Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: percepciones y estrategias de cuidado ligadas al género y a la generación. Barcelona: Universidad Internacional de Barcelona.

Calhoun, L., & Tedeschi, R. (2000). Early Posttraumatic Interventions: Facilitating Possibilities for Growth. En J. Violanti, D. Patton, & D. Dunning. *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives*, 135-152. Springfield, IL, USA: Charles C. Thomas Publisher.

Caqueo, A., & Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 4(1), 577-582.

Carretero, R. (2010). Resiliencia. Una revisión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 27(3), 1-13.

Carretero, S., Gárces, J., & Ródenas, F. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial*. 242-311.

Casado, D., & López, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas del futuro*. Barcelona: Consejo Económico y Social de Madrid.

Colliere, 1993. Calidad de vida de los cuidadores de personas con discapacidad física severa

Colom, C., Domingo, N., Gracia, H. & Medina, V. (2012). *Psicología positiva, asesoramiento psicológico*.

Consejo de Europa. (1998). Recomendación no. 98(9) relativa a la dependencia. 1998.

Córdoba, C., Mercedez, A., Poches, P., & Katherine, D. (2016). Resiliencia y Variables Asociadas en Cuidadores Informales de Pacientes con Alzheimer. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 33-46.

Craig, J. (1994). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A.

Crespo, M., & López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. Madrid: IMSERSO.

Cruz Roja Española. Ser cuidador. *El portal de las cuidadoras y los cuidadores*. España: Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad; 2007 [actualizado 23 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.sercuidador.org/>

De la Cuesta, C. (2009). *El cuidado familiar: una revisión crítica. Investigación y Educación en Enfermería*. 1(27), 96-102. Universidad de Antioquia. Colombia.

De la Revilla. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Barcelona: Ed Doyma: 1994.

De la Serna, P. Reacciones de los profesionales y la familia ante la enfermedad terminal. *Revista de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad de Valencia*, (28). España, 2001. Disponible en URL: http://red-farmamedica.com/spcv/revista/colaboraciones/col_28.htm

De los Santos A., & Valdés Sandra (2012). Cuidado informal: una mirada desde la perspectiva de género. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 4, 138-146.

Díaz, R., González, S., Gonzales, N., & Montero, M. (2017). Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión. *Revista electrónica de psicogerontología*, 4(2), 1-9.

Domínguez, C. *Los Cuidados y la profesión de enfermería*. Ed. Pirámide, Madrid 1986.

Dos Santos, D., de Brito, E., & Yamaguchi, A. (2013). Estrés relacionado al cuidado: el impacto del cáncer infantil en la vida de los padres. *Revista Latino American Enfermagem*, 21(1).

Durán MA. *Los costes invisibles de la enfermedad*. 2ª ED. Bilbao, Fundación BBVA; 2002.

Dwyer, J., & Jankowski, T. (1994). Reciprocity, Elder Satisfaction, and Caregiver Stress and Burden: The Exchange of Aid in the Family Caregiving Relationship. *Journal of Marriage and Family*, 56 (1), 35-43.

Encuesta Nacional de Uso del Tiempo Libre (2012). Resultados versión informe ejecutivo.

Erikson, E.H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton

Fergus, S., & Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: A frame work for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health, 26*, 1-26.

Fernández-Lansac, V., Crespo, M., Cáceres, R., & Rodríguez, M. (2012). Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: Estudio preliminar. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 43*(3), 102-109.

Flaquer L. & Oliver, C. (2004). Las políticas de apoyo a las familias. En: C. Gómez, M. García, A. Ripoll, A. Panchón. Infancia y familias. Realidades y tendencias. *Colección Observatorio de la Infancia y las familias*. Barcelona: Ariel.

Flores-Lozano J., Adeva-Cárdenas J., García M., & Gómez M (1997). Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. *Jano, 1218* (3), 261-272.

Flores, N., Jenaro, C., Moro, L., & Tumsa, R. (2014). Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. *European Journal of Investigation in Health, 4*(2), 79-88.

García, M., Mateo, I., & Eguiguren, A. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria, 18*, 132-139.

García, M., Mateo I., & Gutiérrez. P. (1999). *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer.

García-Vesga, M., & Domínguez- de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 11*(1), 63-77.

Grothberg, E. (2004). *Resiliencia: descubriendo las nuevas fortalezas*, 19-30. Buenos Aires: Paidós.

Inouye, K., Pedrazzani, E., Pavarini, S., & Toyoda, C. (2009). Percepción De La Calidad De Vida Del Anciano Con Demencia Y La De Su Cuidador Familiar: Evaluación Y Correlación. *Rev. Latino-am Enfermagen*, 17(2), 1-7.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2004). *Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Libro Blanco de la dependencia.

Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2014). *Mortalidad en México*. INEGI

Inouye, K., Pedrazzani, E., Pavarini, S., & Toyoda, C. (2009). Percepción de la calidad de vida del anciano con demencia y la de su cuidador familiar: Evaluación y correlación. *Rev. Latino-am Enfermagen*, 17(2), 1-7.

Izal, M., Montorio, I., & Díaz, P., (1997). *Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO)

Jamieson & Lilsly (2005). Calidad de vida de los cuidadores de personas con discapacidad física severa.

Jerez, B. (2009). La resiliencia desde el enfoque del paradigma de la complejidad. *Comunidad de Pensamiento Complejo*, 1, 6-18. Recuperado de <http://www.pensamientocomplejo.ar/homenaje/galería/wpcontent/uploads/Diario-Jerez-Bruno-Resiliencia-desde-el-Paradigma-de-la-Complejidad.pdf>

Juan de Dios Uriarte (2013). Resiliencia del cuidador primario informal familiar ante la sobrecarga ocasionada por cuidado a paciente que vive con esclerosis múltiple.

Junqueira & Deslandes, (2003). Diseño de un cuestionario para indagar la resiliencia en niños de 6 a 12 años.

Kane, R. (1991). *Principles and practice of geriatric medicine*. (2ª ed.). Philadelphia, Estados Unidos: Chichester.

Kornblit A. Somática Familiar. En: Enfermedad orgánica y familia. 2ª ed. Gedisa S.A. España. 1996.

Kotliarenco, MA., Cáceres, I., & Fontecilla, M. *Estado de arte en resiliencia*. Washington: Organización Panamericana de la salud; 1997.

Ladrón de Guevara E. Elaboración de Instrumentos Válidos y Confiables. Colecciones educativas en salud pública. Tesis de Grado. 2007.

Lázaro, V. (2010). Cómo perciben los ancianos que viven en ambientes residenciales sus relaciones sociales con el mundo exterior. *Rev Humanidades Cuad del Marqués San Adrián*, 7,29-40.

La Parra, D. (2001). Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gaceta Sanitaria*, (1)15, 498-500.

Levesque, L., Cossette, S., & Lachance, L. (1998). Predictors of the psychological well-being of primary caregivers living with a demented relative: a 1-year follow-up study. *Journal of Applied Gerontology*, 1(17), 240-258.

Lindenberger, U., & Staudinger, U. (2006). *Life span theory in developmental psychology*. En Damon, W., y Lerner, R. Handbook of child psychology, 1. Theoretical models of human development, 569- 664. New York, EE .UU.: Wiley.

López Martínez, J. (2006). *Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa*.

López, M., Orueta, R., Gómez, S., Sánchez, A., Carmona, J., & Alonso, F. (2009).

El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Revista Clínica Médica Familiar*, 2(7), 330-348.

Maier, H. (1968), Tres Teorías sobre el desarrollo del niño: Erickson, Piaget y Sears. BS.As: Amorrortu Editores.

Marín, P. (2009). Fragilidad en el adulto mayor y valoración geriátrica integral. *Boletín de la escuela de medicina Pontificia Universidad Católica de Chile*, 29(1), 11–25.

Martínez, E., Díaz, F., & Gómez, E. (2010). Sobrecarga en el cuidador primario que asiste a un familiar con cáncer terminal. *Altepepaktli*, 6(11), 32-41.

Martinez, H. ¿Cuál es el papel del psicólogo en la tercera edad? Recuperado de <https://www.cattell-psicologos.com/servicios/otras-especialidades/tercera-edad>

Matud, L. (2008). Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. *Actas Esp Psiquiatr*, 36(2), 63-69.

Medina, J.L. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería* (pp. 36-41). Barcelona: Laertes SA.

Megret Caballero, Ana, Naranjo Arroyo, Migdalia, & Fong González, Yoandra. (2002). Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. *Revista Cubana de Enfermería*, 18(1), 43-49. Recuperado en 10 de julio de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000100008&lng=es&tlng=es.

Meléndez, T., & Navarro, E. (2011). Actividades de la Vida Diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *Anales de Psicología*, 27 (1), 164- 169.

Menéndez, E. (1984). Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud: *Cuadernos de la Casa Chata*. México: Ciescas.

[Mínguez, J. \(2012\). Antropología de los cuidados. *Cultura de los cuidados*, 0\(7-8\), 102-106. DOI:<https://doi.org/10.14198/cuid.2000.7-8.12>](#)

Millán, J. (2011) Gerontología y Geriatría. España, Panamericana.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004) *Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.

Molina, C., Meléndez, J.C., & Navarro, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología*, 24(2), 312-9.

Monroy, B., & Palacios, L. (2011). Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella? *Salud Mental*, 34, 237-246.

Montorio, I., Fernández, M., López, A., & Sánchez, M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y Validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14(2), 229-248

Moreno, S., Marín, M., Montoya-Castillo, I., Castillo-Corrullón, S., Ramírez-Aguilar, A., & Escribano-Montaner, A. (2016). Impacto de la enfermedad respiratoria crónica pediátrica: Estrés percibido en los cuidadores principales. *Calidad de vida y Salud*, 9(2), 131-138.

Mrazek, P., & Mrazek, D. (1987). Resilience in children at high risk for psychological disorder. *Journal of Pediatric Psychology*, 12(3), 3-23

National Alliance for Caregiving in the US: findings from a national survey, y AARP. (1997). *Family caregiving in the US: Findings from a national survey*. Washington, DC.

Neal, M., Ingersoll, B., & Starrels, M. (1997). Gender and Relationship Differences in Caregiving Patterns and Consequences among Employed Caregivers. *Gerontologist*, 37(6), 804-814

Nuñez, K. (2017). Nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la unidad de medicina familiar No. 33 El Rosario. 8-35.

Oliveira, C., Ferreira, A. & Ferrria, J. (2012). Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer asociado à resiliência. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(1), 150-157.

Organización Mundial de la Salud (2014). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. *Technical Report Series*. 7-21.

Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. Nota descriptiva Número 404. [Citado junio 2018]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es>.

