



FACULTAD DE NEGOCIOS

Con Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios de la
Secretaría de Educación Pública según acuerdo número
954316 de fecha 30 de octubre de 1995

ESTUDIO DE CASO “EL CUIDADO DEL CUIDADOR
PRINCIPAL DE PERSONAS MAYORES CON
ENFERMEDAD: IMPLICACIONES PARA LA SALUD Y LA
ATENCIÓN”

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN
ADMINISTRACIÓN DE ORGANIZACIONES DE LA SALUD

PRESENTA: OLIVIA PEDRAZA AGUILAR

ASESOR: DR. ANTONIO MORALES DE LA BARRERA

Ciudad de México, a 22 de enero de 2026

LIC. DULCE MARÍA PRECIADO ÁVILA
DIRECTORA DE GESTIÓN ESCOLAR
UNIVERSIDAD LA SALLE
P R E S E N T E

Le informo que el (la) C.

OLIVIA PEDRAZA AGUILAR

Egresada (o) de la Facultad de: Negocios

de la **UNIVERSIDAD LA SALLE**, de la Maestría en:

ADMINISTRACIÓN DE ORGANIZACIONES DE LA SALUD

Con reconocimiento de validez oficial de estudios de la Secretaría de Educación Pública según acuerdo número 974225 de fecha 25 de julio de 1997.

Ha elaborado el trabajo de Estudio de caso titulado: "EL CUIDADO DEL CUIDADOR PRINCIPAL DE PERSONAS MAYORES CON ENFERMEDAD: IMPLICACIONES PARA LA SALUD Y LA ATENCIÓN."

De conformidad con la modalidad para la obtención de grado aprobada para esta Maestría de acuerdo a lo establecido en el Reglamento General de las Universidades La Salle Integrantes del Sistema Educativo de las Universidades la Salle.

Cumplió con todos los requisitos y el trabajo que fue elaborado bajo la conducción del Dr. Antonio Morales de la Barrera que fungió como asesor, tiene la calidad suficiente para ser la base de sustentación de su Examen de Grado por lo que se le autoriza presentarlo.



Mtro. Markel Israel Lehman Elizondo
Director de la Facultad de Negocios

Dedicatoria.

A todos los cuidadores primarios de un adulto mayor enfermo, ya sean familiares o remunerados, que por decisión propia y aún sin proponérselo, asumen la gran responsabilidad de cuidar; la tarea es ardua, constante, desgastante y pareciera que interminable, es en realidad sumamente cansado.

Su apoyo y labor es invaluable para el anciano enfermo y son lo más valioso que ellos tienen. Los cuidadores tienen derecho a dedicar tiempo a cuidarse a sí mismos sin sentirse culpables, al descanso, a ejercitarse, disfrutar, salir y socializar, a continuar y/ o plantear su propio proyecto de vida.

Cuídense para poder cuidar y hacer lo correcto en los cuidados, significa apoyar, propiciar y motivar siempre a la mayor independencia de su ser querido mientras sea posible, con respeto, amor, paciencia y objetividad.

Agradecimientos

A la institución pública en salud por ser verdadera escuela de formación, aprendizaje e investigación.

A todos mis maestros, fuente de conocimientos, motivación e inspiración.

A todos mis compañeros por compartir y enriquecer los conocimientos.

A mi familia por estar siempre presente.

A mis amigos, a la vida, por permitirme realizar mis proyectos académicos.

Olivia Pedraza Aguilar

Índice

Introducción	5
Capítulo I. Generalidades del caso de estudio.....	8
1.1 Contextualización del caso de estudio	8
1.2 Objetivos del caso de estudio	12
1.3 Justificación del caso de estudio.....	13
1.4 Contextualización de la organización.....	16
1.5 Planteamiento del problema: Situación actual y situación deseada.....	19
1.6 Alcances y limitaciones del estudio de caso	19
Capítulo II. Marco teórico	26
2.1 Envejecimiento poblacional y sus implicaciones en la salud pública	26
2.4 Concepto y características del adulto mayor enfermo	34
2.5 Rol del cuidador primario en el cuidado del adulto mayor.....	37
2.6 Carga física y emocional del cuidador primario	39
2.7 Carga física y emocional del cuidador primario	42
2.8 Autocuidado del cuidador primario.....	46
2.9 Impacto del cuidado prolongado en la calidad de vida del cuidador	49
2.10 Redes de apoyo social y comunitario para el cuidador	51
2.11 Programas y políticas públicas de apoyo al cuidador	53
Capítulo III. Metodología.....	57
3.1 Enfoque metodológico	57
Capítulo IV. Resultados	65
4.1 Presentación de resultados de la encuesta	65
Conclusiones, propuesta y reflexiones	99
Fuentes bibliográficas.....	113

Introducción

En México, el papel del cuidador principal de personas enfermas cae normalmente en una sola persona de la familia, a menudo mujeres entre 40 y 60 años, que toman esta tarea sin capacitación previa y con pocos medios. Este cuidado por lo general no pagado, se hace en una casa con poca o nula ayuda de médicos. La falta de apoyo común para su trabajo y la falta de normativas legales sólidas para ayudarles, causan cansancio físico y moral que dañan su bienestar por completo. Ver al cuidador como parte del sistema de salud y no como un simple ayudante es clave para ir hacia un tipo completo de atención (Instituto Nacional de la Gente Grande [INAPAM], 2025).

La carga del cuidador principal en México aumenta por causas culturales y socioeconómicas. Por un lado, existe la creencia que la familia debe ser la única que provea cuidados; por otro lado, los medios y servicios para ayudar son pocos y difíciles de encontrar. Esto lleva a sentir cansancio grave, dolores en los músculos, problemas para dormir y, a veces, depresión. Además, por no tener tiempo para cosas personales ni amigos, se siente solo. Estas situaciones afectan tanto al cuidador como a la calidad del cuidado que recibe la persona adulta mayor (INAPAM, 2025).

Datos de encuestas nacionales muestran que más del 80 % de los cuidadores en México usan más de 8 horas cada día en el cuidar, y casi la mitad lo hacen sin descanso cada semana. Comparado con otros lugares como Europa, donde hay ayudas o permisos de trabajo para los cuidadores, en México no hay casi nada de ayuda económica ni legal. Esto lleva directamente a un gran empeoramiento en la salud del cuerpo y la salud mental de quienes tienen este trabajo, con problemas como alta presión, dolor de estómago y ansiedad crónica (Otero, Zunzunegui, Rodríguez, Aguilar & Lázaro, 2004; Badía, Lara & Roset, 2004).

En casos de enfermedades como el Alzheimer, muy comunes entre la población mayor mexicana; el cuidador afronta una carga adicional debido al deterioro de la cognitivo y conductual de la persona a la que cuida. Estudios cualitativos han encontrado que muchos cuidadores sienten ira, frustración, decepción y culpabilidad, pero también un fuerte compromiso y cariño. Esta mezcla de sentimientos, junto con la falta de servicios de respiro (períodos planificados para descansar), causa un deterior gradual que puede llevar a problemas serios de salud (Algado, Basterra & Garrigós, 2014).

La red de apoyo social es importante para bajar la carga del cuidador en México, pero inicia, aún no está fortalecida, organizada e insuficiente. La falta de programas comunitarios bien planificados y gratis reduce las formas en que se pueden dividir las responsabilidades. En comunidades rurales, la situación se hace peor por la escasez de transporte, servicios médicos cercanos y acceso a programas sociales lo cual fuerza a quien cuida a pasar más tiempo y trabajo en los traslados, más ocuparse de la salud (Díaz et al. 2020; Hernandez-Padilla et al. 2020).

La situación económica de muchas familias mexicanas hace que el cuidado prolongado signifique un costo alto, no solo por gastos médicos y de medicinas, sino también por la falta de ingresos del cuidador al verse en la necesidad de cuidar y no tener un trabajo remunerado. Un estudio hecho en hospitales públicos mostró que más del 70 por ciento de cuidadores tiene un problema con su dinero y sus necesidades básicas debido al tiempo invertido al cuidado (Medicina Paliativa, 2015).

En el caso de enfermedades que duran mucho o empeoran con el tiempo, los que cuidan a los enfermos en México a menudo chocan con un sistema de salud que no está conectado, enlazado, coordinado y comunicado. Esto pide muchas cosas y visitas a varios lugares para ayudar. Esto gasta más tiempo y energía, haciendo que

se sientan cansados. También, solo unos pocos de los cuidadores recibe entrenamiento o ayuda de un profesional, lo cual afecta la forma en que proveen el cuidado y la salud del propio cuidador (Badía, Lara & Roset, 2004).

Experiencias piloto de atención en casa que fueron probadas en algunos estados, como Ciudad de México y Jalisco, han mostrado que añadir al cuidador como uno de los principales beneficiarios, dando talleres de auto-cuidado, ayuda psicológica y periodos de descanso, mejora bastante el bienestar del cuidador. Estos programas, aunque poco común en cobertura, enseñan que un gasto mediano en apoyos para el cuidador se convierte en muy poco desgaste y mejor atención para la persona mayor (Otero et al., 2011).

La transición demográfica mexicana sugiere que, en 2050, uno de cada cinco residentes será mayor de 60 años, lo que aumentará mucho la necesidad de cuidadores. Si no se mejoran las leyes de apoyo, el peso caerá sobre todo en mujeres de hogares con ingresos medios y bajos. Por eso, algunos grupos internacionales piensan que México necesita crear un código legal que asegure derechos trabajo y beneficios para los cuidadores, así como formación apropiada para hacer mejor el trabajo (Ministerio de Derechos Sociales, 2025)

El cuidado del cuidador debe ser visto cómo algo más importante en la salud pública en México. Esto quiere decir que se deben formar grupos de ayuda en la comunidad, dar programas de descanso, dar apoyo económico, facilitar el acudir a médicos y ofrecer enseñanza continua. Entender que la salud del cuidador está muy ligada a la calidad de vida de la persona que se cuida y es clave para asegurar un envejecimiento digno y cuidado ético y sostenible (INAPAM, 2025; Algado y otros, 2014; Otero y otros, 2011).

Capítulo I. Generalidades del caso de estudio.

1.1 Contextualización del caso de estudio

El cuidado de personas mayores con enfermedad crónica o dependencia funcional es una realidad cada vez más notable en México, sobre todo en un contexto donde el envejecer de la persona avanza rápido. Según el Consejo Nacional de Población, en los próximos años se espera un alza importante en la cantidad de adultos mayores, esto significa más necesidades de ayuda y cuidados prolongados. Esta situación pone al cuidador principal que suele ser un pariente cercano como una persona principal en la vida del paciente, pero también como alguien que tiene cargas físicas, emocionales y económicas (CONAPO, 2022). Entender esta realidad es clave para mirar los problemas tanto para el cuidador como para los sistemas de salud.

En México, la tarea de cuidar a alguien recae más que nada en mujeres, hijas o esposas, algo que viene porque estos roles se asocian con el género femenino. Esto no solo causa una carga física por las tareas diarias, como limpiar, dar de comer, dar medicina y llevar a consultas, sino también una carga emocional constante al ver el empeoramiento gradual de la persona que cuidan. La falta de ayuda formal y redes para descansar aumenta el riesgo de que esos cuidadores sientan mucho cansancio o “síndrome del cuidador quemado” (González, 2021). Mirar este ejemplo implica

entender que sin leyes sólidas del gobierno, la labor de cuidado queda invisibilizada.

La forma de atender la salud en México, especialmente en el primer nivel, a veces no está lista o no existe la capacitación y conocimiento de la importancia de los cuidadores por lo que carecen de planes y programas para apoyarlos. En muchos casos, el equipo médico solo piensa en la enfermedad del paciente, sin ver que el bienestar del cuidador afecta directamente la calidad de la ayuda que este puede dar. La falta de entrenamiento apropiado y de datos claros sobre la enfermedad del anciano hace difícil que el cuidador haga bien su trabajo. Esto crea un círculo vicioso donde la carga es más pesada y el peligro de cometer errores al cuidar crece (Secretaría de Salud, 2020).

El caso que se mira incluye no solo el detalle del lugar de los cuidadores en México, sino también cómo sus vidas diarias, educación, recursos y ayuda de otros afectan su vivir. Muchos cuidadores deben balancear el cuidado con otras cosas como el trabajo remunerado y tareas del hogar, lo que causa problemas con los tiempos y deben decidir qué es más importante. A veces, la falta de ayuda oficial hace que se renuncie a metas personales o laborales que puede traer sensaciones de frustración, soledad y pérdida de identidad personal (López, 2021). Esto es un problema ético y en sociedad sobre cómo compartir la carga de cuidar a otros.

Dentro de este caso, se hace evidente que el entorno familiar y comunitario juega un papel muy importante. Aquellos cuidadores que tienen una red de apoyo fuerte, familia que ayuda, vecinos que colaboran u organizaciones en el vecindario activas tienen menor riesgo de tener problemas de salud mental relacionados con cuidar a alguien por tiempo prolongado. Pero en muchas comunidades mexicanas, sobre todo rurales, no tienen fácil acceso a esas redes lo cual empeora el problema para el cuidador. La desigualdad en donde están los recursos es un factor clave que debe tomarse en cuenta al crear intervenciones (INEGI, 2022).

La salud física del cuidador es otro elemento clave. Las tareas que se repiten, como movilizar a la persona mayor o ayudarlo a bañarse, implican esfuerzos difíciles que, sin la forma correcta, pueden crear daños en la columna vertebral, los músculos y en los huesos. También, él descuidar su propia salud, como no ir a médicos o posponer tratamientos personales por dar prioridad a la persona cuidada, es una situación común. Este descuido ayuda a que los que cuidan sientan que su salud cada vez va peor y, en casos graves, los impide seguir con su trabajo (Martínez, 2020).

En el plano emocional, el efecto puede ser mucho más fuerte. El cansancio mental del cuidador no siempre sale al momento; muchas veces crece en silencio hasta tener problemas como ansiedad, depresión o estrés a prolongado plazo. En México, no hay muchos programas que ayuden a cuidadores a cuidar su salud mental, lo que hace difícil notar estos problemas y ayudarlos a tiempo. Ver la salud mental del cuidador como una parte importante de la atención completa al adulto mayor es una necesidad urgente (Ramírez, 2019).

Económicamente, el cuidado prolongado tiene un gran peso. Muchos cuidadores bajan sus horas de trabajo o dejan el empleo para cuidar bien al adulto mayor, lo que significa menos dinero y, por ello, tienen un nivel de vida más bajo para la familia. También los gastos para medicinas, elementos médicos, transporte y consultas suelen estar menos cubiertos por los servicios públicos de salud; así que hay que usar ahorros haciendo gastos de bolsillo o tomar deudas. Este efecto económico casi no se ve en políticas públicas, pero se siente fuertemente en las casas (Pérez, 2021).

La forma de ver las cosas también afecta. En México, el cuidado de la gente grande se relaciona con valores como respeto gratitud y ayuda familiar lo que a veces hace difícil que los cuidadores busquen apoyo externo por miedo a ser muy criticados

como irresponsables. Este requerimiento cultural, aunque parezca bueno, puede ser un obstáculo para el bienestar del propio cuidador. En el estudio del caso, este aspecto es importante para entender por qué, aunque hay opciones disponibles algunos cuidadores no las usan (Cruz, 2020).

Aunque el enfoque del caso de estudio es nacional, se sabe que hay diferencias importantes entre las áreas urbanas y rurales. En las ciudades, es más común hallar servicios privados de cuidado, sitios diurnos o grupos cívicos que ayudan en tareas concretas, pero la disponibilidad en zonas rurales es muy baja. Esto crea una brecha en el cuidado que reciben las personas mayores y por eso mismo en la calidad de vida de los cuidadores. Las reglas para cuidar a la vejez deben ser cambiadas según esta diversidad territorial (Sánchez, 2022).

En el caso mexicano, la pandemia de COVID-19 hizo más pesado el trabajo de aquéllos que cuidan a otros. Las reglas sanitarias redujeron la oportunidad de tener ayuda externa y sumaron el tiempo de cuidado sin interrupción. Además, el peligro de enfermarse aumentó el miedo y la tristeza en las casas, forzando a muchos cuidadores a cambiar modos de vida, aprender nuevas formas sanas y manejar un mayor soledad social. Esta vivencia fresca debe entrar en el estudio, ya que muestra la falta de planes en caso de emergencia sanitaria que incluyan a los cuidadores (OPS, 2021).

Otro punto a mencionar en este caso es la falta de entrenamiento oficial en la mayor parte de los ayudantes. Aunque hay clases y sesiones, su alcance es limitado y muchas veces no están cerca en horarios, lugares o costos. La formación es importante no solo para mejorar cómo se cuida, sino también para evitar daños al cuidador y ayudarlo a sentirse bien. Hacer programas grandes y gratis sería una buena manera de solucionar este problema (Gutiérrez, 2019).

En la esfera del derecho, México no tiene un marco legal claro y fuerte que

ayude a los cuidadores que no cobran. Aunque han sido llevadas a cabo algunas ideas para ponerlos en planes del estado sobre protección social, estas no han sido completadas. El caso de estudio debe pensar que, sin un reconocimiento legal claro, los cuidadores siguen en una situación vulnerable, sin tener acceso a ayudas, permisos o beneficios de trabajo relacionados con su labor (Camacho, 2020).

Un lado bueno es que, en los años pasados, grupos civiles y escolares han empezado a mostrar el tema, creando estudios planes, guías. Estas acciones han dejado traer a la mesa la urgencia de poner a los cuidadores en la lista pública. Aunque hay, la distancia entre saber sobre el problema y hacer soluciones todavía es grande, lo que limita y estanca el efecto real de estas iniciativas (Valdés, 2021).

El estudio de este problema también deja ver que cuidar al que cuida es una parte importante para asegurar el cuidado a prolongado plazo. Apoyar que los cuidadores tengan sus juegos, su vida con amigos y su salud física y mental es muy necesario. Pero esto exige un cambio en la estructura del sistema de salud y de la sociedad; se debe dejar de ver el cuidado como solo un trabajo del grupo familiar (Morales, 2022).

Este caso de estudio muestra que el bienestar del cuidador principal no es solo un asunto individual, sino un tema de salud pública y justicia social. Visibilizar su trabajo, dar apoyos reales y hacer leyes que incluyan a todos no solo ayudará a quienes cuidan, sino también a las personas mayores y al sistema de salud en general. México está ahora en un momento importante para crear consciencia, políticas públicas y sociales, así como marcos legales que beneficien a este sector, para así poder afrontar el reto del envejecimiento de su población en los siguientes años (Fernández, 2021).

1.2 Objetivos del caso de estudio

Objetivo general

Evaluar el tiempo que el cuidador primario de un adulto mayor con enfermedad destina a su propio cuidado, considerando aspectos físicos, emocionales y sociales.

Objetivos específicos

Analizar las características sociodemográficas del cuidador primario para comprender el contexto en el que realiza sus funciones de cuidado.

Determinar el tiempo que el cuidador primario dedica al mantenimiento de su salud física, incluyendo descanso, alimentación, sueño, actividad física y adherencia al tratamiento médico en caso de presentar alguna enfermedad.

Identificar el tiempo invertido por el cuidador primario en el cuidado de su bienestar psico-socioemocional, a fin de valorar su impacto en la calidad de vida y en el desempeño de sus funciones de cuidado.

1.3 Justificación del caso de estudio

El aumento del envejecimiento en las poblaciones cada día es un hecho que pone desafíos importantes para los sistemas de salud, sobre todo en la atención de personas mayores con enfermedades crónicas o que tengan dificultades físicas. En esta situación, el cuidador principal tiene un rol central, ya que su ayuda y presencia son muy vitales para asegurar una mejora en cuidados y calidad de vida del paciente. Este estudio tiene sentido por que trata un problema que no solo es médico, también es emocional y económico: la carga que siente un cuidador de tener que cuidar en todo momento a un adulto mayor enfermo (Muñoz, 2011).

La importancia de esta investigación reside en que muestra cómo no cuidar de

uno mismo puede afectar mucho la salud física y mental del cuidador principal, lo que pone en riesgo la calidad de cuidado que provee. El cansancio, el estrés constante y las barreras para seguir su propio plan de vida pueden llevar a un empeoramiento rápido de su bienestar. Mirar estas situaciones deja ver un problema que muchas veces pasa oculto y sin suficiente respaldo institucional lo que justifica la necesidad de crear formas de ayuda especiales (Rodríguez et al., 2011).

Este caso es importante porque transcurre en un hospital común que cuida a mucha gente diferente. Esta unión de lugares deja ver cómo los aspectos sociales afectan la forma en que se da el cuidado y qué tanto tienen para sobrellevar la fatiga física y mental. Ver estos asuntos es clave para hacer programas que satisfagan las vidas de cada hogar (Taset, 2017).

La revisión de la situación del cuidador principal también está justificada porque a veces este trabajo cae de manera inesperada sobre un miembro de la familia, usualmente una mujer, que toma la responsabilidad sin una preparación previa. Este panorama lleva a un aprendizaje rápido de métodos para cuidar y a una adaptación continua a nuevas necesidades, lo que sube las situaciones de errores y daños, tanto para el paciente como para el cuidador mismo (Flores y otros, 2009).

La forma y diversidad en que se elaboran las preguntas muestran las áreas que se pueden mejorar en el cuidado propio porque están relacionadas con el hacer ejercicio a menudo, descansar y dormir bien, hablar con otras personas y conseguir apoyo para sus problemas emocionales. Estos aspectos aunque pueden parecer no tan importantes en comparación con los problemas de salud del paciente, son realmente muy necesarios para proveer un buen cuidado que asegure mayor control y bienestar por más tiempo. Gastar dinero en la salud de un cuidador es una inversión que asegura una buena vida para el adulto mayor que está enfermo (Barrios & López, 2011).

Otro motivo importante es que el trabajo muestra la falta de leyes y programas para cuidar al anciano y a quien lo atiende. Las acciones y ayuda actualmente se centran en el paciente dejando atrás a los que dan su asistencia diaria. Elaborar guías, manuales que traigan entrenamiento, grupos de ayuda y servicios de respiro; esto puede bajar mucho la presión (Cuesta, 2009).

Desde la mira de la ciencia, esta búsqueda es buena porque usa un modo numérico para mostrar los rasgos sociales y las maneras de cuidar a un paciente por parte de la persona que lo cuida más. Los datos sacados por hojas Plenas dejan apoyar las ideas y hacer planes en evidencias. Esto hace que sea útil para escoger en el sector hospitalario y cercano (Martínez, 2016).

El parte humano también apoya la importancia del estudio porque da cara y voz a una situación que a menudo se ve de modo simple. Casos como el de personas que cuidan solas sin red de apoyo muestran bien los efectos emocionales, físicos y sociales del cuidado. Esas historias traen un tono ético y sensible que hace urgente prestar atención al problema (Zabalegui y otros, 2013).

Este trabajo está justificado porque ayuda a que el personal de salud se dé cuenta de la importancia de tener al cuidador en los planes de cuidado integrales. La geriatría, como campo, sabe que la mejora del paciente no es solo por las cosas que hacen los doctores, sino también por cuánto puede ayudar el cuidador en casa con el tratamiento y recuperación (Cintra & Balboa, 2011)

La búsqueda abre el camino a nuevos trabajos futuros que pueden hacer más fuerte la enseñanza y ayuda al cuidador más importante. Crear clases educativas, dar recursos de la comunidad, y promover la cultura del cuidarse a sí mismo son pasos clave para asegurar que cuidar a otro no se vuelva una carga muy pesada. Por esto el

estudio no solo muestra un problema sino también sienta las primeras bases para soluciones importantes a nivel social y salud (OMS, 2019).

1.4 Contextualización de la organización

Para mantener segura la identidad del lugar y cuidar datos importantes, se le da el nombre de Hospital Geriátrico Vida Plena. Este lugar cuida personas mayores con problemas de salud que no se quitan, que empeoran con el tiempo y, a menudo, están en fases muy serias. Su meta principal es dar ayuda y tratamiento a los mayores para mejorar su calidad de vida y que puedan hacer más cosas por sí solos. El trabajo que hacen es parte de una gran necesidad por el envejecimiento poblacional y es muy común patologías relacionadas con la edad (García, 2018).