Ortega, M. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revistas UNAM*, 47(6), 1-5.

Peck, R.C. (1959). Psychological developments in the second half of life. En E.E. Anderson (Ed.), *Psychological aspects of aging* (pp. 42-53). Washington, DC: American Psychological Association.

Perlado, F. (2001). Valoración geriátrica. *Revista Española Geriátrica Gerontol*, 5(36), 25–31.

Queretaja, M. (2003). *Discapacidad/Dependencia: Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: IMSERSO.

Quesada, A., Justicia, M., Romero, M., & García, M. (2014). La Enfermedad Crónica Infantil. Repercusiones Emocionales En El Paciente Y En La Familia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4 (1), 569-576.

R.A.E. Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición. 2001 Madrid: Real Academia Española.

Ramos, B. (2008). *Emergencia del cuidado informal como sistema de salud*. Ciudad de México, México: Porrúa.

Ryff, C., & Singer, B. (2003). Flourishing under fire: Resilience as prototype of challenge thriving. En C. Keyes, y J. Haidt (Eds.).

Río, R. (2007). Desenredando la terminología. *Revista Chilena de Salud Pública*, 11(1), 28-37.

Rivera, J. (2001). *Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia. Análisis evolutivo de un estudio poblacional*. Madrid, España: Consejo Económico y Social de Madrid.

Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 3 (83), 393-405.

Ruiz, A., & Nava, G. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enfermería Neurología (México)*, 11(3), 163-169.

Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14 (8), 605-642.

Salazar Montes, A., Murcia Paredes, L., & Solano Pérez, J. (2016). Evaluación e intervención de la sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores

dependientes: Revisión de artículos publicados entre 1997 – 2014. *Archivos de Medicina (Col)*, 16 (1), 144-154.

Saavedra, E. *Resiliencia y ambientes laborales nocivos*. Universidad Católica de Maule; 2011.

Schaie, W., & Willis, S. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid, España. PEARSON.

Satir, V. (1980). *Psicoterapia familiar conjunta*. México: Prensa Médica Mexicana

Satorres, E. (2013). Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital. (Tesis Doctoral. Universidad de Valencia).

Schulz, R., Gallagher-Thompson, D., Halley, W., & Czaja, S. (2000). Understanding the interventions process: A theoretical/conceptual framework for intervention approaches to caregiving. *Handbook on dementia caregiving.*, 33-60.

Senda De Cuidados. (2018). Recuperado de <https://www.sendadecuidados.org/2013/05/27/la-importancia-del-cuidador/>

Siles J., Gabaldón E. M., Tolero D., Gallardo. Y., & García E., Galao, R. (1998). Eslabón en la Historia de los Cuidados de Salud. *Index de Enfermería*, 10, -23.

Tallis, R. (2003). *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology* (6^a ed.). Barcelona, España: Elsevier.

Truffino, JC. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista Psiquiátrica de Salud Mental*, 3(4):145-51.

Úbeda, I. (1995). Atención a la familia ¿Utopía o realidad? *Revista Rol de Enfermería*, 203, 75-78.

Vanistendael, S., & Lecomte, J. (2002). La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia. Barcelona, España: Elsevier.

Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68 (3), 284-290.

Villar, F. (2005). El enfoque del ciclo vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. En S. Pinazo y M. Sánchez, Gerontología. Actualización, innovación y propuestas (pp. 147-181). Madrid: Pearson.

Zhang, S., Edward, H., Yates, P., Li, C., & Guo, Q. (2014). Self-Efficacy Partially Mediates between Social Support and Health-Related Quality of Life in Family Caregivers for Dementia Patients in Shanghai. *Demential and Geriatric Cognitive Disorders*, 1(2), 34-45.

Anexos

Cuadro de resultados y discusión

Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos
Niuris Fernández Larrea. “Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos”. Año: 2016.	Identificar una relación entre la percepción de salud y la satisfacción de vida. Identificar una relación entre la percepción de salud y la presencia de enfermedades crónicas.	Estudio descriptivo	324 personas adultas en 3 municipios de la ciudad de La Habana. 63% sexo femenino 37% sexo masculino.	Muestreo estratificado por conglomerado bietápico. Se aplicó el test PFEIFFER para descartar déficit intelectual y se aplicó cuestionario de Neugarten para determinar bienestar psicológico.	El 39.6% de la muestra percibía su salud de forma positiva. Enfermedades crónicas encontradas: hipertensión arterial (25.6%), diabetes mellitus (13.6%) y cardiopatía (13%). Síntomas frecuentes: dificultad de visión (72.5%), trastornos motores (67%) y alteraciones nerviosas (54%).

					La percepción de salud varió en función del sexo y situación económica.
--	--	--	--	--	---

Cuadro de resultados y discusión

Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos
Noelia Flores. "Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo" Año: 2014.	Analizar semejanzas y diferencias en la salud y calidad de vida de los cuidadores familiares que atienden a personas adultas en situación de dependencia	Estudio comparativo	600 cuidadores de personas adultas de la tercera edad en situación de dependencia de los cuales un 33.83% son familiares y un 66.17% son cuidadores. Del total 6.5% son hombres y un 93.5% son mujeres.	Se hizo comparación de grupos evaluando el estrés, salud física y psicológica, calidad de vida general, laboral, familiar y social. Se aplicó el Cuestionario de Carga del Cuidador (CBI) y el Cuestionario de Salud de Goldberg versión de 38	Existe una diferencia entre ambos grupos de cuidadores. Los familiares presentan mayor nivel de sobrecarga/ peor salud física y psicológica. Los cuidadores experimentaron mayor satisfacción con la vida en general.

				ítems (GHQ-28).	
--	--	--	--	-----------------	--

Cuadro de resultados y discusión					
Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos
Ana María Salazar Montes. "Evaluación e intervención de la sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores dependientes: revisión de artículos publicados entre 1997-	Proporcionar descripción de resultados en publicaciones sobre el cuidador informal de personas adultas de la tercera edad.	Estudio descriptivo	Revisión de artículos publicados entre 1997-2014 en diferentes bases de datos (PubMed, ProQuest, MedLine y Google Académico).	Se identificaron 158 estudios de los cuales se seleccionaron 91, se mostró evidencia para determinar la relación entre la afectación de la salud física y psicológica con el oficio del cuidado.	Los sistemas de salud deben implementar programas de cuidado y apoyo para los cuidadores, así como programas de prevención de factores de riesgo y promoción de salud.

2014". Año: 2016.					
----------------------	--	--	--	--	--

Cuadro de resultados y discusión					
Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos
Filomena Ortiz Rico. "Análisis de los factores de protección y sobrecarga en los cuidadores familiares". Año: 2014.	Identificar y analizar los factores de protección que permiten un buen funcionamiento en las tareas del cuidador de la persona dependiente.	Estudio Mixto: Cualitativo y Cuantitativo	20 cuidadores no profesionales .	Se usó la escala de Zarit para el nivel de sobrecarga del cuidador y se creó un segundo cuestionario que mide los factores de protección.	16 cuidadores eran mujeres y sólo 4 eran hombres. 9 cuidadores registraron una sobrecarga intensa de trabajo (45%) lo cual está relacionado con el grado de dependencia de la persona.

Cuadro de resultados y discusión

Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos
Paulina Andrea Silva Villalobos. "Áreas en las que se ve afectada la vida cotidiana y la construcción de resiliencia de los cuidadores informales de personas adultas de la tercera edad en situación"	Conocer las áreas en las que se ve afectada la vida cotidiana y la construcción de resiliencia de los cuidadores informales de personas adultas de la tercera edad.	Estudio Cualitativo, Descriptivo	10 cuidadores de la misma institución de personas adultas de la tercera edad con dependencia	Entrevistas semiestructuradas a los cuidadores para conocer la situación de la persona que cuida y su situación personal. Se realizó una sesión de discusión con cuidadores para conocer relatos en otro contexto socio histórico pero en la misma situación.	Resiliencia: dos adversidades: situación que afecta la vida del cuidador/ causas para "activar" dicha resiliencia, falta de apoyo emocional, recursos económicos. Cuidador: falta de motivación, dificultad y alteración de rol.

de dependencia severa". Año: 2014.					
---------------------------------------	--	--	--	--	--

Cuadro de resultados y discusión					
Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos
Marisol Nallely Pérez Sánchez. "Resiliencia del cuidador primario informal familiar ante la sobrecarga ocasionada por cuidado a paciente que vive con esclerosis múltiple". Año: 2017.	Analizar la resiliencia en los cuidadores primarios informales ante la sobrecarga de trabajo ocasionada por una persona dependiente .	Estudio cualitativo .	4 cuidadoras primarias informales	Se diseñó una entrevista estructurada para explorar la resiliencia, se aplicó escala de sobrecarga de Zarit y escala hecha para medir variable de acción social.	Tiempo dedicado a la labor del cuidado: 2-7 años/ 7 días de la semana, 3 de las 4 cuidadoras vivían en el mismo lugar que el paciente. Importancia para las cuidadoras: red de apoyo, apoyo económico, acción social, autoestima.

Cuadro de resultados y discusión					
Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos
Kenia Karen Ramírez Núñez. “Nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la unidad de medicina familiar no 33 el rosario”. Año: 2017.	Determinar el nivel de sobrecarga	Estudio Observacional. Descriptivo. Transversal.	369 cuidadores primarios	Se aplicó un cuestionario ex profeso para identificar factores sociodemográficos, escala de Zarit para medir el nivel de sobrecarga del cuidador	Edad promedio de cuidadores: 50-59 años (68% mujeres) del cual el 48% son casados y el 47% son hijos de la persona cuidada. Nivel de sobrecarga: leve (62%), intensa (25%) y ausencia (11%).

Cuadro de resultados y discusión

Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos
<p>Ara Mercedes Cerquera Córdoba. “Modelo de intervención psicológica en resiliencia conductual para cuidadores informales de pacientes con Alzheimer”. Año: 2014.</p>	<p>Diseñar un modelo de intervención psicológica en resiliencia conductual</p>	<p>Estudio mixto: análisis cuantitativo y cualitativo.</p>	<p>Dos psicólogos pertenecientes a la línea de investigación Calidad de Vida en la Tercera Edad de la Universidad Pontificia Bolivariana quienes formulan el modelo y dos psicoterapeutas como jueces externos.</p>	<p>Se construyó el modelo de intervención en resiliencia basado en la propuesta de Mori (8 fases de diseño) y los jueces lo evalúan, se tiene en cuenta el modelo cognitivo conductual (10 sesiones).</p>	<p>Este modelo brinda información necesaria para facilitar la réplica en otros contextos y además aporta elementos que son requeridos en su implementación.</p>

Cuadro de resultados y discusión					
Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos
Ara Mercedes Cerquera Córdoba. "Resiliencia y sobrecarga. variables asociadas en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer" Año: 2016.	Identificar la relación entre la resiliencia y la sobrecarga.	Estudio cuantitativo de tipo transversal con alcance descriptivo-correlacional	101 cuidadores informales seleccionados a conveniencia (82 mujeres y 19 hombres).	Se aplicó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) adaptada al español por Novella (2002), además se aplicó la Escala de Carga del Cuidador de Zarit	El 81,2% de los cuidadores son de sexo femenino con edades entre 51-60 años (35%), la mayoría casados (44.6%) con formación académica de bachillerato (42.6%). Se halló que el 48.5% de los cuidadores presentan sobrecarga intensa.

Cuadro de resultados y discusión					
Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos

Fabiola Yonte Huete. "Sobrecarga del cuidador principal". Año: 2010.	Identificar el nivel de sobrecarga del cuidador principal.	Estudio observacional descriptivo transversal.	50 dependientes y sus cuidadores obtenidos por muestreo de conveniencia.	Se utilizó la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, para la obtención de algunos datos se consultó la historia clínica del cuidador y del paciente.	Mujeres (80%) y hombres (20%) edad promedio: 87,5 años para las mujeres y 78,7 para los hombres, parentesco del 74% (hijos). Sobrecarga moderada: 47%, 34% sobrecarga intensa.
--	--	--	--	---	--

Cuadro de resultados y discusión					
Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos

Yamileth Castaño-Mora. "Resiliencia del cuidador primario y mejoría clínica de personas con enfermedad mental en cuidado domiciliario". Año: 2015.	Establecer la relación entre la resiliencia y la sobrecarga del cuidador primario.	Estudio cuantitativo - descriptivo-correlacional.	58 cuidadores.	Se aplicó un instrumento sobre datos sociodemográficos. La Escala de Resiliencia de Wagnild y Young.	76% de los cuidadores son del sexo femenino. Nivel de sobrecarga: 50% nivel elevado y el 40% moderada.
--	--	---	----------------	--	--

Cuadro de resultados y discusión

Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos
-------	----------	--------	-----------	-------------	-----------

<p>Marta Andrés Olmeda. “La calidad en la intervención de los cuidadores profesionales de personas dependientes. Evaluación de la inteligencia emocional y resiliencia de estudiantes de ciclo formativo de grado medio de atención a personas en situación de dependencia”. Año: 2016.</p>	<p>Conocer, describir y analizar el grado de resiliencia de personas en situación de dependencia.</p>		<p>47 estudiantes de técnicos de atención a personas en situación de dependencia</p>	<p>Se aplicó la escala de resiliencia CD-RISC de Connor (2003) y el TMMS-24 para evaluar los estados emocionales.</p>	<p>La muestra tiene una resiliencia media-baja (empatía baja) y tan sólo el 14% presentan una resiliencia alta.</p>
---	---	--	--	---	---

Cuadro de resultados y discusión					
Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos

<p>Ana María Salazar Montes. "Evaluación e intervención de la sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores dependientes: Revisión de artículos publicados entre 1977-2014". Año: 2016.</p>	<p>Proporcionar al lector una descripción de los resultados referidos en publicaciones sobre el cuidador informal de personas adultas de la tercera edad</p>	<p>Estudio descriptivo de revisión de artículos publicados entre 1997-2014 en diferentes bases de datos.</p>	<p>91 estudios descriptivos y correlacionales</p>	<p>Se eligieron 6 bases de datos: PubMed, ProQuest, Medline y Google Académico, se incluyeron artículos científicos con metodología de comparación de grupos, descriptivos y observacionales.</p>	<p>El 65% de los estudios analizados fueron descriptivos y tan solo un 6% fueron entre comparación de grupos. El test de Zarit es el más usado, la asociación del cuidado con el rol de la mujer es clara. El cuidado informal debe considerarse como un oficio que merece ser atendida desde diferentes entes gubernamentales y de la salud.</p>
---	--	--	---	---	---

Cuadro de resultados y discusión

Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos
Karla Denisse González. “Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas”. Año: 2015.	Identificar la transición demográfica por la cual atraviesa actualmente el Distrito Federal.	Estudio análisis comparativo.	Diversos documentos que aporten información de fuentes tales como CONAPO, INEGI, OMS u IDPAM.	A) Índice de envejecimiento B) Razón de dependencia por vejez	El Distrito Federal experimenta un intenso proceso de envejecimiento o demográfico. Por lo tanto son necesarias políticas para atender a personas mayores de 60 años

Cuadro de resultados y discusión					
Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos

Júpiter Ramos Esquivel. "Aportes para una conceptualización de la vejez". Año: 2009.	Generar aportes que sirvan para la discusión sobre la definición de vejez.	Estudio descriptivo de revisión de artículos.	Diversos documentos que aporten información	A) La vejez como historia B) La vejez como concepto C) La vejez como situación del ser humano	Ubicar y asumir a la vejez como una situación integrada al ser humano y a la sociedad.
--	--	---	---	---	--

Cuadro de resultados y discusión					
Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos

<p>María Raquel Cruz Carpena. "Papel de la resiliencia en personas mayores institucionalizadas". Año 2015.</p>	<p>Conocer la relación entre la resiliencia y algunas variables relacionadas con la adaptación al ingreso en una residencia.</p>	<p>Estudio</p>	<p>44 personas mayores con al menos 3 meses ingresados en una residencia.</p>	<p>Para medir la resiliencia se utilizó la escala de resiliencia (ER) de Wagnild & Yung, el cuestionario EuroQol-5D (EQ-5D) que mide la calidad de vida, la escala de depresión de Yesavage, la escala de estrés percibido.</p>	<p>Se encontró que un 59% total de la muestra son mujeres con un rango de edad de 68 a 97 años, con un promedio de estancia de 3 a 120 meses, asimismo el 69% de los adultos de la tercera edad mostraron un nivel de resiliencia media y una relación entre la resiliencia y la depresión, una relación entre la resiliencia y la calidad de vida.</p>
--	--	----------------	---	---	---

Cuadro de resultados y discusión					
Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos
Ricardo Díaz Castillo. “Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión” Año 2017.	Documentar la presencia de la resiliencia en adultos mayores de la tercera edad, así como la participación de factores de riesgo y protección.	Estudio descriptivo de revisión de artículos.	Revisión de 32 artículos científicos publicados entre los años 200 y 2016.	Exploración de tres bases de datos (Academic Search Premier [Ebsco Host], Pubmed y Science Direct).	Se encontró que la resiliencia ayuda a los adultos mayores a superar factores de riesgo. La resiliencia también se presenta en los adultos mayores y que al igual que en otras etapas de la vida, ésta se desarrollará a través de la interacción entre factores de riesgo y protección.

Cuadro de resultados y discusión

Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos
<p>Violeta Fernández-Lansac. “Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: Una revisión.” Año 2011.</p>	<p>Hacer una revisión sistemática acerca de las contribuciones más relevantes a este campo.</p>	<p>Estudio descriptivo de revisión de artículos.</p>	<p>Revisión de 32 artículos científicos publicados entre los años 200 y 2016.</p>	<p>Se identificaron nueve artículos de interés, siete de ellos realizados en Estados Unidos, uno en Alemania y otro en Canadá</p>	<p>Las conclusiones obtenidas fueron que las variables contribuyentes para mayor resiliencia cuidador son el contexto del cuidado, referido a la edad, raza, las relaciones familiares, género y estatus socioeconómico del cuidador, la segunda variable es el estado del mayor, referido a las necesidades y horas del cuidado y la última variable hace referencia a los recursos familiares, individuales y comunitarios,</p>

Cuadro de resultados y discusión

Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos
Marina Ortíz Albo. "La resiliencia en la vejez". Año	Explicar el concepto de resiliencia, así como describir y analizar sus componentes.	Estudio descriptivo de revisión de artículos.	Revisión bibliográfica de estudios publicados en varias fuentes de información como Mendeley, Pubmed y Google Académico.	Se encontraron un total de 274 documentos de interés sobre el tema propuesto, de los cuales se eligieron 81.	Las conclusiones encontradas fueron: la resiliencia se construye gracias a los fuertes vínculos de afecto que se han tejido a lo largo de toda la vida de una persona, además se debe reflexionar sobre el abordaje para acompañar a las personas adultas de la tercera edad en los cambios que

					<p>sufren a causa del envejecimiento y ayudarles a hacer frente a estos, para concluir se menciona la vital importancia del sistema sanitario que debe de estar compuesto adecuadamente para contribuir al mantenimiento y sustento del mismo.</p>
--	--	--	--	--	--

Cuadro de resultados y discusión					
Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos
Inmaculada Úbeda	Evaluar la calidad de		240 cuidadores	Se recogieron los datos	72.9% de la muestra total

<p>Bonet. “Calidad de vida de los cuidadores familiares: Evaluación mediante un cuestionario” Año 2009.</p>	<p>vida de los cuidadores familiares de personas dependiente en el domicilio Elaborar y validar una versión reducida del cuestionario ICUB97</p>		<p>de personas dependientes en el domicilio.</p>	<p>mediante el cuestionario ICUB97. El nivel de dependencia de las personas fue medido por el índice de Barthel y del índice de Lawton y Brody.</p>	<p>fueron mujeres, el 27.3% restante fueron hombres. La media de edad de las personas que recibieron cuidados fue de 79.6 años, así mismo presentan una media del índice de Barthel de 50.4, es decir, corresponde a un nivel grave de dependencia.</p>
---	--	--	--	---	---

Cuadro de resultados y discusión					
Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos
<p>Marina Oz Albo. “La resiliencia en la vejez”. Año 2019.</p>	<p>Explicar el concepto de resiliencia, describir y analizar sus componentes.</p>	<p>Estudio descriptivo de revisión de artículos.</p>	<p>274 documentos e interés de los cuales fueron</p>	<p>Revisión bibliográfica de estudios publicados en distintas fuentes</p>	<p>La resiliencia es construida gracias a los vínculos de afecto creados a lo largo de la vida de una persona y a</p>

			seleccionados 81.		esto se suma la vital importancia del sistema sanitario para contribuir el mantenimiento del mismo
--	--	--	-------------------	--	--

Cuadro de resultados y discusión					
Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos
Stefano Vinaccia Alpri. "Relaciones entre calidad de vida y factores sociodemogr	Analizar las relaciones entre calidad de vida y factores sociodemogr	Estudio descriptivo correlaciona	150 adultos mayores colombianos.	Se hizo la aplicación de los instrumentos con una duración aproximada de	El 92.7% de la muestra total presentó un riesgo alto de dependencia. Los hombres