El Hospital Geriátrico Vida Plena se destaca por su forma interdisciplinaria de trabajo, uniendo especialidades como la geriatría, psicogeriatría, fisioterapia, cuidado de los adultos mayores. La coordinación entre todos estos actores busca no solo el tratamiento a los pacientes médicamente, sino además ayudar a su recuperación física y mental. También reconoce el valor de involucrar a la familia en los planes para cuidar, en particular al cuidador principal como alguien necesario para seguir el tratamiento en casa. Este tipo de trabajo sigue enfoques mundiales que apoyan la atención centrada en la persona (Salgado, 2020).

En la estructura del lugar, el hospital tiene todas las especialidades médicas, debe quedarse siempre un familiar con el paciente, consultorios de rehabilitación física para mejorar la movilidad e independencia física y claro la salud, aulas para enseñar y ayudar a cuidadores. Cada día ve más o menos ocho a doce personas en camas en la hospitalización, así como mucha gente que viene a consulta externa geriátrica. La demanda del servicio es muy alta y la complejidad de las situaciones de salud es complicada. (Reyes & Morales, 2017).

Uno de los rasgos destacables de la organización es el uso regular de la Valoración Geriátrica Integral (VGI), un sistema de pruebas que ve aspectos de salud, funcionalidad, mente y vida social del paciente. Esta herramienta ayuda a identificar y cuantificar los problemas de salud para así crear un plan de intervención integral en donde participen todo el equipo según la necesidades del paciente. Con eso, el objetivo es usar mejor los recursos y disminuir los riesgos con el objetivo de lograr mayor independencia, evitar las institucionalizaciones a casas de cuidado y/o volver al hospital (López & Hernández, 2016).

El grupo del hospital tiene varios médicos especialistas en geriatría, que tratan las enfermedades mas comunes en la vejez, formados desde la perspectiva del envejecimiento, un médico psicogeriatra que es un psiquiatra especialista en envejecimiento que ayuda con problemas del estado mental como la depresión, una fisioterapeuta, médicos rotantes que aprenden , apoyan y que es parte de su formación académica y gericultistas que son los profesionales técnicos en la atención a los ancianos, manejan técnicas de rehabilitación y enfermería. Su trabajo va más allá de curar; también enseñan a cuidar ofreciendo clases, entrenamiento, asesoría, guía y acompañamiento en todo el proceso de cuidar a familiares que cuidan a sus seres queridos en casa, con el fin de darles las herramientas para un cuidado mejor y más seguro. Esta mezcla de tratamiento médico con capacitación familiar ha demostrado ser muy importante en la mejora y cuidado de la habilidad del paciente (Pérez, 2019).

Sobre su grupo objetivo, el hospital atiende sobre todo a gente mayor de setenta y cinco años y más con problemas que son difíciles o con mala salud. Sin embargo, también ayuda a casos que necesitan intervención rápida para evitar complicaciones, recuperarse y promover una vejez activa. El origen de los pacientes es distinto, algunos son de ciudades con servicios, pero lo común es que vengan de lugares pobres, donde la ayuda es poca y las formas de vivir hacen difícil seguir los cuidados (Hernández y Vázquez 2018).

La operación del hospital está dentro de las reglas públicas de salud, especialmente en las que tratan el envejecer bien y la atención de enfermedades prolongadas. Pero, encuentra retos como poco personal cualificado, falta de dinero y necesidad de mejorar coordinación entre instituciones. Aunque tuvo esos problemas, el Hospital Geriátrico Vida Plena ha logrado fama por su compromiso con un cuidado completo y amistoso (Jiménez, 2021).

En el área de la comunidad, la organización trata de hacer más fuerte el lazo con redes que ayuden socialmente, grupos de ciudadanos y planes del gobierno que pueden mejorar los servicios que tiene. Esto incluye campañas para visibilizar el trabajo del cuidador, hojas y bitácoras de control de signos vitales y medicamentos para personas mayores y actos culturales que ayudan a unir a los pacientes, sus familias. Estas acciones sirven para romper el aislamiento y ayudar a que los adultos mayores participen más en su entorno (Martínez & Torres, 2020).

La institución también enfrenta un cuadro de salud complicado: enfermedades del corazón, problemas respiratorios crónicos, infartos cerebrales, fracturas de cadera, columna, brazos, diabetes tipo 2, demencia, depresión, son unas de las razones más comunes para venir. A eso se suman problemas por caídas, huesos rotos, llagas por estar mucho tiempo sentado e infecciones que son recurrentes. El cuidado completo que da el hospital significa mirar estas enfermedades desde un ángulo preventivo, curativo y rehabilitador, siempre con mucho enfoque en mejorar la independencia del paciente (Santos, 2019).

El Hospital Geriátrico Vida Plena es un caso que muestra cómo una institución pública puede cambiar para seguir con las necesidades de un país que envejece rápidamente. Su trabajo no solo se ve por lo que hacen los médicos, sino también por el efecto que tiene en la comunidad al brindar un lugar donde el paciente y su cuidador

encuentran apoyo, guía y ayuda experta. Este tipo de situación organizacional es clave para entender lo que pasa en este estudio para generar nuevos programas que incluyan el papel del cuidador y así, el bienestar del adulto mayor (Rivas, 2022).

1.5 Planteamiento del problema: Situación actual y situación deseada

La situación hoy en el cuidar de mayores enfermos muestra una verdad difícil, donde el trabajo del cuidador principal se ha vuelto un sostén clave para la vida, su continuidad y bienestar del usuario. En muchos casos, este cuidador es un familiar cercano, a menudo una mujer que toma la decisión sin planearlo y sin tener un entrenamiento previo. Las muchas necesidades del cuidado como preparar comida, limpieza, movimiento, manejo medicina y apoyo emocional provocan un cansancio gradual que puede afectar muy gravemente su salud física y mental (Mendoza & Paredes, 2021).

En este caso, la gran carga del cuidador principal crece por la falta de redes de ayuda social bien organizadas y competentes, también por la escasa oferta de servicios públicas o locales para su bienestar. Aunque los sistemas de salud ven su importancia, en la realidad las ayudas acostumbran a ser para el paciente, dejando fuera el cuidado al que da apoyo. Esto hace que el estrés emocional y físico suban con el tiempo, creciendo el riesgo de dejar el papel o cometer fallos en el cuidado, con resultados malos para el anciano (Suárez & Velasco, 2019).

El cuadro también cambia por las cosas del propio enfermo. La mayoría tiene enfermedades crónicas y de muchos años de aparición, que demandan cuidados prolongados, como azúcar alta, corazón débil, problemas mentales o restos de ataques al cerebro. Estas condiciones, aparte de reducir el poder del anciano, necesita atención constante y cambios en el lugar físico, lo cual sube la carga sobre quien lo cuida. Hoy día esto se ve más en lugares con poco dinero donde son pocos los medios

para cubrir estas necesidades (Patiño, 2020).

La falta de enseñanza formal en manejo seguro es otro factor que hace más complicada la situación actual. Muchos cuidadores aprenden sobre ensayo, error, lo que eleva las posibilidades de daños, caídas o problemas médicos en el enfermo. Además, la escasa experiencia en usar aparatos médicos o dar tratamientos complejos puede poner en peligro la mejora o el control de la enfermedad. Este aprendizaje hecho sin planear, junto al estrés constante, resta la habilidad del cuidador para dar una atención buena (Morales & Quiroga, 2021).

En lo sentimental, los cuidadores principales sienten un cansancio que se expresa en nervios, tristeza, enojo y sensación de soledad. Estar solos es común ya que dar toda la atención a la persona que cuidamos baja las opciones para divertirse, hablar con amigos o hacer acciones propias. Esto hace un ciclo difícil: cuanto más tiempo y esfuerzo se pone en el cuidado, menos se dedica al propio bienestar, lo que a su vez disminuye la fuerza para seguir cuidando bien (Rangel & Torres, 2018).

En la parte formal, la situación hoy muestra una falta de unión en los servicios que ayudan a quienés cuidan. Si bien hay programas sueltos de enseñanza y guía, no son suficientes y muchos no cuentan con respaldo académico ni están bien estructurados para atender las necesidades que ayuden a mejorar a los viejos. Además, no hay leyes firmes que incluyan tiempos de descanso regulares o ayuda en casa para aliviar al cuidador, cosas que han demostrado ser buenas en otros naciones para bajar la carga (Arce, 2020).

La situación que sería deseable hacer realidad es un lugar en donde la persona que cuida más a un paciente reciba una ayuda completa del sistema de salud, los servicios sociales y la comunidad. Esto incluye aprender cuidados físicos y técnicos, pero también atención mental, tiempo para descansar y guía legal o

administrativa cuando necesite. Así se mejoraría su habilidad para cuidar, bajando el riesgo de cansancio y haciendo mejor la vida tanto para quien cuida como del paciente (Fernández, 2019).

En este sentido, la educación constante sería un método clave. Tendría clases prácticas sobre mover personas con cuidado, evitar llagas por estar mucho tiempo sentados, aplicar medicinas y usar aparatos que ayudan. También habrá charlas sobre cómo lidiar con el estrés, hablar claro y buscar apoyo en grupos sociales. Este tipo de cursos, hechos de forma sencilla y fácil de entender, podrían usarse tanto en hospitales como en lugares de la comunidad (Navarro, 2021).

Otra meta esencial de la situación que se quiere es lograr redes de apoyo estructuradas y sin estructurar que dejen compartir las tareas al cuidar. Esto llevaría a otros familiares, gente que ayuda sin ganar nada y personal de soporte a corto plazo, para que el cuidador principal tenga hueco para mirar sus propias necesidades. Este tipo cooperativo ayudaría a evitar el cansancio largo y empuja un modo de cuidado más justo y perdurable (Peña & Salinas, 2018).

Desde el punto de vista institucional, la situación deseada mira un modelo de cuidado enfocado tanto en el paciente como en el cuidador. Esto significaría incluir al cuidador en las decisiones sobre el plan de ayuda, asegurar que tenga acceso a información clara y completa, y dar recursos para mejorar su salud. Así se establecería una conexión más justa entre las necesidades del enfermo y las del cuidador promoviendo un lugar de auxilio más humano y útil (Valdez, 2020).

El acceso a ayuda psicológica de un experto también sería parte importante en la situación que se busca. Este servicio dejaría al cuidado manejar mejor las emociones, el miedo o tristeza, y crear maneras para lidiar con el dolor que a menudo llega junto a enfermedades largas o que terminan con la vida. Además se motivaría

crear grupos donde los cuidadores puedan contar experiencias y hallar incentivo para seguir adelante (Luna, 2017).

La realidad esperada busca que el cargo del cuidador principal se reconozca en la sociedad como un trabajo muy importante para las personas y la comunidad. Esta aceptación debería venir con acciones claras; por ejemplo: bonos dinerarios, acceso mejor a cuidados de salud y cursos formales. Al hacer más digno el rol que cuida, se mejoraría no solo su vida sino que también se haría más fuerte el sistema de asistencia en general (Ortega y Silva, 2019).

1.6 Alcances y limitaciones del estudio de caso

El estudio de caso actual llega a mostrar con cuidado la vida del cuidador principal de un adulto mayor enfermo, tocando tanto sus circunstancias en sociedad como sus formas de cuidarse físicamente y emocional. A través un método numérico tipo transversal se pudo reunir datos claros de una muestra justa de los cuidadores del servicio de geriatría en hospital público de tercer nivel. El alcance permite saber no solo números sino también ver movimientos, patrones que muestran la realidad diaria de estos cuidadores, ayudando a dar información importante para planear soportes útiles.

Otro de los avances notables es la unión de factores que no se suelen mirar juntos en estudios sobre este tema. La mezcla de datos acerca del sueño, comida, actividad física, socialización, ayuda mental e interacción en la comunidad ayuda a tener una idea más completa del cuidado personal del cuidador. Este método holístico hace más fácil crear ayudas que tomen en cuenta los aspectos físicos, emocionales y sociales que afectan su bienestar.

El estudio también llega a mostrar un grupo de personas que suele estar en un

segundo lugar o invisibilizado en los programas de gobierno: los cuidadores principales que no reciben pago. Al documentar su tipo, necesidades y fallos, se da una oportunidad para hacer planes que traigan formación, redes de ayuda y servicios para aliviar. Estos hallazgos son muy útiles para los que deciden sobre las políticas públicas y sociales ya que prueban lo importante que es ver al cuidador como una parte necesaria del sistema de cuidado a la salud.

Fue posible recoger información directa de los cuidadores a través de un mecanismo formal, lo que asegura que los datos nacen de su propia idea y vivencia. Este contacto entrega más validez a los hallazgos, pues muestra la vida verdadera y no solo la visión de una organización. El tipo de preguntas en la encuesta, separadas por temas, ayudó a mirar con orden los distintos partes del auto cuidado y cómo se vinculan con el peso del trabajo que tienen.

Respecto al uso de los resultados, uno de los importantes alcances es que la información obtenida puede usarse como base para estudios comparativos en otros centros de salud con características iguales. El examen de las variables estudiadas podría repetirse en varios lugares o niveles de ayuda, dejando hallar parecidos y diferencias que mejoren las tácticas de acción en nuestro país.

Sin embargo, el estudio tiene fallas que vienen de su manera de hacerlo. Al ser un estudio que examina en un solo momento, la información se reúne en ese instante, lo que no deja ver cambios o avances con el tiempo. Esto quiere decir que lo que muestra el estudio da una imagen puntual de la situación, pero no ayuda a encontrar relaciones de causa-efecto ni ve si las acciones que se ponen luego son eficaces.

Otra limitación clave es el tamaño de la muestra. Aunque las 46 personas que cuidan a alguien encuestadas representan bien al grupo atendido en el servicio de ancianos este número no es suficiente para extender los resultados a toda la gente

que cuida adultos viejos enfermos en el país. Por esto, los descubrimientos deben entenderse como señales y no como respuestas claras para otros lugares.

El hecho de que el estudio solo mire a un hospital público grande también afecta el área geográfica y organizacional de los hallazgos. Las situaciones, medios y maneras de trabajo en este centro podrían ser muy diferentes de las que hay en hospitales más pequeños o en instituciones privadas o en áreas rurales donde es más difícil obtener cuidados de salud.

La naturaleza propia de la información puede traer errores en las respuestas. Algunos cuidadores quizá han contestado tratando de mostrar un cuadro mejor sobre su auto-cuido o reduciendo el efecto de la pesadumbre que sienten. Este error de querer ser aceptado por la sociedad es dado en estudios de salud y necesita ser pensado al mirar los datos.

Otra limitación es que el estudio no mira bien las diferencias culturales y familiares que tocan el papel del cuidador. Cosas como las ideas acerca de la vejez, cómo se dividen las tareas en casa o la ayuda entre generaciones puede cambiar mucho y afectar la manera en que se toma y se hace este trabajo. Como no incluye un análisis cualitativo más claro, algunos detalles sobre estas vivencias pueden haber faltado.

También es importante mostrar que el análisis no usa mediciones objetivas del cuerpo para ver como está el cuidador, como pruebas médicas o lecturas del cuerpo. Toda la información sobre bienestar físico y mental proviene de sensaciones y costumbres mencionadas por ellos mismos, lo que limita la exactitud de los datos desde un punto de vista clínico. Aunque esto proporciona valiosa información subjetiva, no podemos confiar en su precisión desde el punto de vista clínico.

Un problema con el tiempo es que los números se sacaron antes de poner planes que ayuden. Por eso no se puede ver cómo las ideas sugeridas han cambiado algo. Sin embargo, este trabajo pone las bases para revisiones futuras que usen un seguimiento a prolongado plazo. Así se podrá ver si los métodos planteados realmente ayudan con el cuidado de uno mismo y bajan la carga del cuidador principal.

Capítulo II. Marco teórico

2.1 Envejecimiento poblacional y sus implicaciones en la salud pública

El envejecimiento de las personas es un evento que ocurre en casi todas las áreas del mundo y ha ido más rápido en los últimos años por la mezcla de una mayor vida útil y baja en los nacimientos. En lugares como México, este fenómeno se ha convertido en una situación real, porque el número de individuos mayores de 60 años está subiendo con regularidad. La transición demográfica causa cambios fuertes en la forma de la población donde hay una base más estrecha y ensanchamiento en los grupos de edad avanzada, lo que tiene efecto directo sobre las necesidades sociales y sanitarias (Consejo Nacional de Población, 2023).

A nivel mundial, entes como la Organización Mundial de la Salud han dicho que para el año 2050 uno de cada seis seres humanos tendrá más de sesenta cinco años, lo cual es un reto enorme para los sistemas médicos y ayuda social. En México, el crecimiento del número de gente vieja sucede más rápido que en países ricos, cuando hay poco tiempo para cambiar estructuras y planes que aseguren un cuidado completo. Esto quiere decir que hay que mejorar las habilidades de las instituciones y saber que será necesario muchos servicios médicos especializados así como personal calificado para tratar enfermedades crónicas o degenerativas (Organización Mundial de Salud, 2022).

La tendencia demográfica nacional muestra que, en el año 2000, la gente mayor era aproximadamente un 7% de toda la población, mientras que en 2020 este número subió a más de doce por ciento y se cree que para el año 2050 llegará al veinte y cinco por ciento. Este aumento no sólo afecta al total de adultos mayores sino también a la manera en que familias y comunidades están organizadas porque es común que el cuidado recaiga sobre miembros de la familia que no siempre tienen los elementos o experiencia ni tiempo necesario para hacer bien su trabajo (Instituto Nacional Estadística y Geografía, 2021).

Uno de los efectos más destacable de este envejecer es el aumento en la cantidad de enfermedades crónicas degenerativas, como la diabetes, hipertensión, problemas del corazón, y enfermedades neurodegenerativas como el parkinson el Alzheimer. Estos problemas de salud exigen que un médico especialista les revise a menudo, tratamientos prolongados, en muchos casos, cuidados a prolongado plazo. El efecto se muestra tanto en lo que gasta el gobierno como en las carteras de las familias, que tienen que pagar costos directos e indirectos del cuidado (Secretaría de Salud, 2022).

En el tema de la salud que es pública, el envejecimiento necesita un cambio en la atención que brindan los médicos ya que requiere mayor especialización, un trato ético, digno y humano. El cuidado inicial, que antes se enfocaba más en salud de madres y niños y en enfermedades infecciosas, ahora debe cambiar para cubrir las necesidades de cuidar, hallar y tratar enfermedades largas y también para recuperar las capacidades funcionales. Además, la cooperación entre organizaciones es clave para dar un modelo de cuidado completo que tenga partes médicas, sociales y de comunidad (Gómez-Dantés, 2020).

La necesidad de cuidado a prolongado plazo es otro de los problemas que nace con el envejecimiento de la población. Cuantos más años viven las personas, mayores, la posibilidad de necesitar ayuda para hacer actividades de la vida diaria como comer, bañarse, vestirse o moverse. En México, muchos de estos cuidados son proporcionados por las familias sin un pago y sin capacitación, lo que puede llevar a cansancio físico y emocional del cuidador (Pérez y Medina, 2021).

La carga que trae el cuidado a prolongado plazo de ancianos que necesitan ayuda también tiene efectos en lo económico y social, pues muchos que cuidan deben disminuir su trabajo o dejarlo por esta tarea. Esto no solo cambia el dinero familiar sino

que además limita las opciones de desarrollo profesional y social de quienes cuidan, casi siempre mujeres. Así, la creación de reglas públicas que vean y ayuden el trabajo de cuidado es clave para reducir este impacto (INEGI, 2022).

Que las personas mayores aumentan obliga a cambiar nuestra forma de pensar sobre los lugares para el cuidado de la salud. Muchos hospitales y centros de salud no están hechos para ayudar a mucha gente con problemas para moverse, que no ven bien o necesitan rehabilitación por mucho tiempo. Se necesita hacer cambios físicos, en la arquitectura que permita la accesibilidad al igual que usar tecnología y servicios especiales como cuidado para personas mayores, estudiar vejez y atención en casa que ayuden a dar un cuidado completo y constante (González, 2019).

Desde el punto de vista de salud pública, es importante crear programas para un envejecimiento activo y preventivo que empiecen antes de que las personas sean viejas. Apoyar rutinas saludables, chequeo de riesgos, ejercicio frecuente y lugares seguros ayuda a bajar el número de enfermedades largas y mantiene la independencia de los ancianos por más tiempo, lo que también baja el peso sobre el sistema sanitario (Martínez y López, 2020).

La experiencia a nivel mundial muestra que la planificación y acciones oportunas, el fortalecimiento de los sistemas de salud y ayuda social pueden aliviar los efectos del envejecimiento en la población. Naciones como Japón y España han puesto en marcha formas de atención integradas que mezclan cuidado médico, social y comunitario, con una gran inversión en prevención y apoyo a los cuidadores. En México, adaptar estas ideas necesita un estudio de la situación local, los recursos disponibles y los rasgos culturales y familiares (López, 2021).

En el país, la salud para todos tiene la difícil tarea de mejorar y hacer llegar los servicios a personas mayores, sobre todo en lugares lejanos y de pueblos originarios,

donde es complicado llegar debido a barreras físicas, dinero y costumbres. Esto exige políticas que miren el territorio y dejen participar a todos, incluyendo el trabajo conjunto de comunidades, grupos civiles y el sector privado para ayudar a quienes son vulnerables (CONEVAL, 2020).

La enseñanza de los trabajadores de salud en temas sobre ancianos es igualmente importante. Actualmente, la oferta de expertos en geriatría y gerontología en México es poca, lo que hace difícil la atención especializada y rápida a este grupo. Entrenar profesionales que obtengan habilidades especiales para cubrir las necesidades médicas, mentales y sociales de los ancianos es una buena inversión para lidiar con la transición demográfica (Salazar, 2018).

El envejecimiento de la población debe ser visto no solo como un problema sino también como una oportunidad para hacer políticas nuevas que unan más a la sociedad, ayuden a la convivencia entre generaciones y no ignoren el lugar de los mayores en la sociedad. Aceptar su experiencia, apoyar su papel activo y asegurar su salud integral son normas que deben llevar la labor pública y privada en años futuros (Zepeda, 2019).

2.2 Concepto y características del adulto mayor enfermo

El concepto de persona mayor cambia según el contexto cultural y legal, aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) pone que se ven como tales a las gentes con 60 años o más en países en desarrollo, mientras que en países avanzados el límite suele ser de 65 años. En México, la Ley de los Derechos de las Personas Mayores define como tal a todo aquel que tenga 60 años o más, reconociendo sus derechos a la salud, la dignidad y la participación social. Esta fase de la vida es marcada por un cambio biológico, mental y social que puede ser rápido o complicado por cosas como el estilo de vida, genética y situación económica (Secretaría de Salud,

2020).

El adulto mayor enfermo es el que tiene uno o más problemas que afectan parte o todo su capacidad física, mental o social. No todos los problemas son iguales, pero en la vejez abundan los que no se curan y dañan con el tiempo, los cuales suelen ser peores con el paso del tiempo y necesitan cuidado constante. Entre las afecciones más comunes están la alta presión arterial, diabetes tipo 2, enfermedades del corazón, osteoartritis y pérdida mental. Estas enfermedades no solo afectan al individuo en su cuerpo, sino que también causan problemas emocionales y sociales que requieren un manejo completo. Cruz (2019).

En palabras epidemiológicas, las enfermedades más comunes en los adultos mayores mexicanos se clasifican en cuatro grandes grupos: cardiovasculares, metabólicas como la diabetes, músculo esqueléticas, y neurodegenerativas. La presión alta y la azúcar, son de las más frecuentes y, muchas veces, vienen juntas en un mismo paciente, lo que sube el riesgo de problemas serios. Las enfermedades de huesos y músculos como la artritis y huesos quebradizos dañan el movimiento y aumentan riesgo de caídas; mientras que los problemas neurodegenerativos como el Alzheimer dañan memoria y habilidad para cuidarse (Instituto Nacional de Geriatria, 2021).