<p>áficos y de salud en adultos mayores colombianos”</p> <p>Año: 2018.</p>	<p>áficos y de salud en adultos mayores colombianos de la tercera edad.</p>			<p>una hora y veinte minutos, así como la confidencialidad y consentimiento informado.</p>	<p>mostraron mayores niveles de ansiedad que las mujeres. Además se encontró la relación entre calidad de vida y resiliencia, así como entre ansiedad y depresión.</p>
--	---	--	--	--	--

Cuadro de resultados y discusión

Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos
Eugenio Saavedra.	Describir y comparar los niveles de calidad de vida y resiliencia	Estudio cuantitativo descriptivo y comparativo	82 adultos mayores de la tercera edad pertenecien	Se utilizaron las escalas: Escala de Calidad de Vida de Varas 2010 y la Escala de Resiliencia	60 participantes fueron mujeres y 22 hombres, además fueron los hombres quienes menor asistencia

en el desarrollo de la resiliencia y la calidad de vida en los adultos mayores". Año: 2014	en una muestra de adultos mayores pertenecientes a la Fundación de la Familia de la Ciudad de Chile		tes a la Fundación de la Familia, en la ciudad de Curicó.	SV-RES de Saavedra & Villalta 2008. Se comparó un grupo de adultos mayores que asistían a talleres con la "Fundación" con adultos que permanecían en sus domicilios	de tenían en los talleres, las mujeres mostraron mayores niveles de resiliencia que los hombres, también se encontró que aquellas personas que asistían a la red de apoyo mostraron puntajes más elevados en resiliencia y por ende en calidad de vida
---	---	--	---	---	--

Cuadro de resultados y discusión

Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos
Olivera Campos. "Percepción de calidad de vida y	Determinar la relación entre la percepción de calidad	Estudio cuantitativo de tipo descriptivo.	40 adultos mayores pertenecientes al centro de	Se usó la entrevista y la escala de resiliencia de Wagnild y	Autopercepción media de su calidad de vida con un 47.5%, un 35% menciona tener una buena calidad de vida y

resiliencia del adulto mayor en el centro de atención geriátrico residencial "San Vicente de Paúl". Año: 2019.	de vida y la resiliencia del adulto mayor en el centro de atención geriátrico residencial "San Vicente de Paúl"		atención geriátrico residencial "San Vicente de Paúl". El 62.5% fueron hombres	Young, se aplicó el consentimiento informado y asentimiento informado, previa información dada a los familiares si es que tuvieron	el 17.5% afirma tener una mala calidad de vida, en relación a los niveles de resiliencia un 72.5% mantiene niveles medios de resiliencia, un 15% con niveles bajos y un 12.5% niveles altos. Se encontró una relación significativa entre calidad de vida y resiliencia, donde a mayor nivel de resiliencia mayor percepción de calidad de vida
--	---	--	--	--	---

Cuadro de resultados y discusión					
Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos
Andrés Martín Burán. "La resiliencia	Explorar la resiliencia y la calidad de vida en sus	Estudio cuantitativo.	29 adultos mayores de ambos	Se utilizó la escala de Resiliencia por	El 62% de los adultos mayores indicó una alta resiliencia, 31% resiliencia moderada y

<p>y la relación con la calidad de vida en adultos mayores". Año 2017</p>	<p>dimensiones en un grupo de adultos mayores y conocer si existe una vinculación entre ambas variables</p>		<p>sexos con edades entre 65 y 86 años</p>	<p>Rodríguez para medir la variable de resiliencia, para la variable calidad de vida se usó el Cuestionario Breve de Calidad de Vida y los datos obtenidos fueron procesados en el sistema SPSS para su análisis estadístico.</p>	<p>un 7% un nivel bajo y la calidad de vida tuvo una media de 77% aunque en el caso de la satisfacción de salud tuvo un porcentaje del 50% lo que indica una mala autopercepción de salud. Por último se usó la prueba de Pearson para determinar si existe una relación entre resiliencia y calidad de vida donde no se encontró tal relación, lo mismo en el caso de la prueba de Pearson donde no hubo tal relación que se buscaba.</p>
---	---	--	--	---	--

<p>Cynthia Milagros. “Resiliencia y satisfacción con la vida en adultos mayores que asisten a CAM's en Lima Metropolitana”. Año 2017</p>	<p>Describir la relación entre la resiliencia y satisfacción con la vida en adultos mayores que asisten a Centros del Adulto Mayor de Lima Metropolitana,</p>	<p>Estudio cuantitativo.</p>	<p>151 adultos mayores 46 hombres y 105 mujeres con edades entre 60 y 91 años de edad.</p>	<p>Instrumentos utilizados: escala de resiliencia CD-RISC de Serrano, Garrido, Notario, Bartolomé, Solera y Martínez (2012) y la escala de Satisfacción con la vida de Martínez (2004).</p>	<p>Los datos obtenidos de los cuestionarios se procesaron en el programa estadístico SPSS, lo que mostró una relación positiva y significativa entre los factores de Resiliencia y el nivel de Satisfacción con la vida. Esto evidencia que la resiliencia, promueve la percepción de satisfacción con la vida de los adultos mayores, es decir, concluyendo que a mayor resiliencia mayor es la satisfacción con la vida en los adultos mayores.</p>
--	---	------------------------------	--	---	---

Cuadro de resultados y discusión

Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos
<p>Samira Carpio Ferrer. “Caracterización de las actividades básicas de la vida diaria en un grupo de adultos mayores institucionalizados” Año. 2012.</p>	<p>Caracterizar las actividades básicas de la vida diaria en un grupo de adultos mayores institucionalizados.</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal</p>	<p>10 adultos mayores residentes en un hogar geriátrico ubicado al norte de la ciudad de Barranquilla.</p>	<p>Se utilizó una encuesta diseñada por las investigadoras para obtener los datos sociodemográficos, y la escala de Medida de Independencia Funcional (FIM) para evaluar la independencia en las actividades</p>	<p>La mayoría de la muestra son mujeres, el rango de edad es entre 80 y 84 años, el 60% es independiente para el aseo perineal, el 60% es independiente para desplazarse sin ayuda alguna, mientras que el 50% lo es para subir y bajar escaleras y en cuanto a la comunicación la mayoría de la población son independientes</p>

				básicas de la vida diaria.	
--	--	--	--	----------------------------	--

Cuadro de Resultados y discusión					
Autor	Objetivo	Diseño	Población	Experimento	Hallazgos
Beatriz Arana Gómez "Actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores en una institución pública" Sin año.	Conocer y medir el nivel de las actividades básicas de la vida diaria en los adultos mayores de la tercera edad.	Estudio transversal y exploratorio	La muestra fue de 250 Adultos mayores de 65 a 84 años de edad	Se utilizó como instrumento el formato de Majory Gordon, y el índice de Katz que evalúa específicamente las ABVD. El instrumento de valoración de los 11 Patrones	En cuanto a la edad se observa un mayor porcentaje en las edades entre 65 y 69 años, con un 46%, el 32% se mantiene entre los 70 y 74 años de edad; el 11.2% fluctúan entre los 75 y 79 años de edad; el 6.8% tiene entre 80 y 84 años. Destaca el género femenino, con un 86.4%, en tanto que un 13.6% corresponde al

				<p>Funcionales de Marjory Gordon, se validó con un Alfa de Crombach de 0.735.</p>	<p>sexo masculino. El estado civil de los adultos mayores del DIF, revela que el 44.4% se encuentra viudo, 39.2% son casados, 11.2% está soltero, también se observa que un 5.2% de esta población está separada de su pareja, el 78.4% de la población investigada se dedica a las actividades del hogar, el 82% dice estar conforme en el lugar donde reside, el 55.2% dice tener contacto con animales, se muestra que 76.4% dice no tener ningún riesgo en su comunidad. En el índice de Katz de la población,</p>
--	--	--	--	---	--

					<p>un porcentaje alto de independencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) con un 93.6% en la categoría. La percepción del estado de salud de los encuestados indica que el 52% la considera como regular, debido a enfermedades como hipertensión y diabetes, un 45.2% menciona que su estado de salud es bueno.</p>
--	--	--	--	--	---

Niuris Fernández Larrea en su estudio titulado “Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos”, realizado en el año 2016, tuvo dos objetivos, el primero de ellos fue identificar la relación entre la percepción de salud y la satisfacción de vida y el segundo identificar la relación entre la percepción de salud y la presencia de enfermedades crónicas, con un diseño descriptivo y una población de 324 personas adultas en 3 municipios de la ciudad de La Habana, de los cuales el 63% eran mujeres y el 37% restante eran hombres. Se utilizó un muestreo estratificado por conglomerado, se aplicó el test PFEIFFER para descartar un

posible déficit intelectual, el cuestionario Neugarten para determinar el bienestar psicológico. Se encontró que el 39.6% de las personas percibía una salud positiva, las enfermedades crónicas encontradas fueron hipertensión arterial (25.6%), diabetes mellitus (13.6%) y cardiopatía (13%), la percepción de salud varió en función del sexo y situación económica. El 77% de la muestra realizaba caminatas leves y el 23% restante practicaba alguna actividad física leve, sólo el 39% percibía su salud como positiva, lo cual se relaciona con la prevalencia de enfermedad crónica. Por último, el 60% poseía ingresos personales adicionales y el 40% consideraba que sus ingresos eran insuficientes para cubrir sus necesidades personales.

Noelia Flores en su estudio titulado “Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo”, llevado a cabo en el año 2014, tuvo el objetivo de analizar semejanzas y diferencias en la salud y calidad de vida de los cuidadores familiares que atienden a personas dependientes adultas de la tercera edad. Dicho estudio tuvo un diseño comparativo con una muestra de 600 cuidadores de personas adultas de la tercera edad en situación de dependencia, del total de la muestra un 93.5% son mujeres, un 33.8% son familiares y el 66.17% restante son cuidadores, se utilizó el Cuestionario de Carga del Cuidador (CBI) y el Cuestionario de Salud de Goldberg. Los resultados muestran que el 16% total de la muestra presenta un nivel de carga leve, el 19 % presenta sobrecarga intensa y el 65% restante muestra ausencia de sobrecarga.

Los cuidadores familiares mostraron una peor salud percibida en contraste con los cuidadores, lo que se traduce en mayores niveles de sobrecarga como consecuencia de la atención ofrecida al familiar dependiente, en cambio, los cuidadores muestran menores niveles de sobrecarga debido a su formación, menor implicación emocional y remuneración recibida. Del mismo modo, los cuidadores familiares reportan no tener un nivel de autocuidado suficiente, para los cuidadores ocurre lo contrario pues expresan una mayor satisfacción con la vida al poder ayudar, con el trabajo, familia y relaciones sociales.

Ana María Salazar Montes realizó el siguiente estudio: “Evaluación e intervención de la sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores dependientes: revisión de artículos publicados entre 1997- 2014” en el año 2016, con el objetivo de proporcionar una descripción de resultados en publicación referentes al cuidador informal de personas adultas de la tercera edad con un diseño descriptivo. Se hizo una revisión de artículos publicados entre los años 1997 al 2014, con lo anterior se seleccionaron 91 estudios cumplieron con los criterios de análisis para mostrar la evidencia encontrada en idiomas inglés y español. Los resultados muestran que el cuidado es ejercido en su mayoría por mujeres de la misma familia, con edades en un rango de 45 a los 69 años de edad, la mayoría reside en el mismo hogar con estudios promedio de primaria y bachillerato. Así mismo, las mujeres cuidadoras como consecuencia del cuidado presentan un mayor nivel de depresión, ansiedad y peor bienestar subjetivo, hay una clara evidencia entre los recursos económicos a disposición y el nivel de sobrecarga; en cuanto a las necesidades insatisfechas del cuidado se encuentran principalmente la falta de conocimiento respecto a los cuidados pertinentes, acceso a recursos de salud y la falta de tiempo para necesidades propias. Por lo tanto, el 95% de los estudios analizados fueron descriptivos o correlacionales y tan sólo un 4% fueron controlados o comparación de grupos, el test de Zarit claramente es el más utilizado, la evidente asociación del cuidado con el rol de la mujer como una extensión a su oficio.

Por su parte, Filomena Ortiz Rico en su estudio titulado “Análisis de los factores de protección y sobrecarga en los cuidadores familiares” en el año 2014, con el objetivo de identificar y analizar factores de protección del cuidador de la persona dependiente, donde utilizó un diseño mixto cualitativo y cuantitativo en una muestra de 20 cuidadores informales, Se utilizó la escala de Zarit para medir el nivel de sobrecarga del cuidador, los resultados mostraron que el 80% de los cuidadores son mujeres de las cuales el 45% proyecta una sobrecarga intensa, un 20% una sobrecarga leve y el 35% restante no proyecta sobrecarga, cabe destacar que la sobrecarga es más intensa en los primeros años y tiende a descender a medida que pasa el tiempo, esto puede ser por la aceptación de la situación y una posible adaptación, a su vez, esto se relaciona con la función tradicional de la mujer en

nuestra sociedad, el 55% de las personas que se cuidaron reflejan un gran estado dependiente. Igualmente se refleja el vínculo familiar con la persona dependiente, donde hay tres vertientes: ser madre con un 20%, ser esposa con un 25%, ser hija con un 25%, respecto a los factores de protección del cuidador se destaca lo siguiente: el afecto por la persona a la que se cuida es el factor de protección más relevante, hay una necesidad de mantener relaciones sociales con amigos, familia y la realización de actividades lúdicas y por la parte de la persona dependiente, tiempo para realizar actividades fuera de casa. Se concluye una relación entre el grado de dependencia con el rango de edad, donde se evidencia que a mayor edad mayor grado de dependencia, por lo tanto, a mayor edad y grado de dependencia, mayor necesidad de contar con un cuidador.

Paulina Andrea Silva Villalobos en su estudio “Áreas en las que se ve afectada la vida cotidiana y la construcción de resiliencia en el tiempo de los cuidadores de personas en situación de dependencia severa” publicado en 2014, con el objetivo de conocer las áreas afectadas en la vida de los cuidadores informales de personas adultas de la tercera edad. Fue un estudio con diseño cualitativo y descriptivo con una muestra conformada por 10 cuidadores informales, donde 9 fueron mujeres y 1 hombre. Se llevó a cabo entrevistas semiestructuradas a los cuidadores para conocer su situación personal y sesiones de discusión para conocer relatos socios históricos en la misma situación, los resultados muestran que la mayoría de los cuidadores en el proceso de resiliencia aprenden y transforman el concepto haciéndolo parte de sus vidas, las situaciones de adversidades más comunes fueron el poco apoyo familiar percibido, la falta de recursos económicos y la sensación de abandono por parte de familiares y amistades, por el contrario los facilitadores principales fueron la satisfacción de ayudar, la empatía y las redes de apoyo tanto familiar como social.

Marisol Nallely Pérez Sánchez en su estudio “Resiliencia del cuidador primario informal familiar ante la sobrecarga ocasionada por cuidado a paciente que

vive con esclerosis múltiple”, realizado en 2017, tuvo como objetivo el analizar la resiliencia en cuidadores primarios informales de una persona dependiente ante una sobrecarga de trabajo. Se utilizó un diseño cualitativo con una muestra de 4 cuidadores primarios informales con un rango de edad de entre los 36 y 61 años, para esto se diseñó una entrevista estructurada para la resiliencia y se aplicó la escala de Zarit. Los resultados mostraron que 3 de ellas no tenían un empleo y eran madres del paciente, así mismo, el tiempo dedicado al cuidar oscila de 2 a 7 años, los 7 días de la semana, estas tres cuidadoras vivían en la misma casa que el paciente y la otra sólo le tomaba 10 minutos para llegar. En el caso de las personas a cuidar, dos eran hombre y dos mujeres, ninguno de ellos presenta algún otro padecimiento y no tienen ocupación. Los factores más importantes para desarrollar una resiliencia alta en las cuidadoras en este caso son las redes de apoyo y un apoyo económico en las necesidades expresadas del paciente y cuidadora. Además otro factor de suma importancia en este estudio fue el significado que le dan al rol de cuidadora y a la enfermedad del familiar, esto se logró con la evidente expresión de una religión de las 4 cuidadoras al creer en un ser superior se vieron fortalecidas

Kenia Karen Ramírez Núñez realizó el estudio “Nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la unidad de medicina familiar no 33 el rosario” publicado en el año 2017, determinó el nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos de la tercera edad con un diseño observacional, descriptivo transversal y una muestra conformada por 369 cuidadores primarios, el 68% total de la muestra es de género femenino con una edad entre los 50 a 59 años. Para esto, se aplicó el cuestionario Zarit para medir el nivel de sobrecarga del cuidador. El 54% de los cuidadores son hijos de la persona dependiente, el 62% de los cuidadores muestran una ausencia de sobrecarga, el 25% una sobrecarga leve y un 13% una sobrecarga intensa.

Ara Mercedes Cerquera Córdoba en su estudio con nombre “Modelo de intervención psicológica en resiliencia par cuidadores informales de pacientes con Alzheimer”, realizado en 2014, planteó como objetivo diseñar un modelo de intervención psicológica en resiliencia, fue un estudio mixto con análisis cuantitativo

y cualitativo, como población formaron parte dos psicólogos pertenecientes a la línea de investigación quienes formularon el modelo y dos psicoterapeutas como jueces externos. Para la construcción del modelo se hizo el seguimiento de la propuesta de Mori de 8 fases de diseño con las 10 sesiones del modelo cognitivo conductual y la evaluación de los jueces externos anteriormente mencionados. Como resultado se obtuvo que este modelo brinda información necesaria para facilitar la réplica en otros contextos, ya que investigaciones anteriores indican que las intervenciones psicoeducativas no han sido suficientes para mejorar la calidad de vida del cuidador, mientras que la intervención psicológica aparece como un método adecuado para intervenir, pues las intervenciones cognitivo-conductuales con una participación activa de cuidadores cuentan con mayor eficacia, pues estas se centran exclusivamente en la adquisición de conocimientos.

Ara Mercedes Cerquera Córdoba en su estudio “Resiliencia y variables asociadas en cuidadores informales de pacientes con alzheimer” publicado en 2016, con el objetivo de identificar la relación entre la resiliencia y la sobrecarga. Se utilizó un diseño cuantitativo de tipo transversal con alcance descriptivo correlacional y una muestra de 101 cuidadores informales seleccionados a conveniencia de 82 mujeres y 19 hombres. Se aplicó la escala de resiliencia de Wagnild y Young, la escala de Zarit para medir el nivel de sobrecarga del cuidador. Los resultados señalan que el 82% de los cuidadores son mujeres con edades entre 51 a 60 años, el 45% son casados y el 42% se dedican al hogar. Así mismo, se encontró una relación entre la variables escolaridad y aceptación de sí mismo, es decir, a mayor puntuación en aceptación, los cuidadores presentan menor formación educativa, otra relación fue entre resiliencia y situación laboral, la cual, indica que el cuidador que se dedica al hogar presentó mayor resiliencia y se encontró que a mayor apoyo emocional, interacción social y apoyo en general hubo mayores niveles de resiliencia en los cuidadores. Hubo una evidente sobrecarga intensa en los cuidadores, pues el 48.5% de la muestra tiene tal nivel, un 21% sobrecarga leve y un 30.5% no presentó sobrecarga.

Fabiola Yonte Huete realizó el estudio “Sobrecarga del cuidador principal” publicado en 2010, con el objetivo de identificar el nivel de sobrecarga del cuidador principal, el diseño del estudio fue observacional descriptivo transversal, conformado por 50 personas en estado dependiente con una media de edad de 85 años con su respectivo cuidador, del cual 40 fueron mujeres y 10 hombres. En cuanto a los 50 cuidadores, 43 fueron mujeres (86%), 7 hombres (14%), con una edad promedio de 57 años, 75 para los cuidadores y hubo un 74% de relación de hijo entre cuidador y dependiente. Se utilizó la escala de Zarit para medir la sobrecarga del cuidador, en los resultados se obtuvo que el 38% de los cuidadores no mostraron una sobrecarga, el 34% mostró una sobrecarga leve o moderada y el 28% restante mostró una sobrecarga intensa, esto se podría explicar debido al poco tiempo de dependencia (2 años).

Yamileth Castaño-Mora en el estudio “Resiliencia del cuidador primario y mejoría clínica de personas con enfermedad mental en cuidado domiciliario”, en el año 2015, tuvo como objetivo establecer la relación entre resiliencia y sobrecarga del cuidador primario, con un diseño cuantitativo descriptivo correlacional, conformado por 58 cuidadores. Se aplicó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, los resultados muestran que el 76% de los cuidadores primarios eran mujeres, el 51% de los cuidadores eran mayores de 50 años de edad. Respecto a la medición del nivel de Resiliencia, 50% de los cuidadores refirieron un alto nivel, 40% un nivel moderado y un 10% poca resiliencia.