La condición del adulto mayor que este enfermo no se quedan solo en la patología sino que también incluye una serie de cambios físicos, mentales y sociales. En la parte física es normal perder algo de fuerza muscular, disminución de la agudeza visual y auditiva y que el cuerpo no funcione tan rápido como antes. En lo mental podemos ver signos de tristeza o miedo derivados tanto por la enfermedad como por el aislamiento. En el lado social estar dependiente en actividades cotidianas puede crear estrés en su familia e incrementar la necesidad redes apoyo sociales López (2018).

La ley en México reconoce la debilidad de los ancianos y establece reglas para su ayuda en lugares públicos y privados. La Ley General de Salud y la Ley de los Derechos de las Personas Mayores obligan al Estado a dar medicina completa, recuperación y planes de prevención, lo cierto es que en la realidad, los problemas son grandes por la alta necesidad y los escasos medios en algunas partes del país. Llevar servicios de salud para todos en todos los territorios de un país, no es cosa fácil, es por esto que la cobertura y calidad son insuficientes y diferentes (Cámara de Diputados, 2022)

Otro aspecto importante en la ayuda de las personas mayores enfermas es el cambio en la edad de la población y cómo afecta a la familia. En muchas partes de México, el cuidado lo dan sobre todo familiares cercanos, como hijos o parejas, lo que hace que deban cambiar la rutina en casa y a veces dejar actividades del trabajo o propias. Este cuidado no oficial, aunque necesario, puede tener problemas por no contar con suficiente entrenamiento y apoyo para tratar enfermedades difíciles o largas. (González, 2020).

Desde el punto de vista médico el cuidado del adulto mayor enfermo necesita un método que use muchas ayudas como medicina, gerontología, psicología, fisioterapia y obra social. Esta mezcla permite no solo tratar la enfermedad sino también evitar problemas y apoyar la autonomía de las personas mayores. En México, aunque ha habido más doctores especializados en el envejecimiento, todavía no hay suficientes para cuidar del creciente número de personas mayores; lo que fuerza a entrenar a médicos generales y enfermeras en cuidar personas ancianas (Martínez, 2019).

Las enfermedades crónicas en el adulto mayor, al no tener cura definitiva, requieren estrategias de autocuidado y seguimiento constante. El control de la comida,

el seguir bien los medicamentos, hacer ejercicio adaptado a su condición y la estimulación mental son bases para cuidar su vida. Pero las barreras económicas, culturales y geográficas en México complican que muchos adultos mayores enfermos puedan conseguir de manera frecuente estos cuidados lo que empeora su salud (Ramírez, 2021).

El concepto y las características del mayor enfermo deben entenderse como un todo, observando que su bienestar no es solo atención médica sino también entorno social, la facilidad y accesibilidad para usar servicios, respaldo familiar y valor a su dignidad. En el contexto mexicano, cuidar este momento de la vida incluye no solo responder a lo que se necesita clínicamente sino también asegurar políticas públicas que incluyan y sean sostenibles, que permitan a las personas vivir su vejez con salud y calidad de vida. (Pérez, 2022).

2.3 Envejecimiento poblacional y sus implicaciones en la salud pública

El fenómeno de envejecimiento global es notorio, donde la cantidad de individuos mayores de 60 años pasa los mil millones. Este cambio en la población ha sido provocado por avances médicos, baja fertilidad y mejoras en esperanza de vida. Naciones Unidas dice que los lugares donde existen mejores sistemas de ayuda social tienen más adultos mayores, esto obliga a cambiar estructuras sociales y de medicina (Naciones Unidas, 2022).

En México ese cambio ha ocurrido muy rápido: entre 2000 y 2020, la cifra de personas mayores de 60 años subió de justo más del 8 por ciento a 12 por ciento, y las estimaciones dicen que para el año 2050 esa cantidad llegara a cerca del 25 por ciento. Este cambio entre gente muy joven y muy vieja obliga a cambiar las estructuras de los sistemas de salud, seguridad social, pensiones, y redes de apoyo social en

muchos lugares (CONAPO, 2023).

La necesidad de atención médica ha cambiado, anteriormente los doctores trataban principalmente enfermedades infecto contagiosas, ahora, los sistemas medicos tienen que lidiar con más casos de enfermedades de larga duración, discapacidad y tener varios problemas de salud al mismo tiempo. Ello requiere un uso más grande de recursos y herramientas para diagnosticar, seguimientos médicos frecuentes, terapias para mejorar la movilidad y cuidados especiales a cada persona (OPS, 2021).

La atención inicial debe cambiar para enfrentar esta nueva situación. En vez de enfocarse en ayuda rápida, necesita una manera activa: identificar oportunamente cuándo hay problemas, y crear programas de estilos de vida saludables para cuidar factores como hipertensión y diabetes, formar grupos en la comunidad que ayuden al cuidado personal y estar bien en casa. (Gutiérrez & Hernández, 2022).

El hacerse mayor también aumenta la probabilidad de cuidados prolongados. Personas que no pueden hacer cosas solas necesitan ayuda con sus labores diarias y, a veces, apoyo constante. Mucha de esa ayuda se da en casa sin formación ni dinero, lo cual pone presión en la salud de quienes cuidan y la duración de esas redes (Pérez & Vargas, 2021).

En naciones con éxito en el trato de este problema, se han creado métodos totales para unir apoyo médico, cuidados sociales y servicios de hogar. Estos patrones a menudo incluyen estructura especializada, puntos de descanso para quien cuida y maneras de llegar fácilmente, lo que ayuda a disminuir la carga sobre el sistema sanitario hospitalario (Torres, 2022).

La infraestructura de salud actual es insuficiente para el reto del envejecimiento.

Centros médicos y hospitales no tienen espacios accesibles y amigables para ancianos y la escasa disponibilidad de servicios de rehabilitación o cuidado para nuestros adultos mayores en casa y comunidades. Cambiar estos entornos quiere decir cambios en lo físico, personal entrenado, y cuidado especial (Ramírez et al. 2023).

El impacto financiero del envejecer es muy complicado. Se ven gastos claros en lo que gasta el estado y las familias, así como cambios no tan obvios relacionados con menor trabajo o dineros si personas mayores deben cuidar a parientes. Esto es un problema de dinero para gobiernos y familias por ambos lados (López, 2022).

Los ancianos participan mucho en trabajos de voluntariado, lugares comunes y actividades en donde conviven con edades diferentes, se les ve como agentes activos si se les incluye y otorgan oportunidades. Invertir dinero en su crecimiento y bienestar puede ser una manera de involucrar a toda la sociedad (Hernández, 2022).

El estudio deja ver que el envejecer rápido necesita una mirada amplia: de salud, social y económica. Se debe tener formas institucionales adaptables, redes que se apoyen en la gente y reglas que junten dinero, salud y bienestar. Notar estos puntos ayuda hacer soluciones mejores para este cambio demográfico que ya se presenta.

2.4 Concepto y características del adulto mayor enfermo

En México y en el mundo, la idea de “adulto mayor enfermo” ha sido llevado desde varias perspectivas, médica y legal, para poner reglas claras que dejen hacer acciones y modos de cuidado buenos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que un viejo es el que tiene 60 años o más, y muestra que los problemas de salud en este grupo son comunes con enfermedades largas no contagiosas y mayor

debilidad funcional (Organización Mundial de la Salud, 2015). En el ejemplo mexicano, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores considera la misma edad y acepta el derecho de este grupo para tener cuidado total de salud, pensando en sus necesidades especiales y el concepto de dignidad humana (Cámara de Diputados, 2022).

El envejecer es un proceso natural, pero también social. En él, los cambios físicos a medida que pasa el tiempo disminuyen la reserva del cuerpo. En los adultos mayores enfermos estos cambios son peores por enfermedades como la alta presión, la diabetes o las enfermedades en los huesos y articulaciones que restringen su libertad (Gutiérrez-Robledo, 2018). Esta pérdida de habilidades físicas y mentales no ocurre de forma igual. Factores como la genética, el estilo de vida, el acceso a atención médica, el entorno, el territorio, la educación, la cultura, usos y costumbres, lo económico, lo social, etc afectan cómo cada uno envejece y maneja la enfermedad.

El marco legal en México busca proteger los derechos de todas las personas mayores y más aún enfermas y asegurar que tengan acceso a servicios médicos completos, medicamentos, tratamientos y rehabilitación. La ley general de salud incluye partes específicas para ayudar en la prevención, el diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y el manejo adecuado de las enfermedades largas en la vejez, sabiendo que un tratamiento eficaz puede ayudar a reducir problemas y mejorar la calidad del vivir (Secretaría de Salud, 2020). Esta idea no solo quiere hacer más larga la vida sino también ayudar al bienestar; físico, mental y social de este grupo.

Las enfermedades crónicas y degenerativas son la principal razón de enfermedad en adultos mayores que están enfermos. Entre las más comunes están la alta presión sanguínea, diabetes mellitus tipo 2, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), falla de corazón y enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer y el Parkinson (Instituto Nacional de Geriátrica, 2021). Estos problemas

necesitan atención médica regular usar medicinas durante mucho tiempo y a menudo cuidados especiales que involucran familiares y profesionales de salud.

En este grupo de edad, la multimorbilidad, la presencia de dos o más enfermedades crónicas, es común y representa una dificultad para los sistemas de salud. Este hecho complica los tratamientos, eleva el peligro de reacciones adversas entre medicamentos y pide un modo integral de la atención (López-Ortega, 2017). El abordaje tiene que ser de muchos campos, uniendo médicos, enfermeras, terapeutas y trabajadores sociales para cuidar las partes físicas, sentimentales y sociales de la enfermedad.

La sarcopenia es otra situación muy común en el adulto mayor enfermo. Es un síndrome clínico que se nota por una baja de peso y de la fuerza muscular, aguante y habilidad, lo que eleva la probabilidad de caídas, entradas al hospital y falta de independencia (Morales-Carmona, 2019). Este estado no siempre está conectado a una enfermedad específica, sino que puede ser el efecto de una mezcla entre envejecer, tener enfermedades largas y problemas sociales como estar solo o no comer bien.

Las enfermedades degenerativas tienen un impacto notorio en la vida diaria de las personas mayores que están enfermas. El Alzheimer, por ejemplo, no solo estropea la memoria y las habilidades mentales, sino que también afecta la capacidad para hacer cosas simples como vestirse, comer o limpiarse (Ramos-Cerqueira, 2016). Estas limitaciones influyen en la independencia de uno y causan una carga física y emocional en quienes les cuidan.

En México, el cambio en el perfil de salud ha causado un incremento lento pero seguro de las enfermedades crónicas degenerativas que duran mucho tiempo en la vejez. El cambio en lo que se come, falta de contacto social y no hacer ejercicio han

ayudado a padecimientos que normalmente eran menos comunes en este grupo de edad (Mendoza-Núñez, 2014). Este escenario exige que las reglas de salud pongan más atención a evitar y controlar los problemas desde edades tempranas.

El manejo de las enfermedades largas en las personas mayores enfermas necesita no solo ayuda de un doctor, sino también un lugar que apoye cuidarse a sí mismo y seguir el tratamiento. Grupos en la comunidad que ofrecen ejercicio suave, enseñanza sobre usar bien medicinas y redes para apoyar a otros, han sido muy buenos para mejorar lo que pasa con la salud (García-Peña, 2017). Estos modos de hacer cosas buscan dar confianza al anciano, reconociendo su poder para adherirse mejor a cuidar su enfermedad.

La idea del adulto mayor enfermo también trae un pensamiento ético y social sobre como la sociedad ve y trata a sus ancianos. Estereotipos y prejuicios sobre la edad pueden llevar a discriminación o exclusión lo que empeora las situaciones de vulnerabilidad (Villalobos, 2019). Luchar contra el edadismo y fomentar una visión positiva sobre la vejez es clave para asegurar que este grupo tenga las mismas oportunidades para acceder a una atención buena.

El entender todo acerca del anciano enfermo significa un enfoque intersectorial en donde la salud, ley, educación y comunidad trabajen juntas. Saber sus rasgos y necesidades especiales ayuda a crear planes positivos para evitar problemas, usar bien recursos y asegurarse que las personas mayores vivan con dignidad y bienestar, incluso cuando están enfermas (Luna-López, 2020). La unión de reglas del gobierno, entrenamiento a trabajadores de salud y mejorar las conexiones familiares y comunitarias es muy importante para alcanzar este meta.

2.5 Rol del cuidador primario en el cuidado del adulto mayor

El cuidado principal es un eje importante de la atención diaria para el adulto mayor que tiene alguna enfermedad o problema funcional. Esta persona ayuda con las actividades diarias básicas: el cuidado personal, comer, dar medicamentos, moverse y dar apoyo emocional. No es alguien técnico sino cercano, a menudo un familiar, que toma esta responsabilidad sin entrenamiento formal. Su trabajo requiere muchas habilidades y dedicación constante; es un nexo entre el enfermo, el sistema de salud y la red social (San Miguel, 2018).

El trabajo del cuidador principal va más allá de lo físico. Pide mirar y observar con atención lo habitual y los signos de alarma, hacer citas médicas, llevar papeles y, a veces, llenar vacíos emocionales o de conversación. Esta labor también comprende generar entornos cordiales, seguros y amigables. El cuidador desempeña diversidad de papeles, como administrador, cocinero, psicólogo, apoyo emocional, compañía, escucha etc; empleando siempre nuevas estrategias que funcionen, según los problemas y cambios del mayor (Vargas, 2019).

Al mirar el trabajo del cuidar, es clave entender entre cuidador formal e informal. El cuidador formal está preparado profesionalmente, puede ser contratado, tiene un estructura de trabajo y gana dinero. Por otro lado, el cuidador informal no tiene educación formal, no le pagan y suele ser pariente. Aunque ambos ayudan al viejo, el informal tiene una gran carga silenciosa y no se ve, sin apoyo de trabajo que lo ayude y con alto riesgo de desgaste físico y emocional (Cruz-López, 2020).

En lugares rurales y comunidades pobres, el cuidador no profesional trabaja bajo condiciones difíciles. La falta de servicios en casa, entrenamientos y apoyo del gobierno hace que el cuidador familiar tenga que improvisar cuidados, cambiar espacios en su casa y hacer muchas tareas como, comprar cosas y acompañar. Este tipo de persona presenta alta vulnerabilidad del cuidador, que a veces abandona su propio bienestar para cuidar a una persona mayor que necesita ayuda (Romero, 2021).

El apoyo que recibe el cuidador no pagado es bajo. A menudo, esta tarea es vista como un deber familiar sin valor económico, lo que hace que el cuidador no tenga opciones de descansos laborales o ayudas económicas. Por otro lado, el cuidador que trabaja con una empresa cuenta con ayuda institucional, sigue reglas y puede recibir capacitaciones. Esta diferencia no solo afecta la calidad de los cuidados sino también la salud del propio cuidador (Méndez, 2022).

En sus deberes, el encargado principal informal adquiere habilidades útiles por medio de la prueba y error: cómo limpiar sin dañar, cómo medir azúcar, cómo responder frente a una gran problema. Este saber por vivencia puede ser útil, pero falta prueba, pauta o renovación. El aprendizaje y capacitación constante es muy importante para disminuir peligro y asegurar cuidado bueno, sin dañar la salud del viejo o del encargado (Jiménez-Salcedo, 2019).

Los cuidadores formales, por otro lado, operan en maneras estructuradas donde su tarea está clara geográfica y técnicamente, lo que ayuda a dar una atención especial. Su participación en grupos con diferentes áreas del saber deja que el cuidador primario informal tenga apoyo, enseñanza y un buen manejo por expertos, mejorando el cuidado médico y seguir tratamientos. Este tipo de modelo combinado puede ser un camino duro para fortalecer la asistencia en casa (Olivares, 2020).

El que cuida principalmente es un apoyo secreto en el sistema de atención para ancianos. Es clave cambiar las reglas para saber lo que hace, darle oportunidad de aprender, descansos y ayuda emocional. Hacer puentes entre el cuidado profesional y el informal ayudará a bajar su carga, hacer su trabajo mejor sin dejar el cuidado en casa, y dar una atención más amable y duradera (Pacheco, 2021).

2.6 Carga física y emocional del cuidador primario

El trabajo del cuidador principal trae unas dificultades corporales que se ven en el esfuerzo continuo para ayudar a la persona mayor en cosas comunes como lavarse, comer, moverse o dar medicinas. Este tipo de ayuda por mucho tiempo lleva a movimientos repetidos, levantar pesos y posiciones incómodas que pueden causar dolores en los músculos, lastimaduras en la espalda y fatiga continua, especialmente si no hay buena enseñanza sobre cómo llevar a cabo estos movimientos. La carga pesada aumenta cuando las necesidades del anciano son grandes como en casos de dependencia completa o enfermedades graves. Estas acciones, lejos de ser ocasionales, se hacen parte de una rutina diaria que necesita aguante físico y organización todo el tiempo (García, 2021).

En la parte emocional, la persona que cuida siente un golpe fuerte que causa ansiedad, tristeza o frustración, especialmente al ver cómo va empeorando la salud del viejo. El lazo fuerte que a menudo existe entre ellos hace el dolor más grande, ya que el cansancio viene no únicamente por las tareas reales sino además por la carga afectiva y preocupación constante. Esta gran presión puede crecer si falta ayuda de familia u amigos lo que suma a un sentimiento de soledad o aislamiento. Darse cuenta de este aspecto es clave para entender que cuidar no solo se suma en horas trabajadas si no también con la carga mental que trae (Martínez & López, 2020).

La carga objetiva se refiere a las tareas reales y contables que hace el cuidador, como el tiempo usado en el cuidado, gran diversidad de actividades que requiere, esfuerzo físico. Esta clase de carga puede verificarse por medio de escalas propias que observan cuánto tiempo se ha empleado, qué cosas se han hecho, y cuán necesitado está el individuo. Un aspecto muy claro y recordable, que muestra cuando las exigencias sobrepasan la fuerza física y recursos de toda índole, causan una gran posibilidad de fatiga (Vargas, 2019).

Por otra parte, la carga interna tiene que ver con cómo el cuidador ve su trabajo, lo que siente y cómo comprende las dificultades a las que se enfrenta. Aunque dos personas puedan hacer tareas parecidas, la forma en la que viven esta experiencia puede ser muy diferente, dependiendo de cosas como la resiliencia, ayuda social o sus ideas personales sobre el cuidado. Esta parte no es tan obvia, pero es tan importante para el bienestar del cuidador, porque afecta directamente su deseo y habilidad para mantener el cuidado por mucho tiempo (Jiménez, 2022).

El síndrome de mucha presión al dar cuidados, también conocido como cansancio al dar cuidados, ocurre cuando la acumulación de estrés físico provoca sentirse mal, llegando a niveles que sobrepasan la habilidad de la persona para manejarlo. Se muestra con síntomas como estar muy cansado, enojo, problemas para dormir, perder interés en cosas que le gustan e incluso problemas de salud del cuerpo como alta presión o males de estómago. Este problema no aparece súbitamente sino que es resultado de un desgaste lento que se puede evitar si se notan y tratan los signos tempranos del problema (Hernández, 2021).

En lugares donde no hay mucha ayuda disponible, el estrés y cansancio se vuelven más comunes porque el cuidador afronta su trabajo sin descansos ni relevo. La falta de servicios en las comunidades, de enseñanza en cómo cuidar y de apoyo familiar aumenta el tiempo de que la persona a cargo desarrolle este síndrome. El impacto no solo es para el cuidador sino afecta la clase de atención que presta ya que la fatiga y el estrés disminuyen la paciencia ; la atención y habilidad por responder frente a emergencias (Ruiz & Delgado, 2020).

El aspecto económico también afecta a la carga del cuidador principal. A menudo, tener este papel lleva a dejar la jornada laboral, lo que trae una disminución en los ingresos y una subida de la presión financiera. Esta situación se pone más difícil cuando los costos médicos del adulto mayor son altos, causando una tensión extra

que se une al cansancio físico y la falta de ánimo. El estrés por falta de dinero puede hacer más fuerte la sensación de agotamiento y tristeza, dificultando encontrar alternativas de solución asequibles y sostenibles (Castillo, 2021).

Los cuidadores que pueden crear costumbres de mimarse a sí mismos y tener sitios propios casi siempre sienten un menor peso de la carga. Formas como la ayuda con tareas simples, el uso de dispositivos útiles, el adiestramiento en buena postura y la búsqueda de apoyo emocional son muy importantes para reducir el agotamiento. Unirse a grupos de ayuda o recibir guía experta puede ayudar a crear herramientas mejores para llevar bien la situación favoreciendo que se siga cuidando sin dañar su salud y bienestar (Pérez, 2022).

La reacción de la institución ante la carga extra de un cuidador es muy importante para evitar el cansancio. Programas de descanso, aprendizaje, ayuda psicológica y formas fáciles de llegar a servicios de salud son acciones que pueden hacer una gran diferencia en la vida del cuidador. En lugares con buenos sistemas de ayuda, se nota una baja en los niveles de estrés y cansancio, lo que muestra que las leyes públicas que apoyan a la familia ayudan no solo al anciano sino también a quienes se encargan de él cada día (Morales, 2020).

El reconocimiento social y legal del trabajo del cuidador principal es muy importante para valorar este rol y asegurarnos de que tenga el apoyo que necesita. Añadir su papel a leyes sobre salud, dar beneficios en el trabajo y hacer campañas para hacer entender a la gente, puede ayudar a que se note lo valioso que es su labor. Saber que el cuidado es una tarea compartida entre familia, comunidad y Estado es clave para crear un ambiente que baje la carga física y emocional que este rol trae consigo (López, 2019).

2.7 Carga física y emocional del cuidador primario

El cuidado de un adulto mayor dependiente pide, a quien lo ayuda, muchas actividades que son comunes y a veces más difíciles. La carga física real se vé en cosas como mover al enfermo, ayudarlo a lavar, asistir con la comida, o usar aparatos médicos como tubos y oxígeno. Esas acciones, hechas día tras día, pueden causar dolores en músculos, daños en espalda y articulaciones así como cansancio prolongado. En México gran parte de los que cuidan no saben cómo mover a la persona de forma segura y sin dañar su cuerpo utilizando una buena mecánica corporal, lo que provoca que un anciano inmóvil en cama le aparezcan úlceras por presión, que son heridas en el cuerpo en las salientes óseas. El Instituto Nacional de Geriátría ha dicho que muchos cuidadores son parientes sin adiestramiento previo, quienes asumen el cuidar al no tener otra alternativa y nadie mas que lo quiera hacer lo que hace peor la carga física (Instituto Nacional de Geriátría, 2020).

La sobrecarga personal, por otro lado, está conectada con el sentimiento y la carga emocional del esfuerzo que tiene que hacer. Esta no solo se basa en el tiempo usado o las cosas que haces, sino en como vives la experiencia. Pueden surgir emociones de enojo, pena, nerviosismo o tristeza; sobre todo cuando el cuidar dura años. El lazo sentimental con la persona cuidada afecta como se siente esta carga. Por ejemplo; un cuidador que ayuda a su madre enferma de Alzheimer puede sentir dolor emoción al ver el avance del deterioro en sus habilidades. Estudios de la Secretaría de Salud demuestran que la carga subjetiva es un factor principal para el desarrollo de problemas de salud mental en cuidadores (Secretaría de Salud, 2019).

En el ámbito mexicano, el síndrome de sobrecarga del cuidador o burnout puede tener síntomas como cansancio muy grande, enojarse con facilidad, no quieren hacer cosas que les gustan y, a veces, problemas físicos. El burnout en personas que cuidan a otros no siempre se ve como algo malo para la salud, aunque su efecto es grande tanto en la calidad del cuidado como en la salud del cuidador. Este síndrome pasa por una mezcla de acciones duras, falta de ayuda, poco tiempo para cuidarse

uno mismo y, muchas veces, no hay reconocimiento ni de la sociedad ni de la familia hacia el trabajo hecho (Gómez & Martínez, 2021).