Gabriela Aldana González en el estudio “La experiencia de ser cuidadora de un anciano con enfermedad crónica”, en el año 2011, planteó como objetivo conocer la experiencia de ser cuidador de una persona adulta de la tercera edad, con un diseño cualitativo fenomenológico, conformado por 4 cuidadoras que estuvieron a cargo de su madre o padre en estado dependiente, todas ellas fueron seleccionadas por conveniencia. Se hizo uso de una entrevista profunda para la recolección de datos, que arrojó como resultado la promoción de estilos de vida saludables en generaciones jóvenes para el futuro de los adultos mayores de la tercera edad. Hubo una nula ayuda percibida por parte de las cuidadoras en sus actividades

diarias, pues se designó el cuidado como una obligación y no hubo un reconocimiento o ayuda necesaria al cuidador principal, pues existe una menor sobrecarga cuando el cuidador recibe apoyo social de personas, mientras que los que no reciben apoyo social son más propensos a padecer distintas enfermedades.

Marta Andrés Olmeda en su estudio “La calidad en la intervención de los cuidadores profesionales de personas dependientes. Evaluación de la inteligencia emocional y resiliencia de estudiantes de ciclo formativo de grado medio de atención a personas en situación de dependencia”, en el año 2016, tuvo como objetivo el analizar el grado de resiliencia de personas dependientes, con una muestra total de 47 estudiantes de atención a personas en situación de dependencia con una edad media de 33 años y un porcentaje del 83% de estudiantes mujeres. Para esto se aplicó la escala de resiliencia CD-RISC de Connor y el TMMS-24 para evaluar los estados emocionales, la escala Interpersonal Reactivity Index que miden dimensiones de empatía. Los hallazgos indican que el 53% de los estudiantes mostraron un nivel de resiliencia media, el 31.9% un nivel de resiliencia bajo y el 14.9% un nivel de resiliencia alta, además en cuanto a la empatía el 42% de los estudiantes mostraron una preocupación empática por la persona en estado dependiente, lo que significa que por franja de edad se observa que a menor franja de edad hubo una mayor atención a las emociones, con lo que se puede decir que a mayor edad aumentan factores de resiliencia, empatía e inteligencia intrapersonal. Finalmente se observó que a menor malestar personal hay mayor autoeficiencia, es decir, los estudiantes conocieron su entorno laboral y guardan una distancia emocional de los adultos mayores de la tercera edad.

Ana María Salazar Montes en el estudio que lleva por nombre “Evaluación e intervención de la sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores dependientes: Revisión de artículos publicados entre 1977-2014”, publicado en el año 2016, con objetivo de proporcionar resultados en publicaciones sobre el cuidador informal de personas adultas de la tercera edad. El diseño del artículo fue descriptivo de revisión de artículos publicados entre 1997-2014 en diferentes bases

de datos, con un total de 91 estudios descriptivos. Como resultado se encontró que el 65% de los estudios analizados fueron descriptivos y un 6% fueron comparación de grupos, el test de Zarit es el más utilizado, la asociación del cuidado con el rol de la mujer es clara. El cuidado informal debe considerarse como un oficio que merece ser atendido desde diferentes entes gubernamentales y de la salud. Asimismo, se estima que el cuidado proporcionado es un ejercicio realizado mayoritariamente por mujeres, en especial por hijas y cónyuges con un rango de edad entre los 45 y 69 años de edad y con una escolaridad máxima de bachillerato, por lo regular residen en el mismo hogar que la persona dependiente. Del mismo modo entre los factores de riesgo descritos en la literatura lo más repetitivos fueron una percepción negativa sobre el estado de salud familiar, el grado de dependencia de la persona a cuidar, ya que, a mayor dependencia es mayor la sobrecarga de trabajo del cuidador, también se encuentra la falta de apoyo percibido de la red social, una mala actitud de la persona dependiente hacia el tratamiento y cuidados. Además, dentro de las consecuencias del cuidado se encuentran: estrés, depresión, insomnio, dolor articular, ansiedad, frustración, sentimientos de soledad, angustia, disminución del ocio, de autocuidado y de las relaciones sociales. Por otra parte en la evaluación de la sobrecarga, la mayoría son instrumentos de tamizaje cortos que abordan dimensiones como la calidad de vida, optimismo, espiritualidad, aspectos positivos del cuidado, autoestima, apoyo social, resiliencia, estrategias de afrontamiento, estrés, ansiedad, depresión y autoeficacia. Por último respecto a las estrategias terapéuticas las más comunes fueron: psicoeducación, programas de ayuda, terapia cognitivo conductual, autocontrol personal y mindfulness.

Karla Denisse González en el siguiente estudio “Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas”, publicado en el año 2015, con objetivo de identificar la transición demográfica que atraviesa actualmente el Distrito Federal. El diseño fue comparativo, con una población de documentos que aporten información, se tomaron como principales rasgos el índice de envejecimiento y la razón de dependencia por vejez. Los resultados indican que nuestro país experimenta un intenso proceso de envejecimiento demográfico, es decir, actualmente hay una transición de una población joven a una más envejecida,

sin embargo, dicha transición no es de forma homogénea en el territorio nacional, hay estados que se ven afectados por el factor migratorio laboral. Además, es un hecho que en los siguientes años, todas las entidades de la República Mexicana mostrarán un avance en el proceso de envejecimiento demográfico, obviamente como ya se mencionó anteriormente, dicho proceso será más acelerado en algunos estados, por ejemplo en Quintana Roo, Baja California Norte y Sur y el Distrito Federal; por lo tanto, ante tal crecimiento resulta indispensable el diseño e implementación de políticas públicas para atender estas necesidades y demandas de dicho grupo poblacional.

Júpiter Ramos Esquivel por su parte en el estudio titulado “Aportes para una conceptualización de la vejez”, publicado en el año 2009, con el objetivo de generar aportes que sirvan para la discusión sobre la definición de vejez, con un diseño descriptivo de revisión de artículos. Se tomaron tres rasgos principales, el primero la vejez como historia, el segundo la vejez como concepto y el tercero la vejez como situación del ser humano. Como resultado se obtuvo el ubicar y asumir a la vejez como una situación integrada al ser humano y a la sociedad. Cabe recalcar que las definiciones de vejez que se hacen con el tiempo son desde perspectivas personales o psicosociales de cada autor, además no hay que perder de vista que ubicar a la vejez como una situación integrada por la memoria colectiva y personal, representaciones sociales, significados y comunicación. Para finalizar, la psicología que estudia a la vejez debe considerar una perspectiva teórica que involucra la interacción social de las personas en la construcción de la vejez.

María Raquel Cruz Carpena en su estudio realizado con nombre “Papel de la resiliencia en personas mayores institucionalizadas”, en el año de 2015, tuvo el objetivo de conocer la relación entre la resiliencia y algunas variables relacionadas

con la adaptación al ingreso en una residencia. La muestra estuvo formada por un total de 44 personas adultas de la tercera edad ingresadas en una residencia. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Escala de resiliencia (ER) de Wagnild & Young para medir la resiliencia, el Cuestionario EuroQol-5D para medir la calidad de vida, Escala de Depresión de Yesavage, Subescala de Ansiedad de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión de Zigmond y Snaith y la Escala de estrés percibido. Entre los resultados encontrados destacan los siguientes: el 59% total de la muestra fueron mujeres con un rango de edad comprendido entre los 68 y 97 años, con un tiempo de estancia entre 3 y 120 meses. El 68.2% de las personas adultas de la tercera edad arrojaron un nivel de resiliencia media, de igual forma un 65.9% de las personas no mostró signo alguno de depresión. Además se observó una relación entre resiliencia y depresión, lo que indica que a mayores niveles de resiliencia habría menos niveles de depresión, también la resiliencia se relaciona con calidad de vida, es decir, el mostrar un mayor nivel de resiliencia se relacionaría con tener una mejor calidad de vida, adicionalmente la calidad de vida está relacionada con la depresión, lo que indica que a mayores niveles de calidad de vida habrá menores niveles de depresión, una relación más fue entre calidad de vida con ansiedad, traducido en mayores niveles de calidad de vida habría menos ansiedad, por último, se encuentra la relación entre la depresión y la ansiedad, lo que apunta que cuando está presente la depresión tiende a estar acompañada de ansiedad.

Ricardo Díaz Castillo en su estudio titulado “Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión”, publicado en el año 2017, con objetivo de documentar la presencia de la resiliencia en adultos mayores de la tercera edad, así como la participación de factores de riesgo y protección, esto se logró a la revisión de 32 artículos científicos publicados entre los años 2000 y 2016. Las conclusiones obtenidas fueron las siguientes: la resiliencia ayuda a los adultos mayores de la

tercera edad a superar diversos factores de riesgo, entre estos se encuentra la soledad, depresión y el duelo por la muerte de un ser querido, con un estilo de vida saludable y en la medida de lo posible un buen estado de salud. Así mismo, algunos de ellos realizan una reestructuración cognitiva de los acontecimientos altamente dolorosos, guardan una buena relación familiar con sus pares y sus redes de apoyo social son fuertes y estables. También se concluye que la resiliencia es un proceso dinámico único de cada persona, pues interactúan factores individuales y socioculturales que posibilitan la superación del riesgo y evita los efectos negativos de una manera constructiva, conocida como resiliencia, tiene una relación directamente proporcional con la edad, es decir, la resiliencia es benéfica para las personas más longevas.

Violeta Fernández- Lansac en su estudio titulado “Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: Una revisión”, publicado en el año 2011, con objetivo de hacer una revisión sistemática acerca de las contribuciones más relevantes a este campo, dicho objetivo se logró a la revisión de 32 artículos científicos publicados entre los años 200 y 2016. Las conclusiones obtenidas fueron que las variables que contribuyen al desarrollo de mayores niveles de resiliencia en el cuidador son el contexto del cuidado, referido a la edad, raza, las relaciones familiares, género y estatus socioeconómico del cuidador, la segunda variable es el estado del mayor, referido a las necesidades y horas del cuidado y la última variable hace referencia a los recursos familiares, individuales y comunitarios, además, el papel que ejerce el nivel socioeconómico y de educación del cuidador sobre su resiliencia se debe a que las personas con altos ingresos optan por convivir con la persona dependiente, por lo tanto, están expuestos a un alto grado de demandas. Se destaca la importancia del vínculo existente entre el apoyo social recibido por el cuidador y su resiliencia, donde el apoyo social funge como amortiguador ante el efecto del estrés sobre el estado emocional de la persona cuidadora. Así mismo, los cuidadores que otorguen un significado menos estresante a la situación de la asistencia experimentan en mayor grado un sentido a la vida, también aquellos cuidadores que evalúen de forma positiva su situación son aquellos en los que se ha visto menores niveles de

depresión y poseen menos síntomas físicos. Por último el mantenimiento de la situación de cuidado con el tiempo puede presentarse como una ocasión para el desarrollo de experiencias de crecimiento personal.