El cansancio del cuerpo que trae el agotamiento normalmente no se ve mucho comparado con el cansancio en la emoción. Los problemas para dormir son comunes, porque muchos cuidadores tienen que levantarse varias veces durante la noche para ayudar al adulto mayor, sobre todo si tiene problemas para controlar su orina, confusión nocturna o dolor. Esta falta crónica de sueño afecta la memoria, atención y habilidad para tomar buenas decisiones. Según un estudio del Instituto Mexicano del Seguro Social, los que cuidan y duermen poco tienen más problemas cardiovasculares y en los huesos (IMSS, 2020).

En lo que se refiere a los sentimientos, el cuidador principal puede sentirse atrapado entre la carga de cuidar a su pariente y el deseo legítimo de tener espacio para sí mismo. La falta de momentos personales puede provocar sensaciones de perder identidad, ya que su vida se organiza casi por completo alrededor de las necesidades del adulto mayor. Esta circunstancia es más común en mujeres, quienes son la mayoría de los cuidadores en México, y que a menudo deben combinar su función de cuidadoras con otras tareas en casa como el aseo, cocinar, lavar (Mendoza, 2019).

Un factor que hace más difícil la carga física y emocional es la falta de grupos de ayuda útiles. En ciudades hay más acceso a servicios temporales de cuidado o a grupos que ayudan, pero en zonas rurales estas opciones son pocas o no existen. Esto obliga al que cuida a hacer casi todo solo, aumentando el peligro de estar solo. La Organización Panamericana de la Salud ha dicho que estar solo no solo sube el estrés, sino que también puede traer depresión y un rápido deterioro de la salud del que cuida (OPS, 2020).

La sobrecarga también tiene un efecto económico que no debe ignorarse. Muchos cuidadores bajan su tiempo en el trabajo o dejan un empleo por cuidar, lo que reduce sus entradas y hace difícil obtener servicios privados de ayuda. Esta presión de dinero puede subir la sensación de carga y causar peleas en familias por cómo repartir las responsabilidades y los gastos. En un estudio hecho en Ciudad de México, se vio que el 42% de los cuidadores sin paga dijo deber dinero para cubrir los costes médicos y de cuidado del anciano (Ríos & Hernández, 2021).

Una pieza clave para evitar y bajar el burnout es la enseñanza. Saber métodos de movimiento, seguir adecuadamente los tratamientos médicos, saber y manejar los primeros auxilios y formas de gestionar el buen comportamiento puede ayudar mucho al cuidador y bajar el riesgo de daños y presión. Sin embargo, en México, la cantidad de clases de calidad con respaldo académico es baja y sobre todo está en lugares privados, lo que hace difícil que personas sin mucho dinero tengan acceso (Pérez, 2021).

La identificación rápida de signos y síntomas de cansancio es muy importante para poner en marcha acciones de ayuda. Los trabajadores de la salud que hablan con los cuidadores pueden jugar un papel muy importante en este hallazgo, ofreciendo consejo y asesoría, dirigiendo a apoyos comunitarios y dando ideas para el autocuidado. Prevenir la fatiga no solo ayuda al cuidador, sino que toca la calidad de vida del anciano, ya que un cuidador sano y con buen estado anímico puede brindar cuidado más eficaz y amable (López, 2020).

Por esto, visibilizar el desgaste físico y emocional del cuidador primario, requiere una intervención integral que mire a la persona, en todas las fases y aspectos de su vida. Ver esta tarea como algo clave para la sostenibilidad del cuidado en el tiempo, es un paso importante para asegurar que los cuidadores tengan la ayuda que necesitan. Hacer normativas legales gubernamentales que den descansos

planeados, enseñanza gratuita y posibilidad de usar servicios de salud, podría ser muy diferente para la vida de quienes, todos los días, mantienen bien la existencia de los ancianos dependientes en México (Reyes & Salgado, 2018).

2.8 Autocuidado del cuidador primario

El cuidado propio del cuidador principal es el grupo de acciones que hace a propósito para mantener su salud física, mental y emocional. Esta idea incluye no solo cosas como descansar, comer y hacer ejercicio sino también disminuir el estrés y crear grupos de ayuda. Según la Secretaría de Salud (2022), el cuidado por sí mismo es una habilidad que hay que aprender junto con las tareas de cuidar porque la salud del quien cuida afecta mucho la calidad del apoyo que se da. En México, este punto es importante porque hay bastantes cuidadores familiares que toman el cargo sin ningún entrenamiento antes, lo que aumenta la probabilidad de cansancio rápido y problemas duraderos.

Entre los aspectos del cuidarse a uno mismo, la física es la que más se nota, ya que incluye cosas como comer bien, ejercitarse con frecuencia, dormir suficiente y chequeos médicos regulares. Sin embargo, según el Instituto Nacional de Geriátrica (2021), quien cuida a alguien mayor y posterga su propia visita médica porque se preocupa más por el abuelo, aumenta el riesgo de enfermedades que duran mucho tiempo. En México, el acceso no universal a servicios de salud y mucho trabajo en casa ayudan a que cuidarse uno mismo se vea como algo menos importante generando un costumbre de pocos cuidados para uno mismo lo cual afecta tanto a la persona que cuida como a la persona que recibe cuidados.

La parte sentimental del cuidar de uno mismo también es muy importante, ya que el estrés constante, miedo y sentimientos negativos como culpa o frustración pueden afectar el bienestar mental de quien cuida. Estudios del Consejo Nacional para

Prevenir la Discriminación (2020) muestran que estar solo y no recibir apoyo aumentan la posibilidad de que se tenga tristeza en cuidadores familiares. En Latinoamérica donde predomina la pobreza y desigualdad los apoyos son escasos, el mejorar la salud mental depende mucho de expresar las emociones con personas de confianza, buscar lugares para divertirse y seguir los gustos y aficiones, participar en grupos que dan apoyo.

El cuidado personal social, visto como la habilidad para tener relaciones sanas y positivas con otros, es otro punto clave. Mantener lazos fuera del grupo de cuidado deja al cuidador guardar su ser más allá de su trabajo y reducir el peligro de estar cansado. Según datos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2022), unirse a actividades en la comunidad o hablar con amigos y familiares reduce la presión y mejora el ánimo. En comunidades rurales, donde lo que se tiene es poco, este tipo de autocuidado se hace más fuerte por la ayuda entre vecinos, siendo mayores los vínculos sociales, la pertenencia e identidad de grupo y el apoyo mutuo.

El autocuidado intelectual también tiene un papel importante ya que significa seguir aprendiendo y mejorar habilidades que hacen más fácil cuidar y sentirse bien. Tomar clases, leer sobre cosas de salud o ir a capacitaciones sobre cuidados de adultos mayores no solo sube la calidad de la atención, sino que hace que el cuidador se sienta más seguro en su trabajo. La Secretaría de Bienestar (2021) ha empezado programas para formar cuidadores demostrando lo importante que es estar al día y aprender herramientas que ayuden a desempeñar un trabajo mejor y menos agotador.

En cuanto a los cuidados para evitar el cansancio del cuerpo, se sugiere repartir las tareas de cuidado entre varios miembros de la familia si es posible, así como tener rutinas que incluyan descansos, ejercicios para estirarse y cambios de postura seguidos. Investigaciones del Instituto Nacional de Salud Pública (2021) afirma que los que cuidan a otros y toman paradas regulares en su día disminuyen mucho tener

dolores musculares y daño por esfuerzo repetitivo. Este método preventivo necesita disciplina y la seguridad de que el bienestar del cuidador es igual de importante que el de la persona atendida.

Para evitar el cansancio mental, es muy importante ver las señales iniciales de agotamiento emocional y poner reglas claras entre el rol de cuidador y su vida privada. Esto significa aprender a delegar trabajos a otros, aceptar ayuda de afuera y darse cuenta de que pedir apoyo no es señal de ser débil, sino una forma de autocuidarse. El Programa Nacional de Salud mental (2020) aconseja métodos relajantes, meditación y ejercicios respiratorios como modos fáciles y eficaces para bajar la presión que se acumula.

El acceso a ayuda especial, como terapias psicológicas o asesoría con personas que especialistas que tienen experiencia es otra forma importante de cuidarse. En México, tener estos medios depende de la ubicación domiciliaria, pero hay partes de las ciudades en que hay centros de salud y grupos civiles que dan apoyos gratuitos o a muy bajo precio. Estos lugares le permiten al cuidador contar sus problemas, obtener guía y hallar maneras para manejar casos difíciles que pasan en la vida diaria del cuidar (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia [DIF], 2022).

Incorporar hábitos de autocuidado , cuando se cuida también necesita un cambio cultural, pues en muchas familias mexicanas el que cuida principalmente toma todo el rol solo, dejando su bienestar. La dificultad radica en entender todos que cuidar es un trabajo de equipo y que la buena salud del cuidador afecta grandemente la vida del viejo. La Comisión Nacional de Derechos Humanos (2021) dice que asegurar cuidarse uno mismo es también un derecho humano, no solo consejo médico.

Favorecer el cuidado propio del cuidador principal, tiene un impacto positivo en

la salud del adulto mayor y en el funcionamiento familiar. Cuando el que cuida, posea el mayor grado de bienestar físicamente y emocionalmente, sea calmado, puede brindar un cuidado más amable, paciente y bueno. Los grupos comunitarios, la enseñanza sobre salud y poner en marcha leyes que ayuden este método son cosas muy importantes para asegurar que cuidarse a uno mismo deje de ser solo una elección personal y se haga algo común y apoyado por todos (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

2.9 Impacto del cuidado prolongado en la calidad de vida del cuidador

El cuidado prolongado de un individuo dependiente, bien sea por una enfermedad duradera, una limitación o el paso de los años, lleva consigo problemas grandes en la salud del cuidador principal. Hacer actividades como mover a la persona a cargo, ayudarlo a lavarse, darle comida o poner medicinas exige un esfuerzo físico continuo que, con el tiempo puede generar, dolores crónicos de espalda, tensiones. Esta carga corporal crece cuando el cuidador no aprende formas seguras de mover al paciente o cuando le faltan herramientas para hacer más fácil lo que hace cada día. Estudios en México han mostrado que el 70% de los cuidadores siente algún tipo de dolor físico frecuente conectado con su trabajo.

La fatiga que provoca cuidar a alguien no solo implica hacer fuerza con los músculos, sino que también afecta al sueño y al reloj interno de la persona encargada. El sueño fragmentado, por tener que cuidar por la noche o manejar problemas médicos repentinos del paciente, crea cansancio duradero dañando el sistema inmune y haciendo más fácil contraer enfermedades. No dormir bien se une con bajo rendimiento mental y más posibilidades de cometer errores al cuidar, lo que aumenta peligros para ambos el cuidador y quien recibe atención. La prueba muestra que en casa la interrupción constante del sueño es uno de los factores clave que dañan la salud física porque limita la capacidad del cuerpo para recuperarse del trabajo cada día (Jiménez-Torres & Salazar; 2020).

En el área emocional el cuidado prolongado puede causar un desgaste grande que afecta la estabilidad afectiva del cuidador. La exposición constante a factores estresantes, dolorosas o sufrientes del paciente puede traer ansiedad, depresión o sentimientos de impotencia. Este impacto se hace más fuerte cuando el cuidador cree que su labor no se valora o pasa inadvertido por otros familiares, lo que genera sentimiento de soledad y frustración. En México, donde la responsabilidad recae mucho en uno solo miembro de la familia, se ha visto que la sobrecarga emocional puede causar síntomas depresivos moderados o graves en más del 40% de los que cuidan (Pérez-López & Mendoza, 2019).

La vida social del cuidador cambia mucho. El tiempo para cuidar al paciente resta tiempo para actividades divertidas, reuniones de familia o charlas con amigos, disminuyendo la posibilidad de mantener conexiones que brinden apoyo emocional. Este aislamiento social puede ser un problema para la salud mental, ya que limita las fuentes de ayuda y las ocasiones para expresar sentimientos y calmar estrés. Varias investigaciones demuestran que la falta de contacto con otros en el tiempo impactan la autoestima y baja la percepción de buen vivir (García-Ruiz & Torres, 2020).

La calidad de vida del cuidador se ve afectada por las demandas físicas y emocionales, pero también por los problemas de dinero que el cuidar por mucho tiempo puede traer consigo. En muchos casos, el que cuida principal disminuye su horario de trabajo o incluso lo deja para cuidar a la persona que necesita toda su atención. Esto baja el ingreso familiar y sube la presión sobre las finanzas. Esta situación se hace más difícil cuando hay gastos médicos extra, cambios en casa o comprar equipo para cuidar a alguien, creando un estrés financiero que golpea directamente la salud y bienestar del cuidador (Sánchez-Hernández & Bravo, 2021).

A nivel psicológico, la percepción de una relación sana y respetuosa se ve

afectada por cosas como la relación previa con la persona cuidada, el tiempo que se dedica al cuidado y lo que uno espera. Cuando el cuidar dura meses o años, y no hay momentos de relax o sustitutos, la sensación de mucho cansancio aumenta, llegando al síndrome del burnout del cuidador. Esta enfermedad trae síntomas como ira, falta de interés, pérdida de ganas y cansancio enorme, lo cual baja la capacidad del que cuida para hacer su tarea bien. En investigaciones hechas en México, se vió que este mal es más común entre los que cuidan sin formación, sobre todo los que no tienen ayuda de profesionales o familia (Domínguez-Ruvalcaba & López, 2020).

La mezcla de cansancio del cuerpo, sentimientos, relaciones sociales y dinero crea un impacto que se suma, bajando la calidad de vida del cuidador principal. Visibilizar esta realidad es importante para hacer programas de ayuda que tengan enseñanza sobre maneras de cuidar, lugares para descansar y grupos de apoyo en la comunidad. Las reglas del gobierno enfocadas en cuidar y mejorar la salud de los cuidadores son una inversión en el bienestar no solo suyo, sino también de la personas que ellos cuida, ya que un cuidador bien y apoyado puede brindar un cuidado más seguro y de mejor calidad. (Hernández & Vázquez, 2019).

2.10 Redes de apoyo social y comunitario para el cuidador

El cuidador principal de un adulto viejo enfrenta muchos retos que pueden disminuirse con redes de apoyo social y grupal. Estas redes son formas que dan recursos, ayuda, y apoyo emocional, haciendo más fácil el trabajo del cuidador y apoyando su bienestar. Los grupos formales incluyen lugares como escuelas, organizaciones del estado y servicios médicos que dan formación, ayuda para cuidar la salud, consejos psicológicos o servicios por un tiempo breve. En México, lo que existe formalmente ha crecido en los últimos años, aunque su alcance es poco todavía, especialmente en zonas rurales. La poca cantidad de estos grupos, afecta directamente a los cuidadores, ya que su función es bajar la carga y evitar cansancio del cuidador (Gutiérrez & Torres, 2021).

Las redes informales incluyen a familiares, amigos, vecinos y grupos comunitarios que dan ayuda cada día. Este tipo de soporte es crucial para aliviar el peso emocional y físico, porque hace más fácil la división de tareas creando lugares para el desahogo. En la cultura mexicana la familia grande juega un papel importante en el cuidado, aunque a menudo recae la carga principal en una sola persona. Estudios han mostrado que cuando las redes no formales son fuertes, los cuidadores dicen tener mejores niveles de salud mental y menos estrés ya que se sienten que no están solos en esa tarea (Ramírez & Cruz, 2019).

La unión entre grupos formales e informales es algo que ayuda al cuidador a sentirse bien. Por ejemplo, si un trabajador de salud guía a la familia sobre cómo cuidar al anciano, y junto con el apoyo de parientes que ayudan en las tareas diarias se puede mejorar mucho la calidad de vida tanto para el adulto mayor como para el cuidador. En México esta unión se ve frenada por barreras culturales, carencia de información y pocos recursos por lo cual es muy necesario mejorar la comunicación y la colaboración entre todos los involucrados (López & Martínez, 2020).

El apoyo de la familia no solo incluye ayuda práctica, sino también reconocimiento y valoración del trabajo que hace el cuidador. El respaldo emocional de los familiares ayuda a reducir la sensación de soledad y mejora la motivación para seguir cuidando. Cuando el cuidador se siente querido y valorado es más probable que mantenga un equilibrio emocional positivo, lo que afecta la calidad de la atención dada. En estudios hechos en comunidades mexicanas se ha visto que sentirse apoyado por la familia actúa como un alivio del estrés y ansiedad (Vargas & Hernández, 2018).

Las redes comunitarias, como grupos de ayuda, asociaciones civiles y programas sociales, suplen el apoyo familiar y formal. Estos lugares ofrecen talleres,

consejo, asesoría, psicológica y actividades que ayudan a socializar y cuidarse a sí mismas entre cuidadores. En ciudades mexicanas el creciente desarrollo de estas redes es mayor; pero en áreas rurales sigue habiendo faltas muy grandes. Participar en grupos comunitarios da un sentido de pertenencia y brinda medios para llevar los problemas que trae el cuidado; reduciendo la sentida soledad y fortaleciendo la resistencia (Flores, 2020).

Una parte esencial para fortalecer las redes es enseñar y hacer comprender a toda la sociedad sobre el papel del cuidador. La conciencia social de lo importante que es compartir roles y dar apoyo puede cambiar la experiencia del cuidador, reduciendo la carga emocional y creando lugares más abiertos. Proyectos en México que tratan de hacer ver el trabajo del cuidador y exigir normativas públicas centradas en el cuidado familiar han llegado a logros, aunque aún hay sendero que caminar para un sistema total de ayuda (Sánchez & Jiménez, 2019).

La buena coordinación entre redes de ayuda, monitoreando que el cuidador esté saludable física y psicológicamente es un objetivo a lograr. Tener muchas fuentes de apoyo ayuda a distribuir la tarea, compartir deberes y dar momentos para descansar. Enfocarse en los cuidados de largo plazo depende mucho de esas redes, por eso ,hacerlo más fuerte debe ser un tema principal en la agenda social y de sanidad en México (Mendoza & Ruiz, 2021).

2.11 Programas y políticas públicas de apoyo al cuidador

El apoyo al cuidador principal que provenga del sistema de salud o servicios sociales, contiene mayor formalidad y calidad. En muchos países, llevaron a cabo programas y normativas que mejoran su bienestar total. Lugares como España y Canadá elaboraron acciones que unen entrenamiento, ayuda emocional, servicios para tomarse un descanso y beneficios económicos. En España, el Programa de Cuidado Integral al Cuidador Familiar ofrece cursos, consejos y atención en casa para

hacer más fácil la tarea pesada del cuidador, con resultados positivos en su calidad de vida (Fernández & López, 2019). Estos tipos de programa promueven una mirada completa, reconociendo que el bienestar del cuidador afecta mucho la buena atención que el adulto mayor recibe.

Canadá es conocido por su método para unir servicios en cada barrio y por el acceso a programas de respiro que dan al cuidador, ya que brindan tiempo para su autocuidado y cosas personales. La aplicación de beneficios de dinero también ha sido un punto clave mediante ayudas que contribuyen a compensar la baja en ingresos causada por cuidar todo el tiempo (Gómez & Ruiz, 2020). La experiencia en todo el mundo muestra que las reglas que funcionan mejor son las que tienen en cuenta las necesidades únicas de los cuidadores y se adaptan a diferentes entornos culturales y sociales.

En México, aunque se han dado pasos importantes para reconocer el trabajo del cuidador informal, la oferta de programas y leyes del gobierno sigue siendo poca y fragmentada, instituciones como el Instituto Nacional de Geriátría y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) han comenzado iniciativas de enseñanza y ayuda, pero estas no llegan a cubrir todas las necesidades. Las diferencias entre las áreas, la falta de coordinación entre instituciones y los pocos recursos, son retos que dificultan una atención completa y uniforme para los cuidadores (Vargas & Martínez, 2021).

Una limitación grande en México es la falta de un conjunto de normas que definan los derechos y deberes de los que cuidan a otros, así como la escasez de medidas para ayudarlos. La ley de salud habla sobre cuidar a los viejos, pero no dice cómo ayudar al que cuida. Este vacío causa desigualdad en el acceso a ayudas y reduce la opción de dar beneficios como permisos de trabajo pagados o accesibilidad más rápida a servicios de salud mental (Sánchez & Ramírez, 2022).

El entorno económico en México hace más difícil crear y aplicar reglas para los que dan cuidado. Muchos trabajan en la informalidad y la pobreza es común, eso hace difícil ofrecer ayuda en dinero o seguros específicos para cuidadores. En esta situación es necesario hacer programas abiertos y fácilmente accesibles, que tomen en cuenta estas cosas y den mejores opciones a quienes hacen esta tarea sin apoyo de instituciones (Hernández & López, 2020).

Varias organizaciones civiles en México han empezado proyectos pequeños que intentan hacer más fuerte la enseñanza, crear grupos que ayude y promocionar el cuidarse entre quienes cuidan. Estos esfuerzos muestran que se puede lograr cosas buenas con poco dinero, sobre todo, cuando se involucra a la comunidad y se alienta la participación activa de los cuidadores en la elección de las estrategias (Flores & Torres, 2021). La posibilidad de incorporar y adaptar estos programas en México y hacer más grande estas iniciativas dependerá de un compromiso mayor del gobierno y una mejor unión en grupos públicos, sociales y privados.

La escasez de información y conciencia sobre lo importante que es la persona que cuida en la sociedad mexicana también detiene el avance de políticas públicas. Muchas veces, el trabajo de quien cuida no se ve o aprecia, lo que lleva a poca inversión para su ayuda. Para visibilizar este problema, hay que hacer campañas de comunicación que impulsen un reconocimiento social hacia quien cuida y motiven la corresponsabilidad para cuidar a los ancianos (Mendoza & Salazar, 2021).

El diseño de reglas para el bien de todos que ayuden a los que cuidan debe pensar no solo en lo físico y emocional, sino también en su bien social y de dinero. La experiencia en otros países y el primer paso en México enseñan que una mirada amplia es importante para ver todas las necesidades de quien cumple esta tarea clave. Así, es muy importante un marco legal fuerte que asegure derechos, programas que sean fáciles de usar, y recursos que sean bastantes para hacer sostenible el cuidado

en la nación (Ramírez & Gómez, 2022).

Capítulo III. Metodología

3.1 Enfoque metodológico

El estudio de hoy se basa en un método con numeros, es rapido y trata sobre entender como los cuidadores principales de personas mayores enfermas, manejan su salud y bienestar integral. Este enfoque nos permite encontrar información en un punto específico, sin cambiar las cosas, con el fin de ver grupos, tendencias y lugares que pueden mejorarse. Lo que eligieron es un tipo de estudio que toma una “foto” clara del mundo de los cuidadores en el tiempo de recopilar datos, evitando la extensión que podrían traer otros métodos durante varios periodos.

La población objetivo era de cuidadores principales nexados al servicio de geriatría en un hospital público de tercer nivel, ya sea en el área hospitalización o la consulta externa. Este grupo fue elegido porque reúne un gran número de casos y problemas de salud que muestran una amplia gama de la realidad al cuidar en el país. Los miembros tienen la característica común de ser los encargados-diarios y directos del cuidado de un anciano enfermo, sin importar sexo, estado civil ni nivel educativo; esto hace rica la heterogeneidad de la muestra.

La muestra fue compuesta por 46 cuidadores principales que se encontraron fácilmente en los libros del servicio, escogidos a través de un método simple por conveniencia. La regla básica para unirse era ser cuidadores principales de personas mayores con problemas que dificultaban su independencia, necesitando cuidados continuos. Esta regla aseguró que las respuestas logradas fuesen útiles y mostraran vivencias reales de cuidado prolongado. El número de personas se relacionó con la disponibilidad de los cuidadores en el periodo de toma de datos lo que dió como resultado la facilidad de usar el instrumento.

El instrumento para recolectar información fue una encuesta ordenada llamada Tiempo para cuidarse (personas que cuidan a un anciano enfermo) creada para mirar

con claridad las partes del cuidado personal así como el bienestar en ese grupo. La encuesta tenía 30 preguntas en tres secciones: una para pedir datos sobre la sociedad; otra para saber cosas sobre el cuidado de la salud física; y la última era sobre el cuidado de la mente y las emociones. La manera como estaba hecha permitió analizar bien y en orden los elementos que afectan al balance entre ser un cuidador y cuidarse a uno mismo.

La parte sociodemográfica reunió datos importantes como edad, educación, género, situación civil, vínculo con el enfermo, tiempo para el cuidado, trabajo actual y aportación económica a los gastos del anciano. Estos datos son necesarios para entender el perfil del cuidador y cómo sus circunstancias personales y del entorno pueden afectar su habilidad de cuidarse. La parte sobre cuidado de la salud física tuvo ítems sobre hacer ejercicio, comer bien, descansar suficiente y atender sus propias enfermedades, mientras que la sección psicosocioemocional trató temas como socializar, recibir apoyo mental, actividades divertidas y conexiones afectivas.

La idea principal que dirigió la investigación plantea que una mala forma de organizar el tiempo para cuidarse uno mismo hace daño a la salud del cuerpo y de la mente, así como al bienestar general del cuidador que ayuda principalmente a un adulto mayor enfermo. Esta creencia se basa en la demostración anterior que enseña que el cansancio por el cuidado, si no resuelve y se alivia con buenas acciones para cuidarse a uno mismo, resulta en un empeoramiento gradual del cuidador, disminuyendo su habilidad para proporcionar un cuidado de alta calidad.

En cuanto a las variables, se nombraron como independientes el tiempo, el cuidado de la salud y el bienestar. Estas variables son los puntos claves sobre los que se observa la situación del cuidador. Por otro lado, se señalaron como variables dependientes aquellas que describen partes específicas del autocuidado, como el descanso, hacer ejercicios; comer bien; relajarse; tener sueño suficiente; hablar

seguido con amigos; estar con la pareja o familia; participar en actividades que sean divertidas, creativas para todos; se destaca por supuesto cuán necesario es cuidar al anciano.

El proceso a seguir fue aplicar la pregunta personalmente en las partes del hospital, en lugares y tiempos acordados previamente con quienes cuidan a los pacientes, para no molestar sus deberes. Antes de hacer la pregunta, se habló a cada persona sobre lo que quiere lograr esta investigación y se aseguró que la información sería privada. Participar fue libre y no tuvo pago, siguiendo los principios éticos de respeto, ayudar a los demás y consentimiento informado.

La recolección de datos se hizo en un tiempo definido dentro del plan de atención del servicio, aprovechando las visitas de los cuidadores al hospital para consultas o estadías hospitalarias. Esta manera ayudó a llegar a los participantes y dejó que contesten la encuesta en un ambiente claro y seguro. Para garantizar la buena comprensión de todas las preguntas, el investigador estuvo ahí durante la aplicación, aclarando dudas sin cambiar las respuestas.

Después de coleccionar las encuestas, se empezó la codificación de las respuestas junto con su grabación en una base de datos, lo que permitió hacer un análisis descriptivo sobre las variables. Este análisis tuvo como meta encontrar tendencias y vínculos entre las características sociodemográficas y hábitos de cuidado personal; también revisó si los hallazgos coincidían con lo que se esperaba. La sistematicidad en la administración de los datos garantiza que los resultados que se encuentren muestren un retrato fiel.

La forma que elegimos para investigar genera una base sólida para estudios futuros que comparen trabajos y para el diseño de programas de ayuda específicos que beneficien a los cuidadores principales. Al escribir con cuidado el método, la idea,

las cosas que cambian, la personas en la muestra y el papel para preguntar, se garantiza que el estudio se puede volver a hacer y que sirve de modelo para otros investigadores o trabajadores de salud interesados en ayudar a quienes hacen este papel importante.

3.2 Encuesta

Para recolectar los datos se creó y usó un instrumento organizado como encuesta, con la meta de sacar datos exactos sobre las características sociales y demográficas, los hábitos de cuidar la salud del cuerpo y las formas de cuidar mente, sociedad y emociones de los principales cuidadores de personas mayores enfermas. El instrumento fue hecho solo para esta búsqueda, pensando en si cada pregunta era importante y útil sobre las cosas planteadas en el estudio. La encuesta se llama Tiempo para cuidarse (cuidadores principales de un adulto mayor enfermo) y tiene 30 preguntas con opciones múltiples diseñadas para que el participante escoja esa opción que mejor muestra su vida. La forma de escribir las preguntas y opciones se revisó bien para asegurarse claridad, evitar confusiones y hacerla fácil de contestar en un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos.

La herramienta se clasifica en tres partes clave, cada una de ellas diseñada para estudiar un ámbito especial del autocuidado del cuidador principal. La primera parte, Datos sociodemográficos, tiene 10 preguntas para encontrar el perfil básico del cuidador, como su edad, grado de educación, sexo, parentesco, relación con el adulto mayor, tiempo en cuidar, lugar de trabajo, cuánto ayuda al gastar dinero e vivir junto y qué porcentaje de tiempo cada día dedica al trabajo de cuidar. Este conjunto da la información importante para comprender bien las acciones y opiniones emitidas por el cuidador.

La Sección 2: Se refiere a la salud del cuidador, tiene ocho preguntas (del número 11 al 18) que buscan saber cómo se cuida el cuidador. Este parte mira cosas como hacer movimiento, cada cuánto hace ejercicio por semana, si come regularmente en horario, si come comida buena para su salud, cuántas horas duerme, cuidado médico para prevenir problemas, si tiene alguna enfermedad y si sigue bien los tratamientos farmacológicos, cuando es necesario. Las preguntas son hechas para ver si hay acciones saludables y también donde se puede mejorar en el cuidado de la salud del cuidador.

Finalmente, la parte 3: Cuidado e-emocional y social reúne 12 preguntas (del número 19 al 30) que buscan ver la faceta sentimental, social y de seguir y practicar las aficiones personales del autocuidado. En esto bloque se pregunta sobre si hay rato para sentir y mostrar lo que uno siente, tener buenas amistades, hacer actividades culturales y divertidas, conseguir ayuda psicológica, participar en acciones de la comunidad, vivir con la familia o pareja, relajarse en casa, cómo se siente el peso de cuidar al enfermo y cómo se cree que el cuidado de uno mismo ayuda a mejorar los cuidados que se dan.

El diseño de la encuesta escucha la necesidad de medir y estudiar, de manera clara y organizada, los distintos elementos que tocan la calidad de vida del cuidador principal y su modo de hacer su trabajo. La claridad de las opciones de respuesta, junto con la división por temas, hace más sencillo el análisis más tarde y la comparación entre partes. También, el uso de preguntas cerradas acelera la aplicación y hace que los datos sean uniformes, dejando hacer un tratamiento estadístico más cuidadoso.

Para la aplicación del instrumento, se hizo una pequeña explicación a los participantes sobre los metas del estudio, la libertad de unirse y la confidencialidad de

lo que dijeron. La encuesta fue respondida de forma personal, en un lugar que ofreció privacidad y minimizó ruidos, asegurando así la calidad y veracidad de las respuestas. El tiempo promedio para llenarla fue de 12 minutos, y no hubo necesidad de ayuda técnica particular para resolverla.

A continuación, se muestra la encuesta aplicada (Cuadro 1):

Cuadro 1.

Encuesta

Encuesta			
Sección 1. Datos sociodemográficos			
1.- ¿Cuál es su edad?			
a) 20 a 30 años	b) 30 a 40 años	c) 40 a 50 años	
d) 50 a 60 años	e) 60 a 70 años		
2.- ¿Cuál es su grado de escolaridad?			
a) Primaria	b) Secundaria	c) Preparatoria	
d) Universidad	e) Posgrado		
3.- ¿Cuál es su sexo?			
a) Mujer	b) Hombre	c) Prefiero no decirlo	
4.- ¿Cuál es su estado civil?			
a) Soltero(a)	b) Casado(a)	c) Viudo(a)	d) Divorciado(a)
5.- ¿Cuál es su parentesco con el adulto mayor que cuida?			
a) Esposo(a)	b) Hijo(a)	c) Nuera	d) Nieto(a)
e) Otro (especifique) _____			
6.- ¿Cuánto tiempo lleva cuidando al adulto mayor?			
a) 0 a 6 meses	b) 6 meses a 1 año	c) 1 a 5 años	d) 5 a 10 años
7.- ¿Actualmente cuenta con un empleo de...?			

a) Tiempo completo b) Medio tiempo c) Eventual d) No trabajo

8.- ¿En qué porcentaje cubre usted los gastos del adulto mayor?

a) 0% b) 20% c) 30% d) 40% e) 50% f) Totalmente

9.- ¿El adulto mayor vive con usted?

a) Sí b) No c) Por periodos

10.- ¿Qué porcentaje de su tiempo diario dedica a los cuidados del adulto mayor enfermo?

a) 10 a 20% b) 20 a 30% c) 30 a 40% d) 50 a 60% e) Más del 60%

Sección 2. Cuidado de la salud

11.- ¿Practica algún tipo de ejercicio físico?

a) Sí (pase a la pregunta 12) b) No

12.- ¿Cuántas veces a la semana realiza ejercicio?

a) 1 a 2 veces b) 2 a 3 veces c) 3 a 4 veces d) 4 a 6 veces

13.- ¿Dedica el tiempo necesario para realizar tres comidas al día?

a) Sí b) No c) A veces

14.- ¿Consume alimentos saludables?

a) Sí b) No c) A veces

15.- ¿Cuántas horas duerme diariamente?

a) 2 a 4 horas b) 4 a 6 horas c) 6 a 8 horas d) 8 a 10 horas

16.- ¿Asigna tiempo necesario para atender su propia salud?

a) Sí b) No c) A veces

17.- ¿Padece alguna enfermedad?

- a) Sí (pase a la pregunta 18) b) No

18.- ¿Toma sus medicamentos en tiempo y forma?

- a) Sí b) No c) A veces

Sección 3. Cuidado psico-socioemocional

19.- ¿Asigna tiempo para hablar de sus emociones y vivencias con alguien?

- a) Sí b) No c) A veces

20.- ¿Se reúne al menos una vez a la semana con sus amigos?

- a) Sí b) No c) A veces

21.- ¿Asigna tiempo para acudir, al menos una vez a la semana, a actividades culturales o recreativas?

- a) Sí (pase a la pregunta 22) b) No c) A veces

22.- ¿A cuáles actividades culturales o recreativas acude?

- a) Cine b) Teatro c) Conciertos musicales d) Exposiciones de arte
e) Cursos o talleres f) Otros (especifique) _____

23.- ¿Considera necesario asignar tiempo para recibir asesoría psicológica?

- a) Sí b) No c) A veces

24.- ¿Participa en actividades sociales dentro de su comunidad?

- a) Sí b) No c) A veces

25.- ¿Dedica tiempo diariamente para convivir con su familia y/o pareja?

- a) Sí b) No c) A veces

26.- ¿Asigna tiempos para descanso diario en casa?

a) Sí (pase a la pregunta 27)	b) No	c) A veces
27.- ¿Cuánto tiempo al día destina para descansar en casa?		
a) 20 a 30 minutos	b) 30 a 60 minutos	c) 1 a 2 horas
d) 3 a 4 horas	e) Más de 4 horas	
28.- ¿Las demandas de atención diarias del adulto mayor suelen ser...?		
a) Pocas	b) Las necesarias	c) Muchas
		d) Excesivas
29.- ¿Conoce la importancia de destinar tiempo diario para su propio cuidado y, en consecuencia, poder cuidar a otra persona?		
a) Sí	b) No	c) Un poco
30.- Indique su nivel de acuerdo con la siguiente afirmación: "Sé que si asigno tiempo diariamente para cuidarme a mí mismo, podré cuidar mejor al adulto mayor a mi cargo".		
1 Totalmente en desacuerdo	2	3
	4	5 Totalmente de acuerdo

Fuente: Elaboración propia.

Capítulo IV. Resultados

4.1 Presentación de resultados de la encuesta

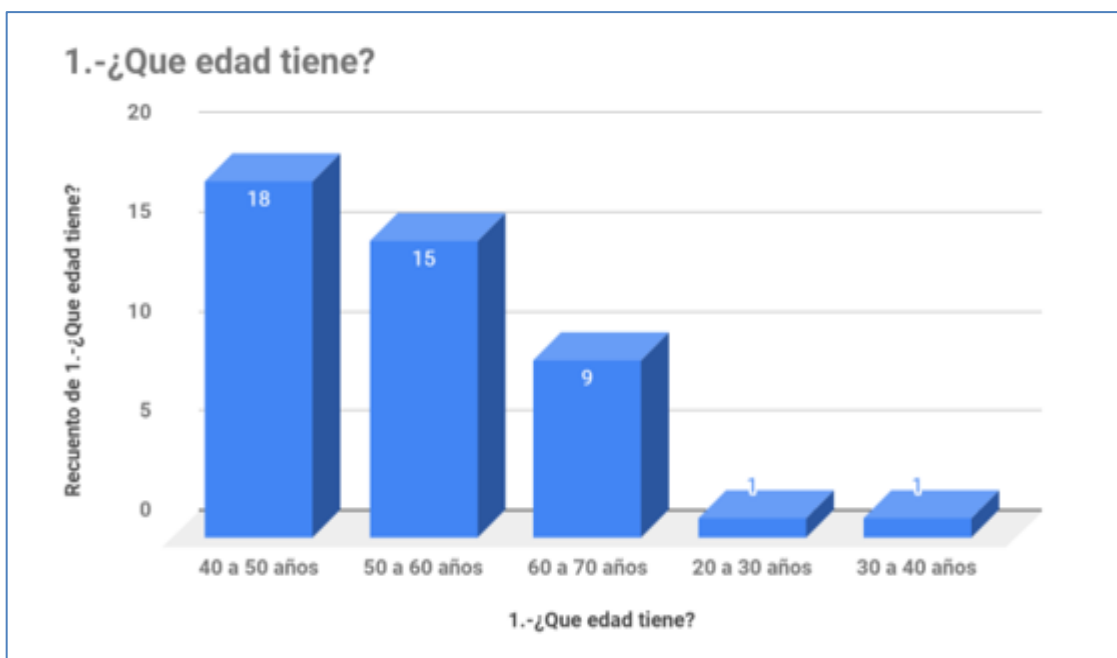
Edad

La gráfica 1 muestra una clara concentración de participantes en los rangos de edad entre 40 y 60 años, con 18 personas entre 40 y 50 años y 15 entre 50 y 60. Esto sugiere que la mayoría de los encuestados se encuentran en una etapa de madurez laboral y personal, posiblemente con responsabilidades familiares consolidadas. En contraste, los grupos más jóvenes (20-30 y 30-40 años) están representados por solo una persona cada uno, lo que podría indicar una baja participación de generaciones más jóvenes en el contexto del estudio. También se observa una presencia moderada de adultos mayores, con 6 personas entre 60 y 70 años, lo que podría reflejar una transición hacia la jubilación o una etapa de mayor dependencia. Esta distribución

etaria puede influir significativamente en las necesidades, intereses y prioridades del grupo, especialmente en temas relacionados con salud, empleo y cuidado emocional.

Gráfico 1.

Edad



Fuente: Elaboración propia.

Escolaridad

La mayoría de los participantes cuenta con estudios universitarios (18 personas), seguidos por aquellos con nivel de preparatoria (15), lo que indica un perfil educativo medio-alto. Este dato es relevante porque sugiere que el grupo tiene acceso a información y recursos que podrían facilitar la toma de decisiones informadas en temas de salud, bienestar y relaciones familiares. Sin embargo, también se observa una presencia significativa de personas con secundaria (6) y primaria (4), lo que podría representar desafíos en términos de acceso a ciertos servicios o comprensión de información técnica. El grupo con posgrado es reducido (2 personas), lo que podría

limitar la presencia de perfiles altamente especializados. Esta diversidad educativa puede influir en la forma en que se perciben y abordan las problemáticas sociales, así como en la capacidad de gestión de recursos personales y familiares (Gráfica 2).

Gráfica 2.

Grado de escolaridad



Fuente: Elaboración propia.

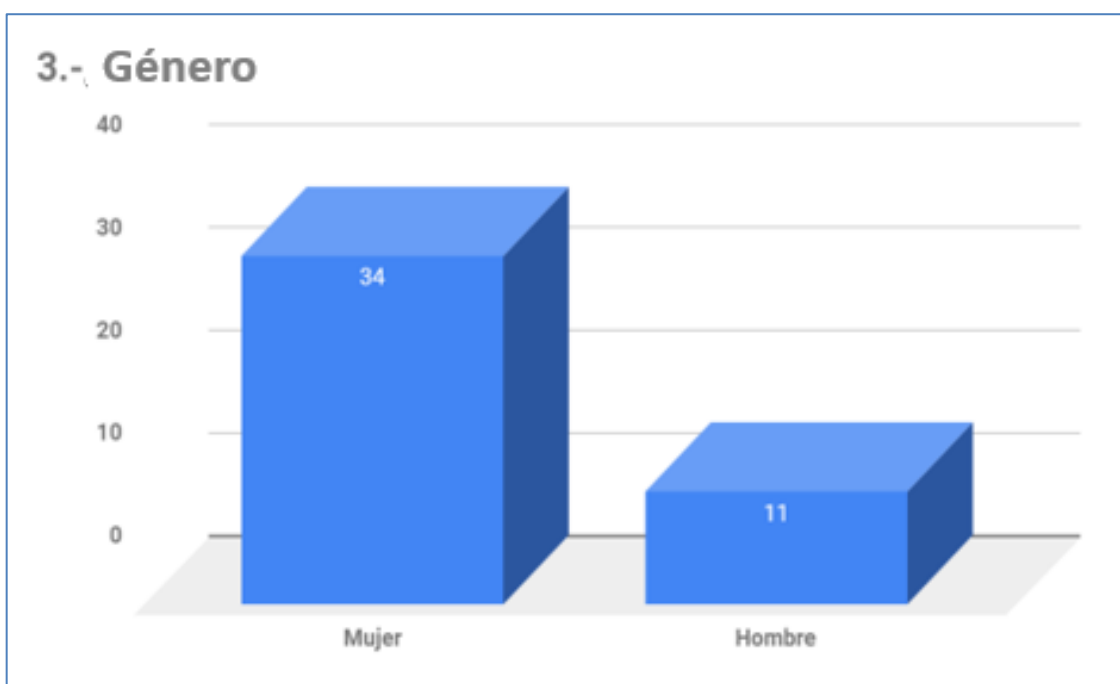
Género de los participantes

Este gráfico revela una marcada predominancia femenina entre los participantes, con 34 mujeres frente a 11 hombres. Esta diferencia puede tener implicaciones importantes en la interpretación de los datos, especialmente si el estudio aborda temas relacionados con el cuidado, la salud o el entorno familiar, donde tradicionalmente las mujeres han tenido roles más activos. La alta participación

femenina también podría reflejar una mayor disposición a involucrarse en procesos de evaluación o intervención social. Por otro lado, la baja representación masculina podría limitar la diversidad de perspectivas, especialmente en temas donde el género influye en la experiencia vivida. Es importante considerar este sesgo de género al analizar los resultados, ya que puede afectar la generalización de los hallazgos y la formulación de políticas o programas derivados del estudio (Gráfica 3).

Gráfica 3.

Género de los participantes.



Fuente: Elaboración propia.

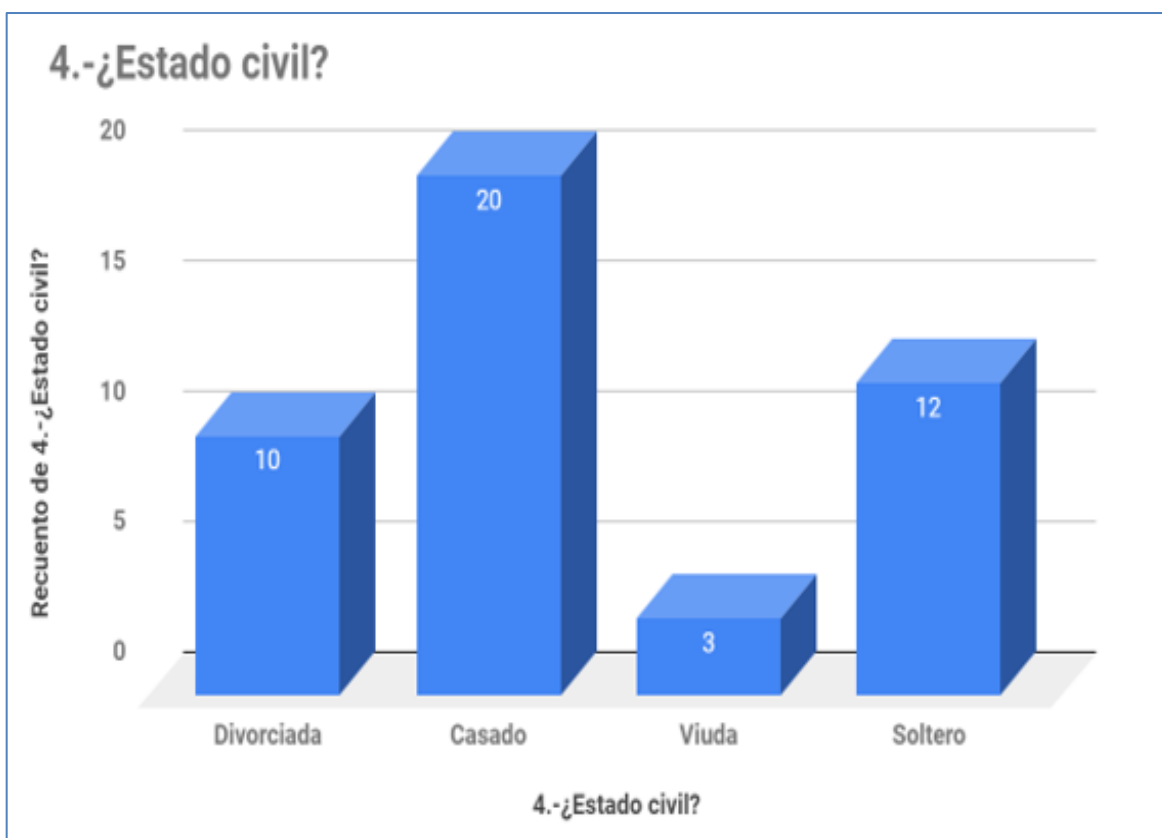
Estado civil

La mayoría de los participantes están casados (20), seguidos por solteros (12), divorciados (10) y viudos (3). Esta distribución sugiere que una parte significativa del grupo vive en contextos familiares estables, lo cual puede influir en su red de apoyo emocional y social. Los solteros y divorciados representan una proporción relevante,

lo que podría indicar dinámicas familiares más diversas o incluso situaciones de mayor vulnerabilidad emocional. Los viudos, aunque pocos, podrían enfrentar desafíos particulares relacionados con la soledad o el duelo. El estado civil es un factor clave para entender las necesidades afectivas, económicas y sociales de los participantes, así como su disposición para participar en actividades comunitarias o recibir apoyo institucional (Gráfico 4).

Gráfica 4.

Estado civil.



Fuente: Elaboración propia.