Marina Ortíz Albo en su estudio titulado “La resiliencia en la vejez”, publicado en el año 2019, con el objetivo de explicar el concepto de resiliencia, así como describir y analizar sus componentes mediante un carácter descriptivo. Esto se logró mediante una revisión bibliográfica de estudios publicados en varias fuentes de información como Mendeley, Pubmed y Google Académico. Se encontraron un total de 274 documentos de interés sobre el tema propuesto, de los cuales se seleccionaron 81. Las conclusiones encontradas fueron: la resiliencia se construye gracias a los fuertes vínculos de afecto que se han tejido a lo largo de toda la vida de una persona, además se debe reflexionar sobre el abordaje para acompañar a las personas adultas de la tercera edad en los cambios que sufren a causa del envejecimiento y ayudarles a hacer frente a estos, para concluir se menciona la vital importancia del sistema sanitario que debe de estar compuesto adecuadamente para contribuir al mantenimiento y sustento del mismo.

Inmaculada Úbeda Bonet en su estudio que realizó en el año 2009 con el nombre “Calidad de vida de los cuidadores familiares: Evaluación mediante un cuestionario”, tuvo como objetivos el evaluar la calidad de vida de los cuidadores familiares de personas dependiente en el domicilio y también elaborar y validar una versión reducida del cuestionario ICUB97. Para esto se contó con una muestra de 240 cuidadores de personas dependientes en el domicilio. Se recogieron los datos mediante el cuestionario ICUB97, mientras que el nivel de dependencia de las personas fue medido por el índice de Barthel y del índice de Lawton y Brody. Los resultados encontrados fueron que un 72.9% de la muestra total fueron mujeres, el

27.3% restante estuvo conformado por hombres. La media de edad de las personas que recibieron cuidados fue de 79.6 años. Además se observa una relación entre el nivel de dependencia con el tipo de diagnóstico. Los cuidadores presentan una edad media de 58.3 años de edad, del cual el 82.4% de los cuidadores fueron mujeres y un 17.6% hombres, la media de tiempo en que llevan con los cuidados fue de 62.7 meses. En cuanto al parentesco con la persona receptora de cuidados el primer lugar estuvo conformado por las hijas con un 47.3%, las esposas en segundo lugar con un 18.1%. Un sorprendente 75.1% de los cuidadores familiares se ocupaba exclusivamente de los cuidados y los que trabajaban lo tuvieron que abandonar para poder cuidar, el 24.9% restante trabajan pero manifestaron el haber tenido que adaptar su trabajo fuera del hogar para poder cuidar. Con respecto a la percepción del estado de salud de los cuidadores manifestaron un estado de salud regular con un 49.8%, un 29.5% bueno, un 15.4% malo y un 2.5% muy malo.

Eugenio Saavedra en su estudio realizado con el siguiente nombre “Las redes como un factor relevante en el desarrollo de la resiliencia y la calidad de vida en los adultos mayores”. El cual fue realizado en el año 2014, este tuvo como objetivo describir y comparar los niveles de calidad de vida y resiliencia en una muestra de adultos mayores pertenecientes a la Fundación de la Familia de la Ciudad de Chile mediante un diseño descriptivo, la muestra estuvo conformada por 82 adultos mayores de la tercera edad pertenecientes a la Fundación de la Familia, en la ciudad de Curicó. Se utilizaron las escalas: Escala de Calidad de Vida de Varas 2010 y la Escala de Resiliencia SV-RES de Saavedra & Villalta 2008. Se comparó un grupo de adultos mayores que asistían a talleres con la “Fundación” con adultos

que permanecían en sus domicilios. Los resultados muestran que 60 participantes fueron mujeres y 22 hombres, además fueron los hombres quienes menor asistencia tenían en los talleres, las mujeres mostraron mayores niveles de resiliencia que los hombres, también se encontró que aquellas personas que asistían a la red de apoyo mostraron puntajes más elevados en resiliencia y por ende en calidad de vida.

Stefano Vinaccia Alpri en su estudio titulado “Relaciones entre calidad de vida y factores sociodemográficos y de salud en adultos mayores colombianos”, el cual fue publicado en el año 2018, con el objetivo de analizar las relaciones entre calidad de vida y factores sociodemográficos, para que lo anterior se pudiera llevar a cabo se contó con la participación de 150 adultos colombianos y se utilizó un diseño descriptivo correlacional. Se aplicaron diversos instrumentos entre los que destacan la Escala de Calidad de Vida CASP-19, el Cuestionario de Resiliencia del CLHLS. Los resultados obtenidos muestran que los adultos mayores de la tercera edad refieren una mejor calidad de vida cuando se realizan actividades de índole académica o laboral o bien con una afiliación a un sistema de salud competente y siempre estando rodeado de compañía, pues esto indica que gran parte de la muestra del estudio desarrolla un proceso de envejecimiento exitoso y positivo. Por último nuevamente se ve la importancia de los servicios de salud, pues no fue sorpresa el encontrar que aquellas personas con menores recursos económicos tuvieran un menor grado de resiliencia, lo que lleva a la conclusión que los servicios de salud ayudan a una mejor calidad de vida y a la vez aumenta la resiliencia para

afrontar las adversidades de la vejez. El 92.7% de la muestra total presentó un riesgo alto de dependencia. Los hombres mostraron mayores niveles de ansiedad que las mujeres. Además se encontró la relación entre calidad de vida y resiliencia, así como entre ansiedad y depresión. Por lo tanto, entre mayores son los puntajes de depresión, menores son los puntajes en autorrealización y resiliencia

Olivera Campos en su estudio titulado "Percepción de calidad de vida y resiliencia del adulto mayor en el centro de atención geriátrico residencial "San Vicente de Paúl" de la sociedad de la beneficencia de Lima Metropolitana, Barrios Altos, publicado en el año 2019, con el objetivo de determinar la relación entre la percepción de calidad de vida y la resiliencia del adulto mayor en el centro de atención geriátrico residencial "San Vicente de Paúl" de la sociedad de la Beneficencia de Lima Metropolitana, Barrios Altos, se utilizó un diseño cuantitativo de tipo descriptivo, apoyándose de la entrevista y de la escala de resiliencia de Wagnild y Young. Se contó con una población de 40 adultos mayores pertenecientes a la residencia anteriormente mencionada, donde sorprendentemente el 62.5% total de la muestra fueron hombres con un rango de edad de 76 a 99 años de edad. Los resultados muestran que la mayoría de estas personas tienen una autopercepción media de su calidad de vida con un 47.5%, un 35% menciona tener una buena calidad de vida y el 17.5% afirma tener una mala calidad de vida, por otro lado en relación a los niveles de resiliencia el test arrojó que un 72.5% mantiene niveles medios de resiliencia, un 15% con niveles bajos y sólo un 12.5% con niveles altos. Se encontró una relación significativa entre las variables calidad de vida y resiliencia, ya que el 100% de los adultos mayores que

mostraron bajos niveles de resiliencia también mostraron una mala percepción de calidad de vida, es decir, a mayor nivel de resiliencia mayor percepción de calidad de vida.

Andrés Martín Burán en su estudio titulado “La resiliencia y la relación con la calidad de vida en adultos mayores” publicado en el año de 2017 tuvo como objetivo explorar la resiliencia y las dimensiones de la calidad de vida, así como conocer si existe una relación entre ambas variables. Dicho trabajo de investigación implicó un análisis de la resiliencia y de las dimensiones de la calidad de vida en un grupo de adultos mayores. Realizó una evaluación de la correlación entre los puntajes de la resiliencia y los porcentajes de satisfacción de las dimensiones de la calidad de vida. El diseño de la investigación que utilizó fue de tipo cuantitativo no experimental de tipo transeccional, con un alcance correlacional. Los instrumentos que utilizó fueron la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CBCV), un cuestionario ad hoc SocioCultural y el test Mini-Mental State Examination. La recolección de los datos se realizó en dos centros de jubilados y en la residencia de los adultos mayores con la participación de 29 adultos mayores de ambos sexos (25 mujeres y 4 varones), que alcanzaron o superaron la edad de 65 años. Los resultados mostraron que los adultos mayores presentan niveles altos y moderados de resiliencia, alcanzaron una satisfacción entre alta y moderada en cada una de las dimensiones de la calidad de vida. Finalmente, no se encontró una vinculación entre la resiliencia y cada una de las dimensiones de la calidad de vida.

Como se pudo observar anteriormente en el cuadro de resultados, durante el transcurso de los años se han realizado diversas investigaciones que aportan un conocimiento científico de forma significativa para continuar aumentando el conocimiento sobre el tema “Resiliencia en cuidadores informales de personas adultas de la tercera edad”. A continuación, se hacen algunas similitudes y distinciones, en dicho caso el rubro principal será el año de las publicaciones:

Año 2009:

En dicho año los siguientes autores publicaron sus investigaciones: Júpiter Ramos Esquivel en su estudio titulado “Aportes para una conceptualización de la vejez” e Inmaculada Úbeda Bonet en su estudio realizado con el nombre “Calidad de vida de los cuidadores familiares: Evaluación mediante un cuestionario”. Como primer aspecto ambos autores presentan objetivos totalmente diferentes el uno al otro, ya que Júpiter Ramos Esquivel tuvo un diseño completamente descriptivo con el objetivo de generar aportes sobre el concepto de vejez, mientras que Inmaculada Úbeda Bonet evaluó la calidad de vida de los cuidadores familiares de personas dependientes en domicilio. De igual forma ambas muestras fueron distintas, en el caso de la primera autora se basó en revisión de artículos y la segunda autora tomó 240 cuidadores de personas dependientes en domicilio, por lo tanto los instrumentos fueron distintos en ambos autores.

Año 2011:

En el caso de este año, se encuentran dos autores, los cuales realizaron sus investigaciones, es el caso de Gabriela Aldana González en su estudio “La experiencia de ser cuidadora de un anciano con enfermedad crónica” y por otra parte el caso de Violeta Fernández- Lansac en su estudio titulado “Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: Una revisión”. Como primer diferencia se encuentra el objetivo planteado en cada investigación, ya que en el primer caso se tuvo como premisa el conocer la experiencia que tienen los cuidadores de personas adultas de la tercera edad, mientras que en el segundo caso Violeta Fernández tuvo como objetivo el hacer una revisión de las contribuciones en dicho campo mediante la revisión de artículos científicos entre los años 2000 – 2016. Por lo anteriormente mencionado ambos diseños de investigación, así como la experimentación fue distinta, Gabriela al plantearse dicho objetivo utilizó un diseño cualitativo fenomenológico conformado por 4 cuidadoras y como herramienta principal usó la entrevista profunda, en el caso de Violeta utilizó un diseño descriptivo al hacer una revisión de artículos. Por último en los resultados también se encontraron diferencias, la primera es derivada del tamaño de población, ya que como se observó anteriormente en el estudio de Gabriela se tomó la experiencia personal de 4 cuidadoras, mientras que Violeta abarcó un periodo más amplio del año 2000 al 2016, sin embargo, coincidieron en una conclusión que apunta a la ayuda proporcionada por la familia a la hora de cuidar, pues se habla de una menor nivel de sobrecarga cuando existe dicho apoyo y hay un reconocimiento por la labor que se está haciendo, e incluso Violeta menciona que además de este factor influyen otros aspectos del cuidador como la edad, género, nivel socioeconómico, donde estos se ven amortiguados ante la

presencia del estrés con la existencia del apoyo social para mayores niveles de resiliencia, ya que si no hay este apoyo se es más propenso al padecimiento de distintas enfermedades.