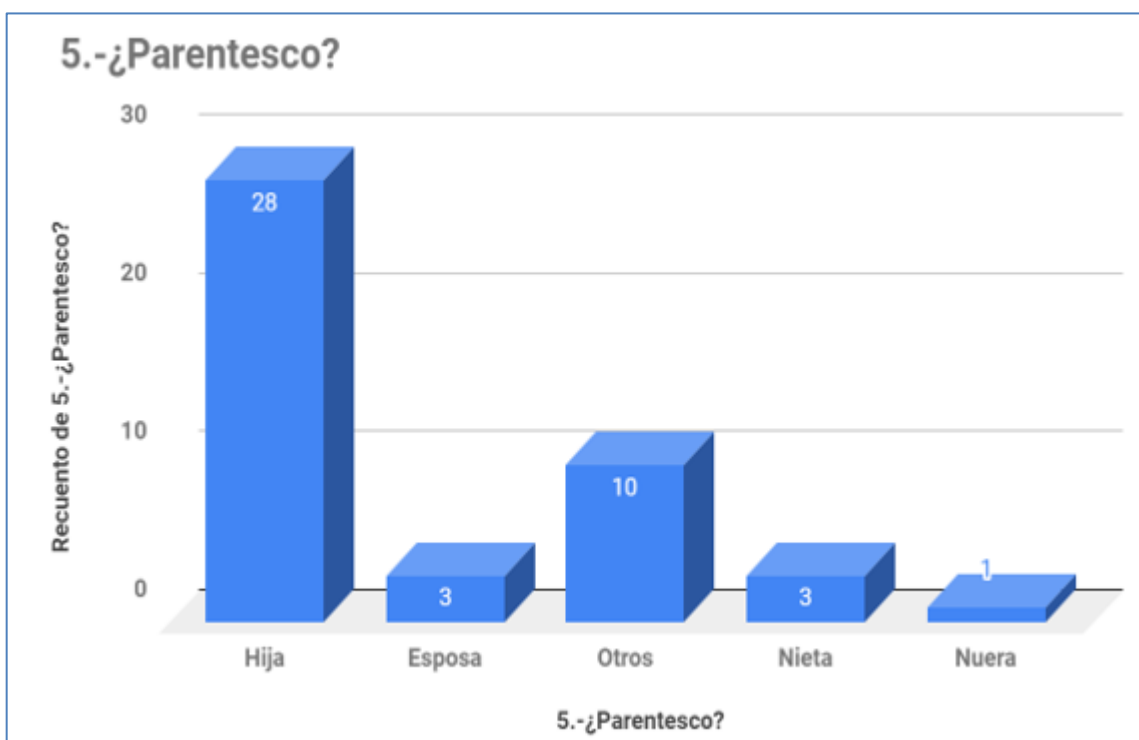
Relación con la persona cuidada

En este gráfico se observa que la mayoría de los cuidadores son hijas (28), lo que refuerza el patrón cultural en el que las mujeres, especialmente las hijas, asumen

el rol de cuidadoras principales dentro de la familia. Este dato es significativo porque puede estar vinculado a una carga emocional y física considerable, especialmente si se combina con otras responsabilidades como el trabajo o el cuidado de hijos. También se identifican otras figuras como “otros” (10), esposas (3), nietas (3) y una nuera, lo que muestra cierta diversidad en los vínculos familiares. Esta variedad puede influir en la forma en que se percibe y se ejerce el cuidado, así como en el nivel de compromiso y afecto involucrado. Comprender estas relaciones es esencial para diseñar estrategias de apoyo que consideren las dinámicas familiares reales (Gráfica 5).

Gráfica 5

Relación con la persona cuidada.



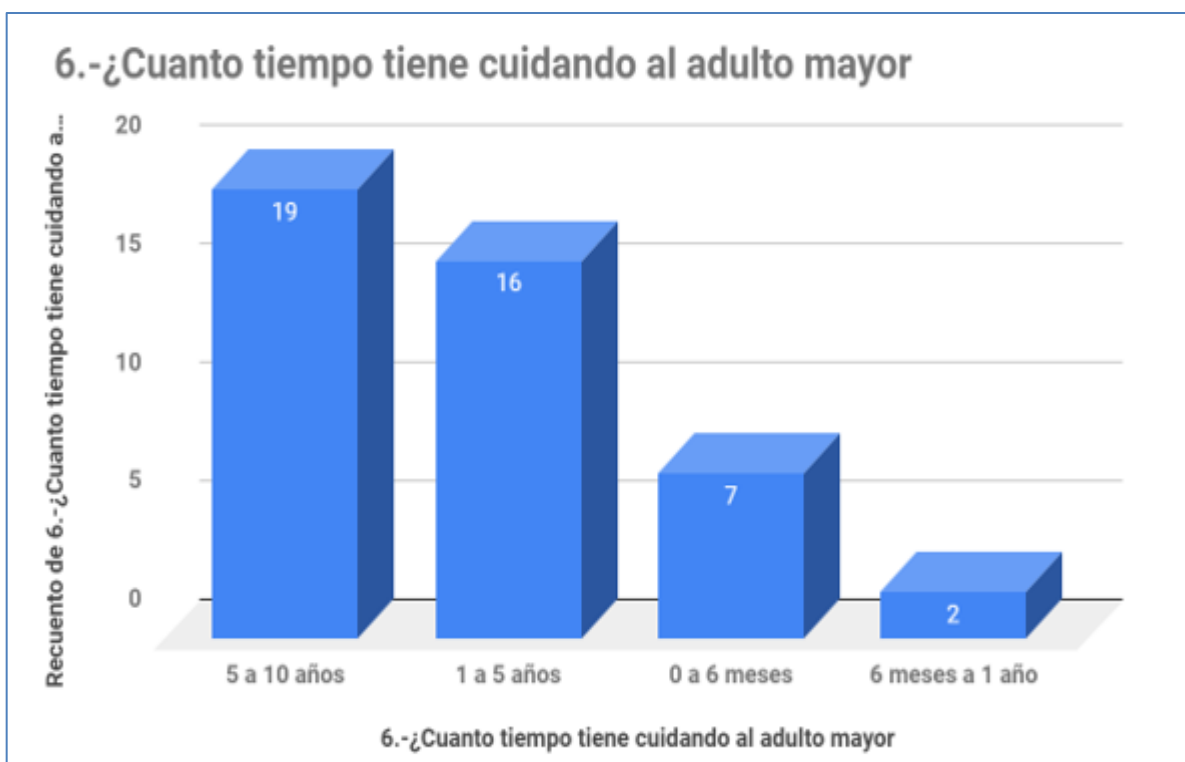
Fuente: Elaboración propia.

Tiempo de cuidado

Este gráfico muestra que 19 personas han estado en labores de cuidado entre 5 y 10 años, mientras que 16 lo han hecho entre 1 y 5 años. Esto indica que una gran parte de los cuidadores tiene una experiencia prolongada, lo que puede implicar una carga acumulada tanto física como emocional. También hay 7 personas que han comenzado recientemente (0 a 6 meses), y 2 que llevan entre 6 meses y 1 año, lo que sugiere que el fenómeno del cuidado sigue activo y en expansión. Esta diversidad temporal es clave para entender las distintas etapas del proceso de cuidado, desde la adaptación inicial hasta el desgaste por años de dedicación. Puede influir en el tipo de apoyo que requieren, ya que quienes llevan más tiempo podrían necesitar estrategias de alivio o acompañamiento emocional, mientras que los nuevos cuidadores podrían beneficiarse de orientación y capacitación (Gráfica 6).

Gráfica 6.

Tiempo de cuidado.



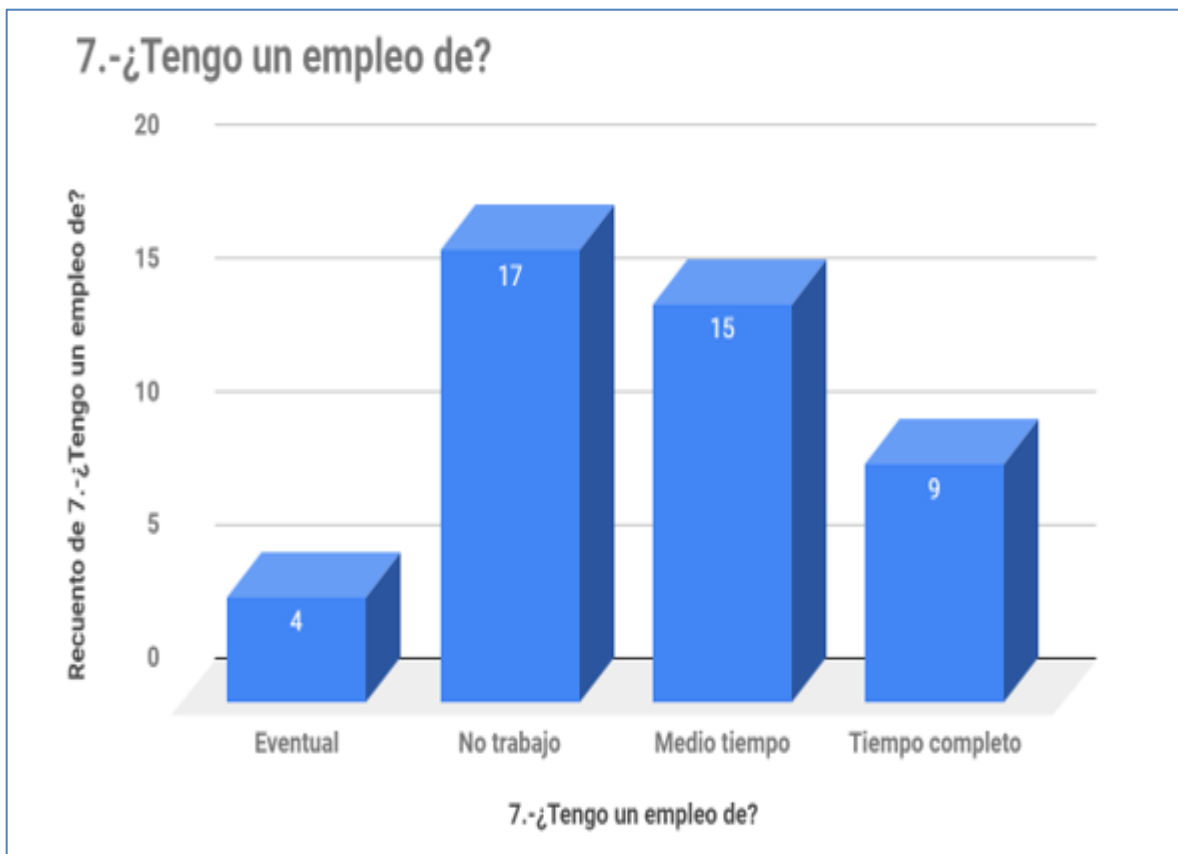
Fuente: Elaboración propia.

Situación laboral

La mayoría de los participantes no trabaja (17), lo que podría estar relacionado con el rol de cuidado que desempeñan, ya que esta actividad suele demandar tiempo completo y limitar la posibilidad de empleo formal. Otros 15 trabajan medio tiempo, lo que podría representar un intento de equilibrar responsabilidades laborales y familiares. Nueve personas tienen empleo de tiempo completo, lo que sugiere una carga doble que puede generar altos niveles de estrés. Cuatro personas trabajan eventualmente, lo que podría reflejar inestabilidad laboral o flexibilidad para atender el cuidado. Esta información es crucial para comprender el impacto económico del cuidado en la vida de los participantes, así como para diseñar políticas que reconozcan y apoyen esta labor no remunerada (Gráfica 7).

Gráfica 7.

Situación laboral.



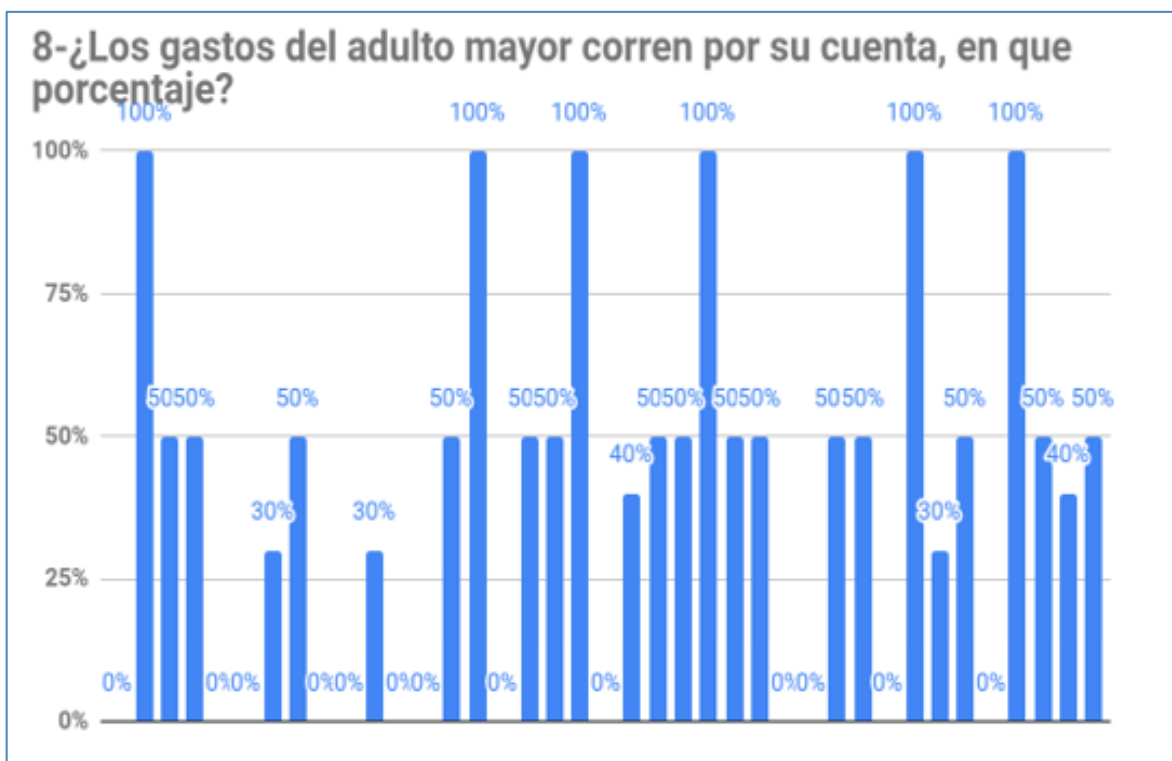
Fuente: Elaboración propia.

Aportación económica

Este gráfico revela una amplia variedad en el nivel de aportación económica de los cuidadores. Trece personas no aportan económicamente, lo que podría estar vinculado a su situación laboral o a una dependencia de otros miembros de la familia. Quince aportan el 50%, lo que indica un compromiso significativo con el sostenimiento del hogar. Seis personas aportan el 100%, lo que sugiere que, además de cuidar, son el principal sustento económico. Las aportaciones del 30% (3 personas) y 40% (2 personas) muestran una participación parcial. Esta diversidad refleja las distintas realidades económicas de los cuidadores y la necesidad de considerar el impacto financiero del cuidado en el diseño de apoyos institucionales, especialmente en contextos donde el cuidado no es remunerado ni visibilizado (Gráfica 8).

Gráfica 8.

Aportación económica.



Fuente: Elaboración propia.

Convivencia con la persona cuidada

La mayoría de los cuidadores (33) viven con la persona que cuidan, lo que implica una relación de cercanía constante y una carga emocional y física más intensa. Siete personas no viven con ellas, lo que podría representar un tipo de cuidado más ocasional o logísticamente complejo. Cuatro personas conviven solo por periodos, lo que sugiere dinámicas flexibles o compartidas. Esta información es fundamental para entender el tipo de vínculo y el nivel de compromiso que implica el cuidado, así como para identificar necesidades específicas en términos de espacio, tiempo y recursos. La convivencia directa suele estar asociada con mayores niveles de estrés, pero también

con una mayor percepción de responsabilidad y afecto (Gráfica 9).

Gráfica 9.

Convivencia con la persona cuidada.



Fuente: Elaboración propia.

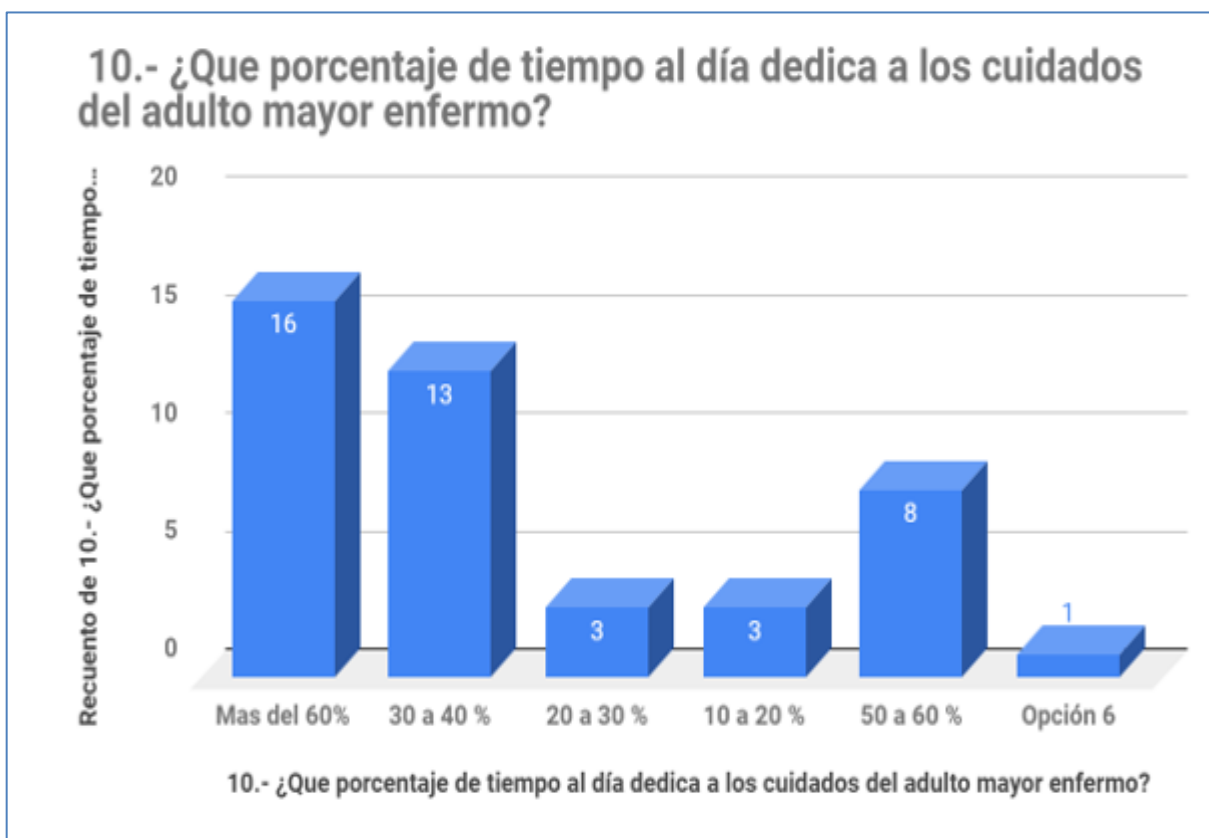
Porcentaje de tiempo dedicado al cuidado

Este gráfico muestra que 16 personas dedican más del 60% de su tiempo al cuidado, lo que indica una implicación profunda que puede afectar otras áreas de su vida, como el trabajo, el descanso y la vida social. Trece personas dedican entre el 30% y el 40%, y ocho entre el 50% y el 60%, lo que sugiere un compromiso significativo pero con cierto margen para otras actividades. Tres personas dedican entre el 20% y el 30%, y otras tres entre el 10% y el 20%, lo que podría reflejar un rol de apoyo más

que de cuidado principal. Esta variabilidad es clave para entender la intensidad del cuidado y sus efectos en la salud física y mental de los cuidadores, así como para diseñar intervenciones diferenciadas según el nivel de dedicación (Gráfica 10).

Gráfica 10.

Porcentaje de tiempo dedicado al cuidado.



Fuente: Elaboración propia.

Práctica de ejercicio físico

Este gráfico muestra una distribución casi equitativa entre quienes practican ejercicio (22 personas) y quienes no lo hacen (23). Esta división refleja una realidad común en muchos contextos: aunque existe conciencia sobre la importancia del ejercicio, diversos factores como el tiempo, la motivación, la salud o las

responsabilidades familiares pueden limitar su práctica. La falta de actividad física puede tener implicaciones importantes en la salud general, especialmente en cuidadores que enfrentan altos niveles de estrés. Por otro lado, quienes sí practican ejercicio podrían estar encontrando en esta actividad una vía para liberar tensiones, mejorar su estado físico y mantener un equilibrio emocional. Este dato sugiere la necesidad de promover estrategias accesibles y adaptadas para fomentar el ejercicio regular entre los cuidadores (Gráfica 11).

Gráfica 11.

Práctica de ejercicio físico.



Fuente: Elaboración propia.

Frecuencia del ejercicio

Entre quienes practican ejercicio, la mayoría lo hace entre 1 y 2 veces por semana (9 personas), seguido por quienes lo hacen entre 4 y 6 veces (8 personas).

Esto indica que, aunque hay intención de mantenerse activos, la frecuencia no siempre es óptima para obtener beneficios significativos en salud física y mental. También se observa que 2 personas lo practican entre 3 y 4 veces, y otras 2 entre 2 y 3 veces por semana, lo que muestra una variabilidad en los hábitos. Esta información es útil para identificar oportunidades de intervención, como programas que promuevan rutinas sencillas y sostenibles. La frecuencia del ejercicio está directamente relacionada con el bienestar, por lo que fomentar una práctica más constante podría mejorar la calidad de vida de los cuidadores (Gráfica 12).

Gráfica 12.

Frecuencia de ejercicio.



Fuente: Elaboración propia.

Tiempo destinado para hacer las tres comidas al día

La gráfica refleja que una amplia mayoría de los participantes (30 personas) sí destinan el tiempo necesario para realizar las tres comidas al día, lo cual es un indicador positivo de hábitos alimenticios estructurados. Sin embargo, también se observa que 9 personas lo hacen solo a veces y 6 no lo hacen, lo que sugiere que una parte del grupo enfrenta dificultades para mantener una rutina alimentaria adecuada, posiblemente por falta de tiempo, carga laboral o responsabilidades de cuidado. Esta variabilidad en los hábitos alimenticios puede tener implicaciones importantes en la salud física y emocional de los participantes, especialmente en contextos donde el autocuidado suele quedar relegado. El resultado destaca la importancia de promover estrategias que faciliten una alimentación regular y consciente como parte fundamental del bienestar integral (Gráfica 13).

Gráfica 13.

Tiempo destinado para hacer las tres comidas.



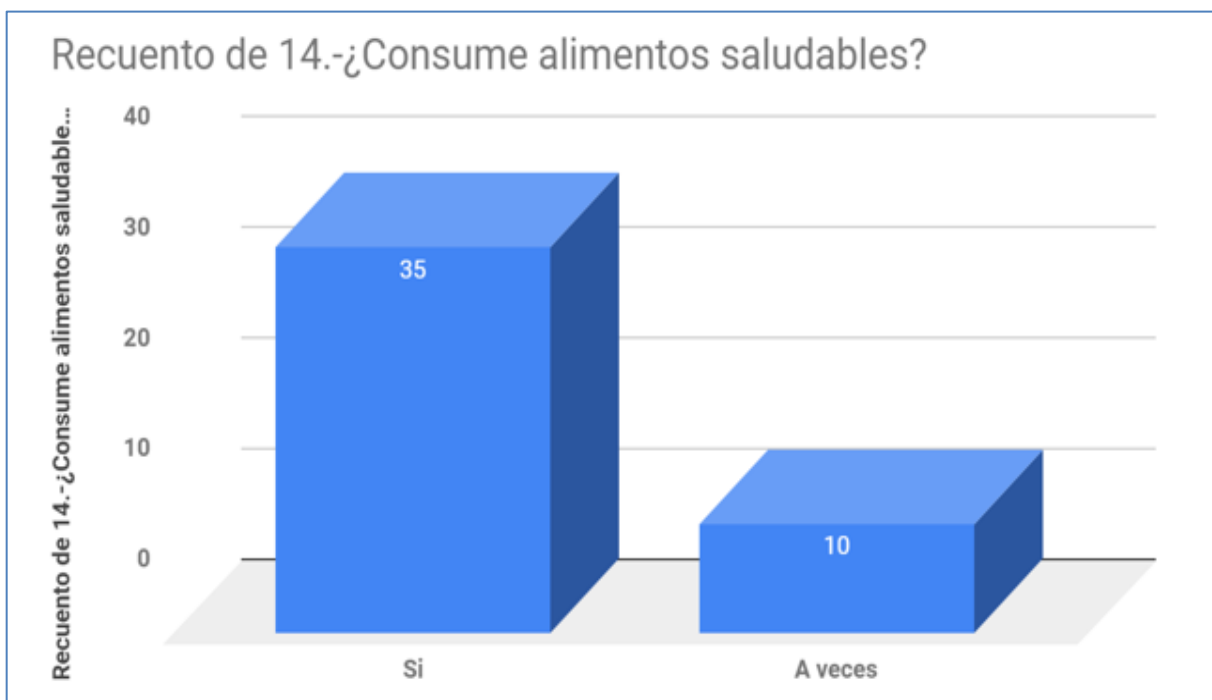
Fuente: Elaboración propia.

Consumo de alimentos saludables

La gráfica muestra que una mayoría significativa de los participantes (35 personas) afirma consumir alimentos saludables de manera regular, mientras que 10 lo hacen solo ocasionalmente. Este resultado sugiere una tendencia positiva hacia la adopción de hábitos alimenticios que favorecen la salud física y emocional, lo cual es especialmente relevante en contextos donde el cuidado de otros puede generar desgaste. Sin embargo, el grupo que lo hace “a veces” podría estar enfrentando barreras como falta de tiempo, recursos económicos o desconocimiento sobre nutrición adecuada. Esta diferencia en los hábitos alimenticios refleja la necesidad de fortalecer estrategias educativas y de acompañamiento que promuevan una alimentación consciente y accesible para todos los cuidadores, reconociendo que su bienestar también depende de prácticas cotidianas como la calidad de los alimentos que consumen.

Gráfica 14.

Consumo de alimentos saludables.



Fuente: Elaboración propia.

Horas de sueño

La gráfica revela que la mayoría de los participantes (24 personas) duerme entre 6 y 8 horas diarias, lo cual se considera un rango saludable y adecuado para mantener un buen funcionamiento físico y mental. Sin embargo, un número importante (14 personas) duerme entre 4 y 6 horas, lo que podría indicar una reducción en la calidad del descanso, posiblemente asociada a responsabilidades de cuidado, estrés o falta de tiempo. En los extremos, se observa que 5 personas duermen entre 8 y 10 horas, lo que podría reflejar una necesidad mayor de recuperación física o emocional, mientras que 2 personas duermen apenas entre 2 y 4 horas, lo cual representa un nivel crítico de privación del sueño. Esta distribución evidencia que, aunque una parte significativa logra mantener hábitos de sueño adecuados, existe un grupo considerable que podría estar en riesgo de fatiga crónica, afectando su salud y su capacidad para desempeñar funciones cotidianas, especialmente en contextos de alta demanda como el cuidado de otros (Gráfica 15).

Gráfica 15.

Horas que se duerme de forma diaria.



Fuente: Elaboración propia.

Tiempo para atender la salud

La gráfica evidencia que una mayoría de los participantes (22 personas) sí asigna tiempo necesario para atender su salud, lo cual es un indicador positivo de conciencia y responsabilidad personal frente al bienestar físico. Sin embargo, también se observa que 16 personas lo hacen solo a veces, lo que sugiere que, aunque existe intención, factores como la carga de trabajo, el cuidado de otros o la falta de recursos pueden interferir en la regularidad de esta práctica. Por otro lado, 6 personas no asignan tiempo en absoluto, lo que representa un grupo vulnerable que podría estar en riesgo de descuidar aspectos fundamentales de su salud. Esta distribución revela que, si bien hay avances en la cultura del autocuidado, aún es necesario fortalecer estrategias que faciliten y promuevan el acceso a servicios de salud, así como la integración de hábitos saludables en la rutina diaria de los cuidadores (Gráfica 16).

Gráfica 16.

Tiempo destinado al autocuidado.



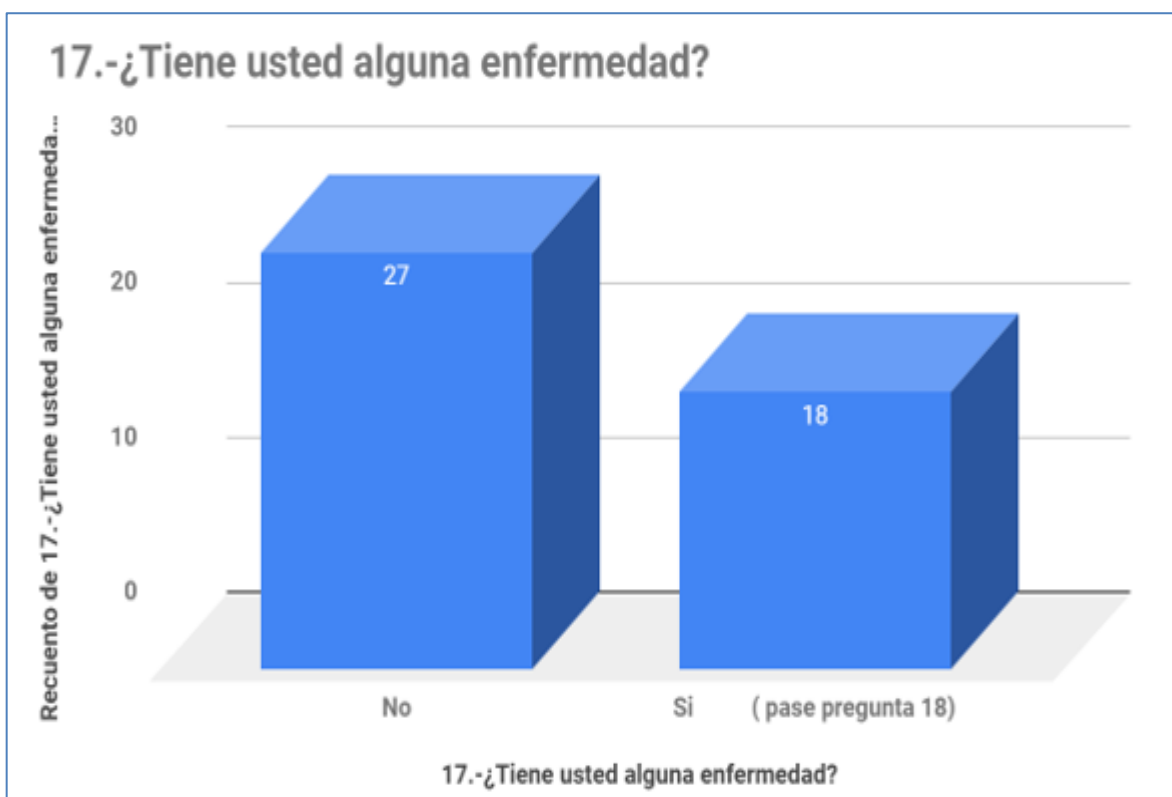
Fuente: Elaboración propia.

Presencia de enfermedades

Aquí se observa que 27 personas no tienen enfermedades, mientras que 18 sí presentan alguna condición médica. Este dato es relevante porque muestra que, aunque la mayoría se encuentra en buen estado de salud, una proporción significativa enfrenta desafíos físicos que podrían afectar su capacidad para cuidar a otros. Las enfermedades pueden generar limitaciones funcionales, aumentar el estrés y requerir atención médica constante, lo que complica aún más la dinámica del cuidado. Este gráfico también puede reflejar la necesidad de monitoreo médico regular y de apoyo institucional para quienes cuidan y, al mismo tiempo, deben atender su propia salud. Reconocer esta dualidad es clave para diseñar políticas que contemplen al cuidador como sujeto de atención, no solo como proveedor de cuidado (Gráfica 17).

Gráfica 17.

Presencia de enfermedades.



Fuente: Elaboración propia.

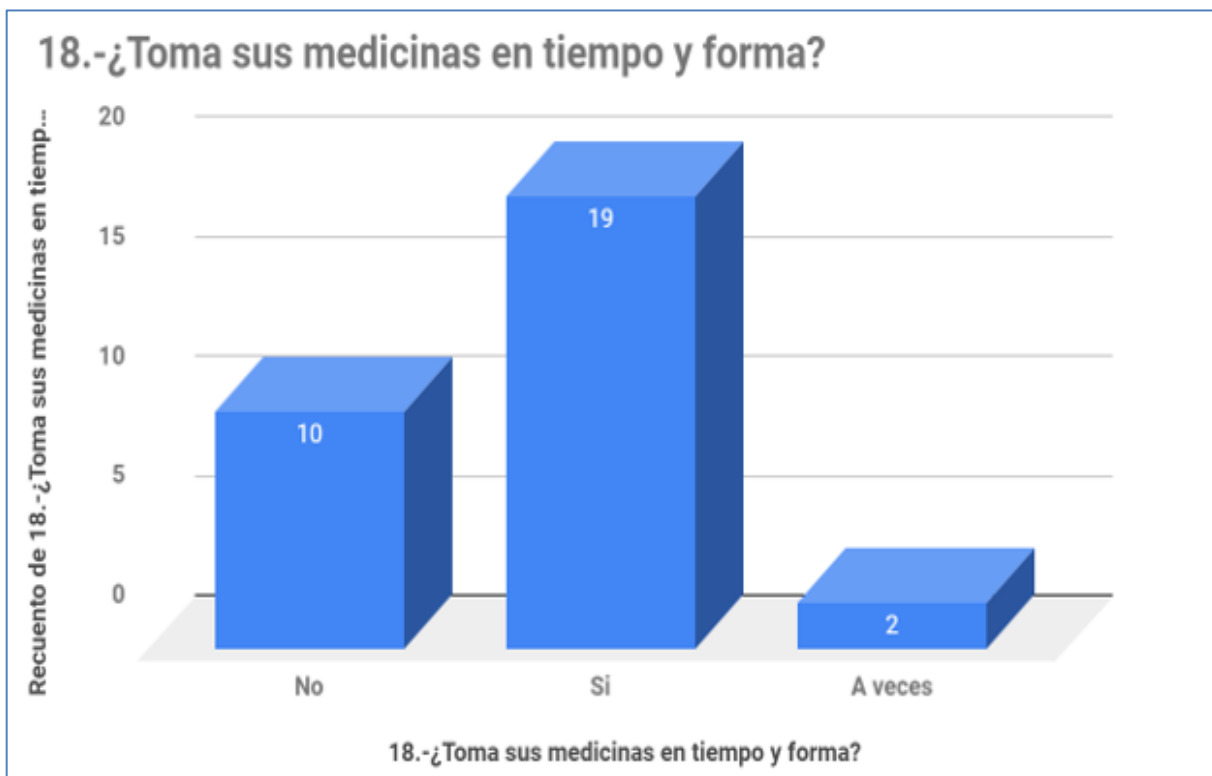
Consumo de medicamentos

En este gráfico, 19 personas sí consumen medicamentos, 10 no lo hacen y 2 lo hacen ocasionalmente. El consumo de medicamentos puede estar relacionado con enfermedades crónicas, condiciones emocionales o necesidades específicas derivadas del estrés del cuidado. Este dato refuerza la importancia de considerar la salud integral del cuidador, ya que el uso de fármacos puede ser un indicador de desgaste físico o emocional. Aquellos que no consumen medicamentos podrían estar en buen estado de salud o, en algunos casos, podrían no tener acceso adecuado a servicios médicos. Este gráfico invita a reflexionar sobre la necesidad de garantizar el acceso a tratamientos adecuados y de fomentar el uso responsable de medicamentos,

especialmente en contextos donde el autocuidado puede quedar relegado por las demandas del cuidado a otros (Gráfica 18).

Gráfica 18.

Consumo de medicamentos.



Fuente: Elaboración propia.

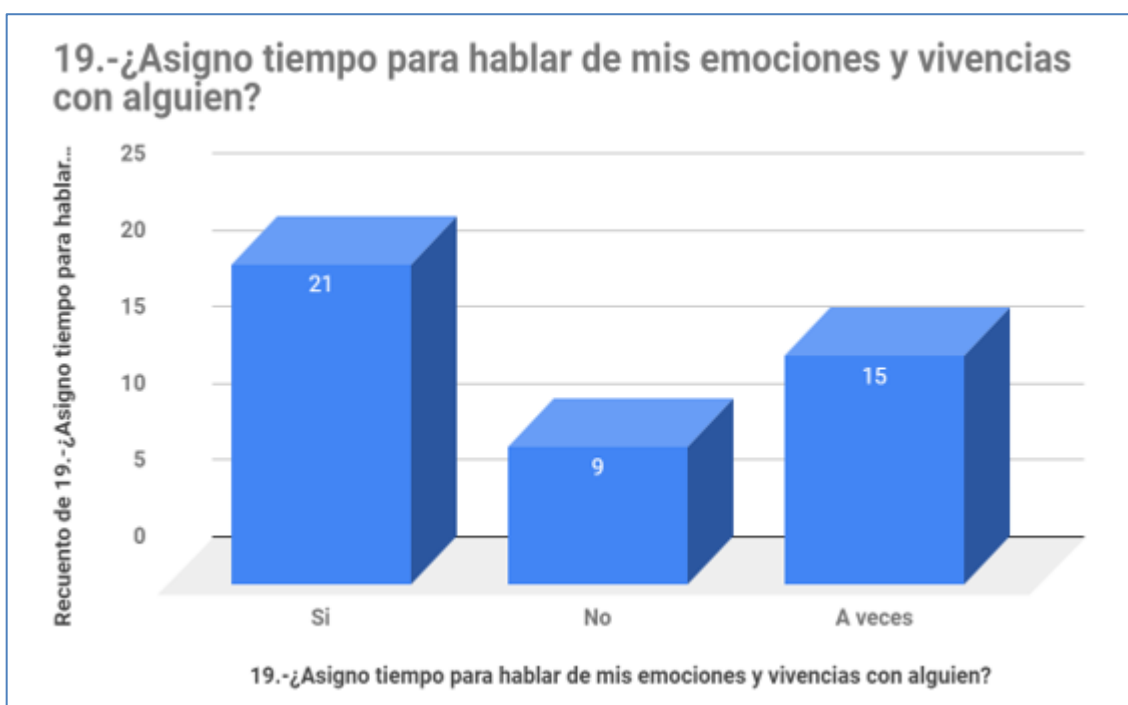
Tiempo para hablar de emociones y vivencias con alguien

La gráfica revela que 21 personas sí asignan tiempo para hablar de sus emociones y vivencias con alguien, lo cual es un indicador positivo de apertura emocional y búsqueda de apoyo interpersonal. Sin embargo, 15 personas lo hacen solo a veces y 9 no lo hacen en absoluto, lo que evidencia que una parte significativa de los participantes aún enfrenta barreras para expresar sus sentimientos de manera regular. Esta falta de comunicación emocional puede estar relacionada con factores como el entorno familiar, la carga de responsabilidades, la falta de redes de apoyo o incluso

creencias culturales que desincentivan la vulnerabilidad. La expresión emocional es fundamental para el bienestar psicoafectivo, especialmente en personas que ejercen roles de cuidado, ya que permite liberar tensiones, validar experiencias y fortalecer vínculos. Este gráfico sugiere la necesidad de fomentar espacios seguros y accesibles donde los cuidadores puedan compartir sus vivencias sin juicio, como parte de una estrategia integral de salud emocional (Gráfica 19).

Gráfica 19.

Tiempo para hablar de emociones y vivencias con alguien



Fuente: Elaboración propia.

Frecuencia de encuentro con los amigos

La gráfica muestra una distribución casi equilibrada en las respuestas a la pregunta sobre la frecuencia de encuentro con amigos, lo que refleja distintas realidades en cuanto a la vida social de los participantes. Diecinueve personas afirman que sí se ven con sus amigos al menos una vez por semana, lo cual es un indicador positivo de conexión social y mantenimiento de vínculos afectivos, fundamentales para

el bienestar emocional. Sin embargo, 18 personas indican que no lo hacen, lo que podría evidenciar aislamiento, falta de tiempo o prioridades centradas en otras responsabilidades, como el cuidado familiar. Ocho personas lo hacen ocasionalmente, lo que sugiere que, aunque existe el deseo de mantener relaciones sociales, no siempre es posible sostenerlas con regularidad. Esta gráfica pone en evidencia la importancia de fomentar espacios y condiciones que faciliten la interacción social, especialmente en contextos donde el cuidado y las obligaciones personales tienden a limitar el tiempo disponible para el esparcimiento y la convivencia (Gráfica 20).

Gráfica 20.

Frecuencia de encuentro con los amigos.



Fuente: Elaboración propia.

Tiempo destinado para acudir a actividades culturales o recreativas

La gráfica muestra que 20 personas no asignan tiempo para acudir semanalmente a actividades culturales o recreativas, mientras que 18 sí lo hacen y 7 lo hacen ocasionalmente. Esta distribución revela que, aunque existe un grupo

considerable que reconoce y practica el esparcimiento cultural como parte de su rutina, la mayoría aún no logra integrar estas actividades en su vida cotidiana. Las actividades culturales y recreativas, como asistir a conciertos, exposiciones, talleres o simplemente compartir espacios de ocio, son fundamentales para el bienestar emocional, la estimulación cognitiva y la construcción de redes sociales. La falta de participación puede estar relacionada con limitaciones de tiempo, recursos económicos, falta de acceso o incluso desconocimiento de su valor terapéutico. Este gráfico subraya la importancia de generar condiciones que faciliten el acceso a estos espacios, especialmente para quienes desempeñan roles de cuidado, ya que el contacto con la cultura y el arte puede ser una vía efectiva para reducir el estrés, fortalecer la identidad personal y mejorar la calidad de vida (Gráfica 21).

Gráfica 21

Tiempo destinado a acudir a actividades culturales o recreativas.



Fuente: Elaboración propia.

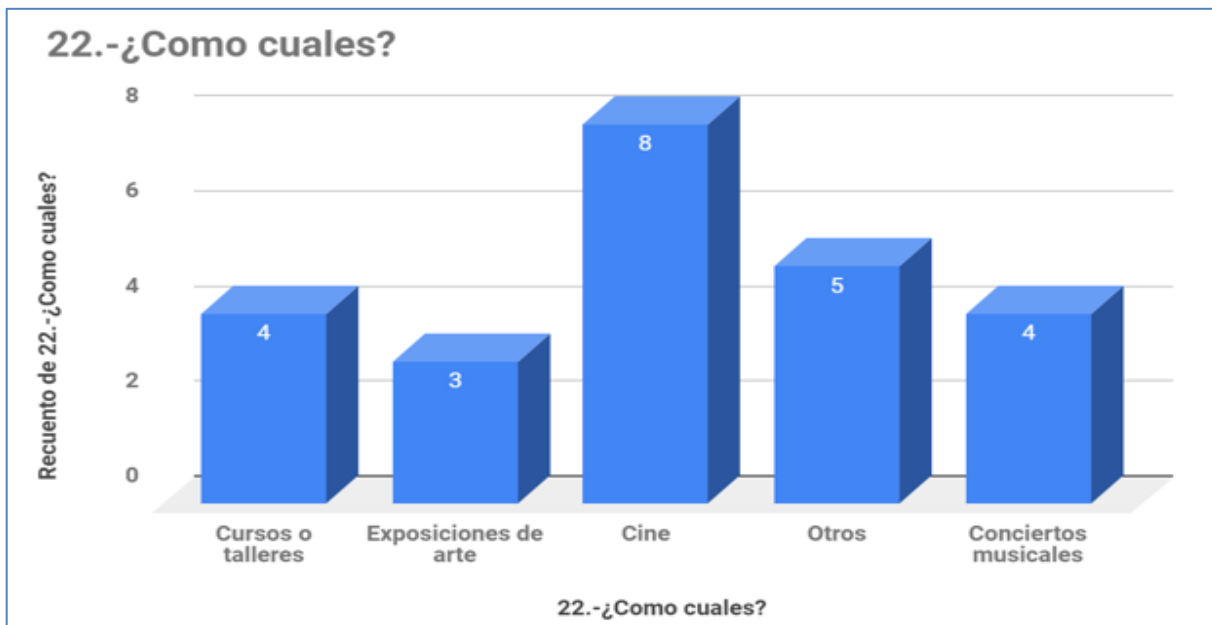
Tipo de actividades culturales o recreativas en la rutina

La gráfica muestra las actividades culturales o recreativas específicas que los

participantes mencionaron como parte de su rutina, destacando que el cine es la opción más frecuente con 8 menciones. Esto sugiere que esta actividad es percibida como accesible, entretenida y posiblemente una de las más viables dentro de sus posibilidades de tiempo y recursos. Le siguen “otros” con 5 respuestas, lo que indica una variedad de intereses no especificados que podrían incluir actividades como caminatas, lectura o reuniones sociales. Los cursos o talleres y los conciertos musicales fueron mencionados por 4 personas cada uno, lo que refleja un interés por el aprendizaje continuo y la música como formas de enriquecimiento personal y esparcimiento. Las exposiciones de arte, con 3 menciones, aunque menos frecuentes, también forman parte del repertorio cultural de algunos participantes. Esta diversidad de respuestas evidencia que, aunque no todos acceden regularmente a estas actividades, existe un reconocimiento de su valor para el bienestar emocional, la estimulación intelectual y la conexión social, lo cual refuerza la importancia de facilitar su acceso como parte de una estrategia integral de autocuidado.

Gráfica 22.

Tipo de actividades culturales o recreativas.



Fuente: Elaboración propia.

Consideración de la necesidad de asignar tiempo para asesoría psicológica

La gráfica revela que una mayoría de los participantes (23 personas) considera necesario asignar tiempo para recibir asesoría psicológica, lo cual refleja una creciente conciencia sobre la importancia del acompañamiento emocional y profesional en el manejo de la salud mental. Este resultado es especialmente relevante en contextos de cuidado, donde el desgaste emocional puede ser constante y profundo. Sin embargo, también se observa que 12 personas lo consideran necesario solo a veces, lo que podría indicar dudas sobre su utilidad, falta de acceso o una percepción de que no siempre es prioritario. Por otro lado, 10 personas no lo consideran necesario, lo que podría estar vinculado a estigmas culturales, desconocimiento o una subestimación de los beneficios de la atención psicológica. Esta diversidad de opiniones pone de manifiesto la necesidad de seguir promoviendo la asesoría psicológica como una herramienta accesible, válida y efectiva para fortalecer el bienestar emocional, especialmente en quienes enfrentan responsabilidades intensas como el cuidado de otros (Gráfica 23).

Gráfica 23

Consideración de la necesidad de tiempo para asesoría psicológica.



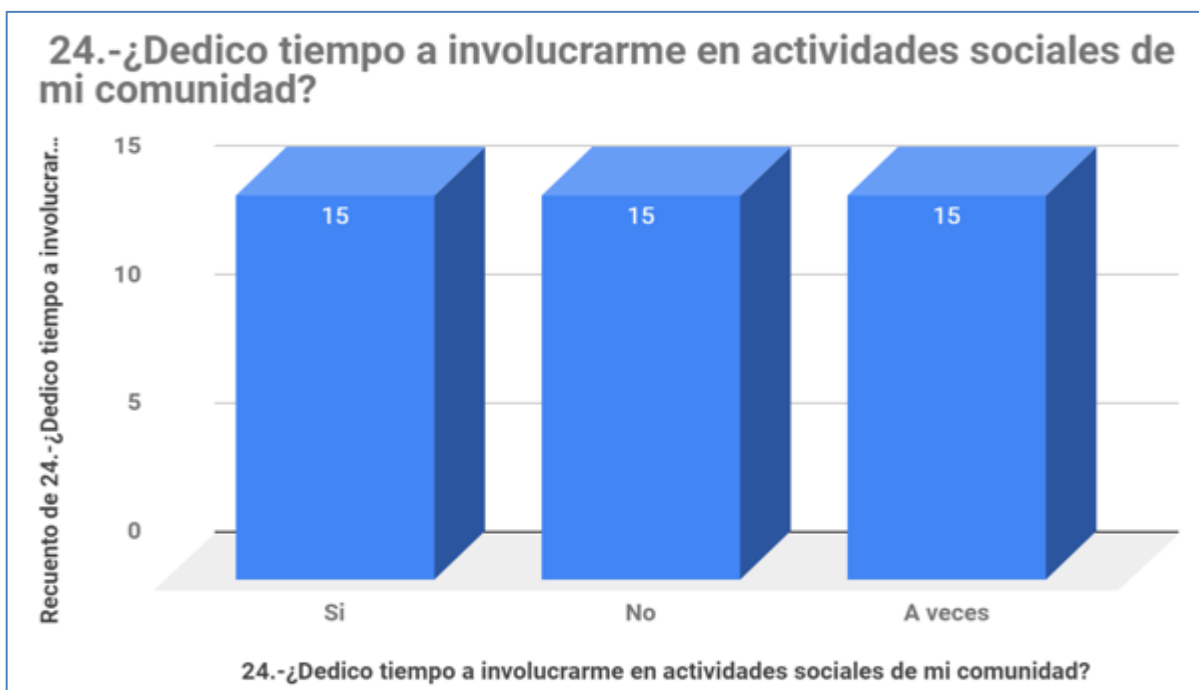
Fuente: Elaboración propia.