Año 2014:

Los siguientes autores realizaron su estudio durante dicho año, Noelia Flores realizó el estudio titulado “Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo”, Filomena Ortiz Rico realizó el estudio con nombre “Análisis de los factores de protección y sobrecarga en los cuidadores familiares”, Paulina Andrea Silva Villalobos realizó el estudio con nombre “Áreas en las que se ve afectada la vida cotidiana y la construcción de resiliencia en el tiempo de los cuidadores de personas en situación de dependencia severa”, Ara Mercedes Cerquera Córdoba llevó a cabo su estudio “Modelo de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con Alzheimer” y por último Eugenio Saavedra con su estudio “ Las redes como un factor relevante en el desarrollo de la resiliencia y la calidad de vida de los adultos mayores”. Un aspecto importante es que absolutamente todos estos trabajos se realizaron utilizando diferentes métodos de medición, que a la vez esto es derivado del objetivo que cada autor planteó, pues cada uno buscó variables distintas sin perder de vista el tema del cuidador informal, con excepción de Noelia Flores, los demás autores utilizaron un diseño mixto cualitativo y cuantitativo, así mismo otra excepción se presentó en cuanto a la población utilizada fue en el estudio realizado por Ara Mercedes Cerquera Córdoba, esto se debió al objetivo que tuvo su trabajo, por el otro lado, los tres autores restantes utilizaron como es de

esperarse a cuidadores informales, es aquí, donde resalta otro aspecto que es la predominancia del género femenino, pues en el caso del estudio de Noelia Flores el 93.5% de la muestra total fueron mujeres, por su parte en el estudio de Filomena Ortiz las mujeres constituyeron el 80% total de la muestra, La población para el estudio realizado de Paulina Andrea constó de 10 cuidadores informales, de los cuales 9 fueron mujeres y sólo 1 hombre y en el caso de Eugenio Saavedra 60 participantes fueron mujeres y sólo 22 fueron hombres. Otro aspecto a tomar en cuenta es que ya no se ve a la resiliencia como un factor aislado y único, pues se le empieza a relacionar con otras variables y se empieza a observar dichas relaciones, por ejemplo en este último estudio se establece la relación red de apoyo con resiliencia y calidad de vida, donde además se vuelve a comprobar la enorme importancia que tienen las relaciones de apoyo en esta edad para los adultos de la tercera edad, que a su vez guarda relación directa o indirectamente con el nivel socioeconómico que tenga la familia o en todo caso la persona como tal a cierta edad.

Año 2015:

En dicho año hay varios estudios realizados, en este caso Yamileth Castaño-Mora con su estudio “Resiliencia del cuidador primario y mejoría clínica de personas con enfermedad mental en cuidado domiciliario”, Karla Denisse González en el estudio “Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades

federativas” y por último María Raquel Cruz Carpena en su estudio realizado con nombre “Papel de la resiliencia en personas mayores institucionalizadas”. Todos los trabajos anteriormente mencionados se realizaron utilizando diferentes diseños, al igual que cada objetivo fue planteado en base a las preferencias de cada autor, así mismo por ejemplo Karla Denisse González se dedicó a investigar la transición demográfica que atraviesa el Distrito Federal por lo que su muestra fue constituida por documentos que aportaran información. Un aspecto en común que tuvieron Yamileth Castaño-Mora y María Raquel Cruz Carpena fue el utilizar la misma escala de medición de resiliencia Wagnild y Young. En su estudio realizado de esta última se rescatan dos relaciones que son: a mayores niveles de resiliencia menores niveles de depresión y la segunda relación entre resiliencia y calidad de vida donde a mayores niveles de resiliencia mejor nivel de calidad de vida. Por último en el caso de Yamileth Castaño-Mora el 76% de su muestra total estuvo conformada por cuidadoras, algo similar ocurrió en el caso de María Raquel Cruz Carpena donde el 59% total de su muestra estuvo conformada por mujeres. En ambos estudios se encontró una relación entre el nivel de dependencia con el tipo de diagnóstico de la persona a cuidar, lo cual a su vez influye en la percepción de salud de la persona que brinda los servicios.

Año 2016:

En este año diversos autores realizaron investigaciones de valor, a continuación, se hace mención de estas: Niuris Fernández Larrea con el estudio “Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos”, Ara Mercedes Cerquera Córdoba en su estudio “Resiliencia y variables asociadas en cuidadores informales de pacientes

con alzheimer”, Marta Andrés Olmeda en su estudio “La calidad en la intervención de los cuidadores profesionales de personas dependientes. Evaluación de la inteligencia emocional y resiliencia de estudiantes de ciclo formativo de grado medio de atención a personas en situación de dependencia” y finalmente Ana María Salazar Montes en el estudio que lleva por nombre “Evaluación e intervención de la sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores dependientes: Revisión de artículos publicados entre 1997-2014”. Primero cabe mencionar que nuevamente los objetivos de cada autor fueron distintos uno de otro, sin embargo Ana María Salazar Montes con el objetivo de proporcionar resultados en publicaciones sobre el cuidador informal de personas adultas de la tercera edad y Niuris Fernández Larrea por su parte el identificar la relación entre percepción de salud y satisfacción de vida y la relación entre percepción de salud y presencia de enfermedades crónicas, compartieron el uso de un diseño descriptivo. También los instrumentos se derivan del objetivo planteado, por lo tanto, todos estos fueron diferentes. Por último Ana María Salazar Montes hace mención acerca de la asociación del cuidado con el rol de la mujer es clara lo cual se ve reflejado en la mayoría de estudios realizados, además de una estimación acerca de que el cuidado proporcionado es un ejercicio realizado mayoritariamente por mujeres, en especial por hijas y cónyuges.

Año 2017:

Marisol Nallely Pérez Sánchez en su estudio “Resiliencia del cuidador primario informal familiar ante la sobrecarga ocasionada por cuidado a paciente que vive con esclerosis múltiple”, Kenia Karen Ramírez Núñez en el estudio “Nivel de sobrecarga

del cuidador primario en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus de la unidad de medicina familiar no 33 el rosario” y Ricardo Díaz Castillo en su estudio titulado “Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión”, los autores mencionados como primer rasgo comparten el haber realizado sus investigaciones en el año de 2017, sin embargo, los tres autores se plantearon objetivos diferentes y por lo tanto el diseño de cada autor también es distinto uno del otro, mientras Ricardo Díaz Castillo con el objetivo de documentar la presencia de la resiliencia en adultos mayores de la tercera edad, así como la participación de factores de riesgo y protección tomó como muestra la revisión de 32 artículos científicos publicados entre los años 2000 y 2016, Marisol Nallely Pérez Sánchez con el objetivo de analizar la resiliencia en cuidadores primarios informales de una persona dependiente ante una sobrecarga de trabajo tuvo una muestra de 4 cuidadoras primarias informales con un rango de edad de entre los 36 y 61 años, donde aplicó la escala de Zarit para hacer una valoración de la sobrecarga del cuidador, algo similar ocurrió en el caso de Kenia Karen Ramírez Núñez donde su objetivo planteado fue el determinar el nivel de sobrecarga del cuidador primario en pacientes adultos de la tercera edad con una muestra conformada fue de 369 cuidadores primarios, el 68% total de la muestra es de género femenino con una edad entre los 50 a 59 años y de igual forma aplicó el cuestionario Zarit para medir el nivel de sobrecarga del cuidador. Una vez más se observa la estadística donde el hijo o el esposo (a) es la primer persona que se hace cargo de la persona dependiente, siendo en su mayoría una tarea designada al género femenino.

Año 2009-2011

Haciendo la comparación entre dichos años se observan similitudes y diferencias que a continuación se mencionan: resulta obvio que en el transcurso de estos años el interés por dicho tema ha mostrado un crecimiento y esto se refleja por el número de publicaciones hechas aunado a una mayoría de estudios realizados con un diseño descriptivo de revisión de artículos, un aspecto que sobresale en las muestras de dichos artículos en cuanto al género se refiere son mujeres, pues se ha visto en la mayoría de los estudios entre estos años y otros esta prevalencia. Además se destaca el aspecto del apoyo social que es percibido por el cuidador, pues este amortigua el impacto del estrés y ayuda a una menor sobrecarga.

Año 2014-2015

Durante dicho lapso entre las publicaciones revisadas se puede hacer mención de lo siguiente: en este año la mayoría de estudios realizados tuvieron como base un diseño comparativo y a su vez hubo un incremento del uso de diseño mixto cualitativo/ cuantitativo, ya que surgió una tendencia a establecer una serie de relaciones ya fuera entre resiliencia con otras variables o en su defecto con la experiencia de ser un cuidador de una persona adulta de la tercera edad, el uso de la escala de Wagnild fue reiterado en varias ocasiones con el objetivo de establecer un nivel de resiliencia en los cuidadores. De igual forma, se ve una mayoría notoria de personas de género femenino en las muestras poblacionales que utilizaron los autores, además se observa otra característica importante la cual hace referencia a una prevalencia de familiares que se hacen cargo de la persona en estado

dependiente, en este caso se hace énfasis a los hijos quienes son las primeras personas en hacerse cargo de dicha situación en la familia.

Año 2016-2017

En el transcurso de dichos años entre las publicaciones que se revisaron se puede hacer mención de los siguientes aspectos como primer punto se ve un notorio incremento en relación al interés sobre investigar el concepto de resiliencia, como segundo punto se observa que predominan los artículos basados en un diseño descriptivo, además la escala de Zarit sigue siendo la más utilizada en la mayoría de los estudios, aunado a esto también se justifica debido al aumento de artículos sobre resiliencia como se mencionó anteriormente. Surge también el interés sobre no solo estudiar el concepto mencionado, sino también se le asoció con otras variables de interés, esto depende de los objetivos e intereses de cada autor.