Tiempo dedicado a las actividades sociales de la comunidad

La gráfica muestra una distribución perfectamente equilibrada entre las tres opciones de respuesta a la pregunta sobre la participación en actividades sociales comunitarias: 15 personas respondieron “Sí”, 15 “No” y 15 “A veces”. Esta simetría revela una diversidad significativa en el nivel de involucramiento social de los participantes, lo que puede estar influido por factores como el tiempo disponible, el interés personal, las oportunidades de participación y el contexto familiar o laboral. Quienes sí se involucran probablemente encuentran en estas actividades una fuente de conexión, propósito y apoyo emocional, mientras que quienes no lo hacen podrían enfrentar barreras estructurales o personales que limitan su integración comunitaria. El grupo que participa ocasionalmente refleja una disposición latente que podría fortalecerse con estrategias adecuadas de inclusión. Esta gráfica destaca la importancia de fomentar espacios comunitarios accesibles, diversos y significativos, que reconozcan las distintas realidades de los cuidadores y promuevan su participación activa como parte de su bienestar integral (Gráfica 24).

Gráfica 24.

Tiempo dedicado a las actividades sociales de la comunidad.



Fuente: Elaboración propia.

Tiempo asignado a la familia y/o pareja

La gráfica refleja que una gran mayoría de los participantes (30 personas) asigna tiempo diariamente para convivir con su familia y/o pareja, lo cual me parece fundamental y muy valioso, ya que mantener vínculos afectivos sólidos es clave para el bienestar emocional. En lo personal, considero que dedicar tiempo a la convivencia familiar no solo fortalece las relaciones, sino que también brinda contención, apoyo y sentido de pertenencia, especialmente en momentos de estrés o carga laboral. Sin embargo, también me llama la atención que 8 personas no lo hacen y 6 lo hacen solo a veces, lo que podría indicar que, para algunos, las exigencias del día a día dificultan esta práctica. Esto me hace reflexionar sobre la importancia de equilibrar nuestras responsabilidades con espacios de conexión emocional, ya que la convivencia cotidiana puede ser una fuente poderosa de bienestar, motivación y resiliencia (Gráfica 25).

Gráfica 25.

Tiempo asignado a la familia y/o pareja



Fuente: Elaboración propia.

Asignación de tiempos para descanso al día en casa

La gráfica muestra que una mayoría de los participantes (27 personas) sí asigna tiempos para descansar diariamente en casa, lo cual es un indicador positivo de conciencia sobre la importancia del reposo como parte del bienestar integral. Sin embargo, también se observa que 9 personas no lo hacen y otras 9 lo hacen solo a veces, lo que evidencia que una parte significativa de los encuestados podría estar enfrentando dificultades para incorporar el descanso en su rutina diaria. Esta falta de descanso puede estar relacionada con cargas laborales, responsabilidades familiares o incluso con la percepción de que el descanso no es prioritario frente a otras obligaciones. El hecho de que casi un tercio de los participantes no descansa de forma regular sugiere la necesidad de promover una cultura del autocuidado que reconozca

el descanso como una práctica esencial para la salud física, emocional y mental, especialmente en contextos donde el cuidado de otros puede generar altos niveles de desgaste (Gráfica 26).

Gráfica 26.

Asignación de tiempos para descanso al día en casa.



Fuente: Elaboración propia.

Tiempo dedicado al día

La gráfica muestra cómo se distribuye el tiempo diario que los participantes dedican al descanso en casa, revelando que la mayoría (18 personas) lo hace entre 1 y 2 horas, lo cual sugiere una práctica moderada y posiblemente suficiente para recuperar energía física y emocional. Por otro lado, 8 personas descansan entre 20 y 30 minutos, y otras 8 entre 30 y 60 minutos, lo que podría indicar una limitación de tiempo o una percepción de que el descanso debe ser breve para no interferir con otras responsabilidades. Solo 2 personas dedican entre 3 y 4 horas, lo que representa un grupo minoritario que posiblemente cuenta con mayor disponibilidad o necesidad de

reposo prolongado. Esta distribución evidencia que, aunque la mayoría logra incorporar el descanso en su rutina, aún existe una proporción significativa que podría beneficiarse de estrategias que promuevan pausas más frecuentes y efectivas, especialmente en contextos de alta demanda emocional y física como el cuidado familiar (Gráfica 27).

Gráfica 27.

Tiempo dedicado al día.



Fuente: Elaboración propia.

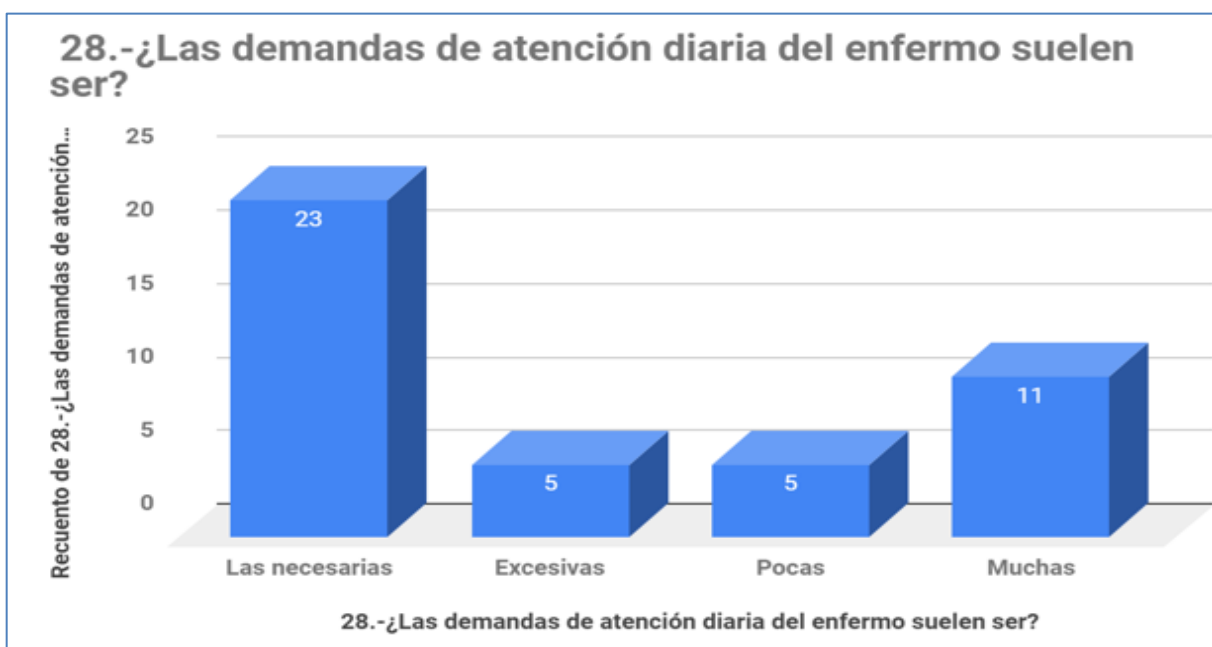
Demandas de atención diaria del enfermo

La gráfica muestra cómo perciben los cuidadores las demandas de atención diaria de la persona enferma, revelando que la mayoría (23 personas) considera que estas demandas son “las necesarias”, lo que sugiere una percepción de equilibrio entre lo que se requiere y lo que se puede ofrecer. Sin embargo, también se observa que 11 personas las consideran “muchas”, lo que podría reflejar una carga emocional y física elevada, posiblemente asociada a situaciones de dependencia o enfermedades

crónicas. Por otro lado, 5 personas las perciben como “excesivas”, lo que indica un nivel crítico de sobrecarga que podría afectar seriamente su bienestar. Finalmente, otras 5 personas consideran que las demandas son “pocas”, lo que podría estar relacionado con un nivel de autonomía del enfermo o con una percepción más relajada del rol de cuidado. Esta diversidad en las respuestas evidencia que las experiencias de cuidado son profundamente subjetivas y están influenciadas por múltiples factores, como el estado de salud del enfermo, el apoyo disponible y las condiciones personales del cuidador, lo que subraya la necesidad de intervenciones diferenciadas y sensibles a cada realidad (Gráfica 28).

Gráfica 28.

Demandas de atención del enfermo.



Fuente: Elaboración propia.

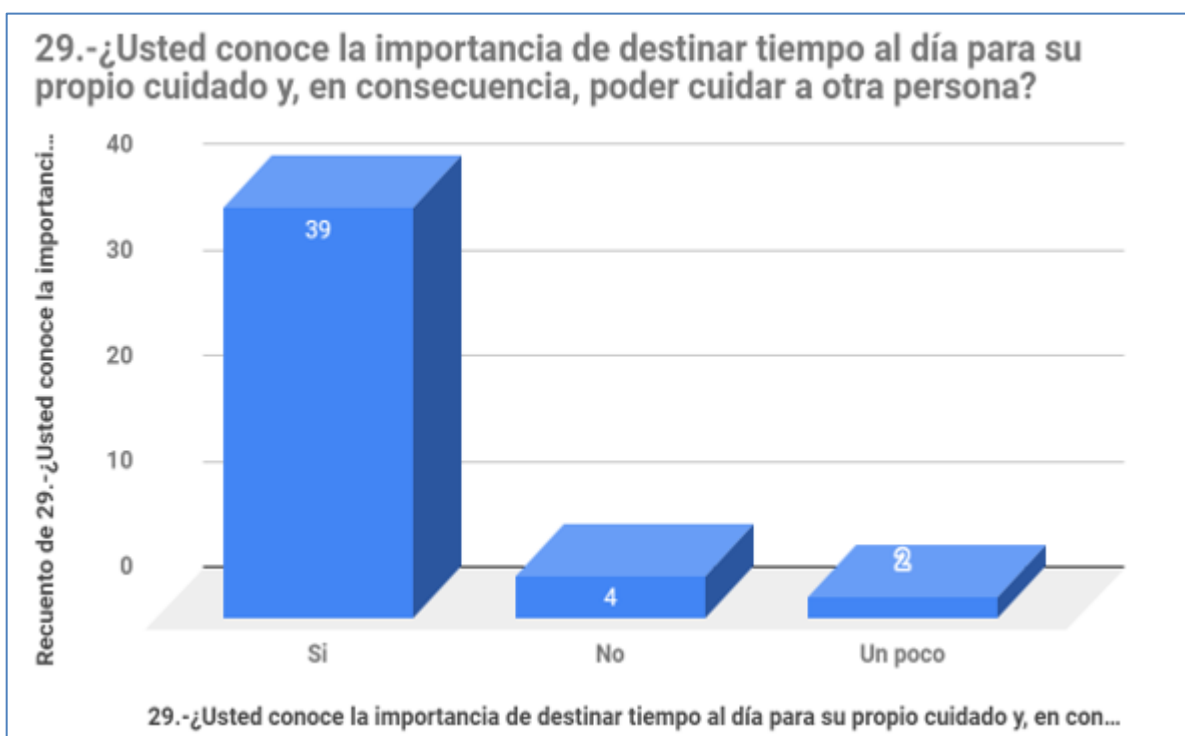
Conocimiento de la importancia de destinar tiempo al día para su propio cuidado y cuidar a otra persona

La gráfica muestra que una abrumadora mayoría de los participantes (39 personas) reconoce la importancia de destinar tiempo diario al propio cuidado como condición necesaria para poder cuidar adecuadamente a otra persona. Este resultado es altamente positivo, ya

que refleja una conciencia clara sobre el vínculo entre el autocuidado y la capacidad de brindar atención efectiva y sostenida a otros. Sin embargo, aún hay un pequeño grupo que no lo reconoce (4 personas) o lo hace de manera parcial (2 personas), lo que podría estar relacionado con creencias culturales, falta de información o una sobrevaloración del sacrificio personal en el rol de cuidador. Esta diferencia en las respuestas subraya la necesidad de seguir promoviendo el autocuidado como una práctica esencial, no solo para preservar la salud física y emocional del cuidador, sino también para garantizar una atención de calidad y sostenida hacia quienes dependen de él. La gráfica confirma que el reconocimiento del autocuidado está presente, pero aún requiere reforzarse en ciertos sectores para lograr un cambio cultural más profundo (Gráfica 29).

Gráfica 29.

Conocimiento de la importancia de destinar tiempo al día para su propio cuidado y cuidar a otra persona.



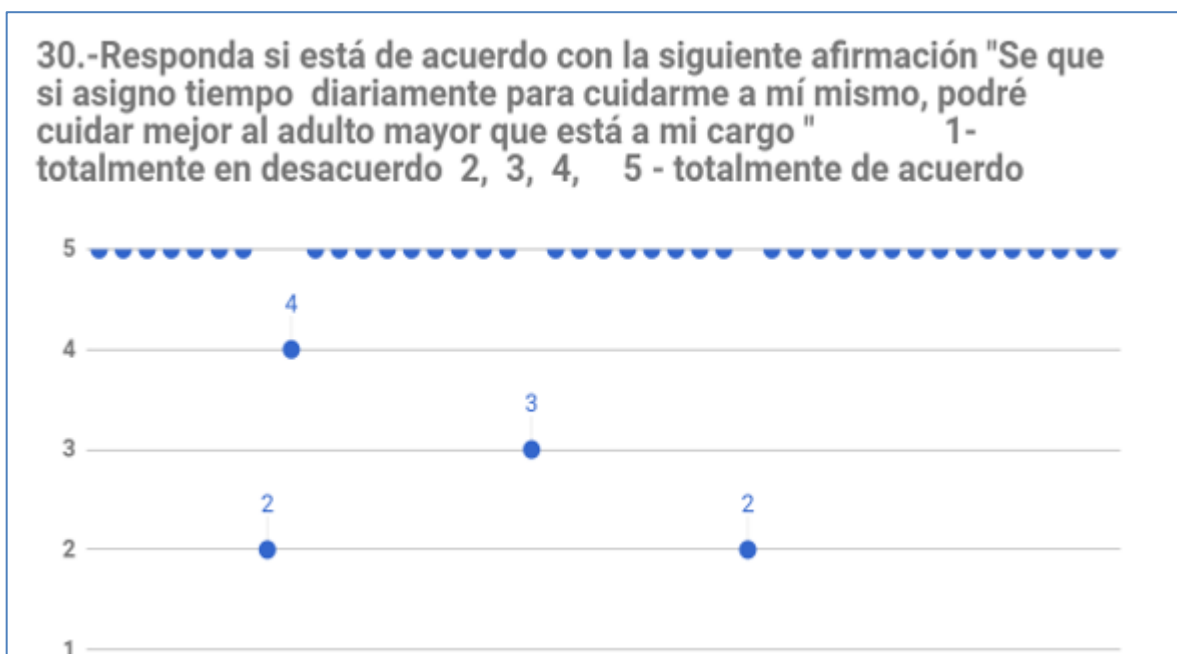
Fuente: Elaboración propia.

La gráfica muestra una tendencia clara hacia el acuerdo con la afirmación “Sé que si asigno tiempo diariamente para cuidarme a mí mismo, podré cuidar mejor al

adulto mayor que está a mi cargo”, aunque con una participación limitada. De los datos representados, se observa que la mayoría de las respuestas se concentran en los niveles más altos de la escala: una persona se posiciona en el nivel 5 (totalmente de acuerdo) y otra en el nivel 4 (parcialmente de acuerdo), lo que indica una comprensión sólida de la relación entre el autocuidado y la calidad del cuidado brindado. Sin embargo, también hay dos respuestas en el nivel 2 (parcialmente en desacuerdo) y una en el nivel 3 (ni de acuerdo ni en desacuerdo), lo que sugiere que aún existen dudas o resistencias en torno a esta idea. Esta dispersión, aunque pequeña, pone de manifiesto la necesidad de seguir sensibilizando sobre la importancia del autocuidado como una herramienta no solo para el bienestar personal, sino también para mejorar la atención hacia los demás, especialmente en contextos de cuidado prolongado o emocionalmente demandante.

Gráfica 30.

Reconocimiento del autocuidado para mejorar el cuidado del adulto mayor



Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones, propuesta y reflexiones

El análisis dejó ver con mayor nitidez cómo un cuidador primario de un adulto mayor enfermo estructura su existencia para cubrir las necesidades de la persona que cuida, pero también las suyas propias. Al ver los resultados, notamos que el objetivo general — cuánto tiempo gasta en cuidarse a sí mismo teniendo en cuenta aspectos físicos, mentales y sociales-- se lleva a cabo al tener ideas claras sobre sus rutinas, hábitos y lo que es más importante realizar a diario. La prueba demuestra que aunque hay conciencia de lo vital que es cuidar su salud, el tiempo real que le dedica es bastante bajo.

En cuanto a la primera meta concreto, se hizo un examen minucioso de las características sociodemográficas del que cuida. Con esta información se pudo entender que aspectos como la edad, el nivel educativo, el trabajo y el estado civil afectan directamente la forma en que se manejan las necesidades del cuidado. Encontrar estos puntos no solo ayudó a conocer mejor al que cuida sino también ver como las situaciones propias afectan el tiempo y los medios que hay para su salud.

Se observó que, dentro del perfil sociodemográfico, los cuidadores de edad media y educación media emplean mejores formas para equilibrar cuidar al anciano con cuidarse a sí mismos. En cambio, quienes son personas mayores tienen menos nivel educativo lo que conlleva a tener más problemas para entender y reconocer su salud como prioritaria, lo que afecta su vigor y fuerza física. Esta conexión muestra que el aspecto sociodemográfico no es solo un dato claro, sino algo importante para saber las diferencias del uso del tiempo.

Con respecto al segundo objetivo concreto que trata de medir el tiempo que el cuidador pone en el cuidado de su salud física los resultados muestran que el descanso y el sueño a menudo se ven afectados por la atención continua a la persona mayor. Si bien hay comprensión sobre lo necesario que es dormir bien, las veladas

interrumpidas y las tareas diarias disminuyen las horas reales de sueño. En este sentido la investigación no solo mide el tiempo empleado, sino que también muestra cómo la falta de sueño de calidad afecta el desempeño diario.

La comida se muestra como otro signo importante. La mayoría de los cuidadores reconocen que, por anteponer y dar mayor importancia a las comidas y horas del viejo, sus propios momentos para comer son escasos y en horarios incorrectos o no equilibrados. Este dato prueba la urgencia de promover hábitos alimenticios saludables y que perduren, ya que una mala alimentación y fuera de horarios adecuados puede causar o empeorar problemas de salud. En cuanto a hacer ejercicio, se nota que solo un pequeño número tiene una rutina habitual de ejercicio, por lo general es caminar un poco ya que las actividades del cuidado es agotador.

La adherencia a tratamientos sanitarios propios también fue observada dentro del segundo fin. El estudio señala que, si el cuidador tiene una enfermedad crónica, tomar medicinas y ver al doctor se aplazan mucho, especialmente en casos urgentes o crisis del adulto mayor. Este actuar muestra un modo de autocuidado olvidado que, con el tiempo, puede dañar mucho la salud física del que cuida. Este punto ayuda a cumplir el objetivo al enseñar no solo el uso del tiempo, sino también las complicaciones que pueden generarse.

El tercer objetivo detallado acerca de hallar el tiempo que el cuidador usa para su bienestar mental-social-emocional tiene respuesta en muchos marcadores revisados. La búsqueda muestra que las posibilidades para divertirse, relajarse o estar con otros son pocas. La mayoría de los cuidadores ocupa mucho tiempo libre en cosas que están relacionadas directa o indirectamente con el acto de cuidar, lo que hace más difíciles los momentos para actividades recreativas, que contribuyan a momentos de descanso y respiro.

En el área emocional, se ve que las tareas largas causan mucho estrés, que a

veces llegan con cansancio, miedo o enojo. El estudio halla que los cuidadores con apoyo de familia o grupo suelen lidiar bien con estas emociones, lo que muestra el valor de tener lugares en donde se pueda trabajar en equipo para disminuir la carga propia. Esto ayuda directamente al plan de notar cómo estar bien en lo psico-socioemocional afecta la vida y trabajo del cuidador.

La dimensión social también aporta conclusiones importantes. El aislamiento es un problema común que afecta a muchos cuidadores; estos, por las responsabilidades del cuidado, bajan o paran sus contactos con amigos y comunidades. Este distanciamiento no solo afecta el humor sino que también limita su acceso a información, capacitación o asesorías, que son elementos muy valiosos y útiles para su trabajo. Esta idea es clave para ver que el tiempo usado en lazos sociales no es solo un lujo, sino una necesidad para mantener buena salud el que cuida.

Al comparar los datos con las metas, se muestra que el trabajo llega a alcanzarlas por completo, porque no solo señala el tiempo usado en el autocuidado sino también indaga en los porqués y los resultados de tales actos. Estas prácticas hacen notar que el tiempo dado al cuidado propio es muy importante para la buena calidad del cuidado dado al viejo.

Otro aspecto que es evidente es que el bienestar del cuidador no puede mirarse separado del contexto en el que se encuentra. La disponibilidad de recursos, el acceso a servicios de salud; la existencia de redes de apoyo y las condiciones laborales afectan directamente su habilidad para cuidarse. Esto tiene que ver con el plan principal, demostrando que estudiar el tiempo de mimarse incluye también mirar las situaciones fuera del hogar que ayudan o dificultan.

El monitoreo y práctica del cuidado físico, emocional y social muestra que las tres partes están unidas y deben cuidarse y cultivarse siempre, si un aspecto se

descuida afecta los otros aspectos. Por ejemplo, si no duermes bien afecta tu ánimo, y estar solo sin amigos puede dar estrés, que a su vez hace daño a la salud física. Esta conexión realza la necesidad de programas y apoyos integrales para ayudar cuidadores principales.

En términos realistas, los hallazgos señalan que cualquier plan para mejorar el autocuidado tiene que ajustarse al tipo y vida de cada cuidador. No es lo mismo darle tareas sencillas a un cuidador que tiene mucha ayuda que a uno que está solo todo el día con poco descanso. Así que, el éxito de los objetivos del estudio hace evidente una información útil para hacer intervenciones individuales.

La indagación deja muy claro que cuidar de uno mismo no debe dejarse solo a cargo del cuidador, es necesario la intervención del estado con políticas públicas y sociales que generen servicios eficientes y gratuitos que brinden servicios para los cuidadores, otorgando tiempo, ayuda económica y enseñanza. Esta idea está presente en este estudio de los tres metas, pues cada uno señala que la tarea de cuidar no debe asumirla una sola persona sin soporte estructural.

El estudio muestra que contar el tiempo que el cuidador principal dedica a su propio cuidado no es solo medir horas. Significa entender las formas personales, del hogar y sociales que intervienen en el cuidado, además de los sacrificios y prioridades que se toman. Este enfoque asegura que las metas planteadas no solo se alcanzan, sino también contribuyen para otras investigaciones y actos por la salud y bienestar de quienes ayudan y cuidan a nuestras personas mayores.

Propuesta

Una de las primeras opciones de solución que surgen de este trabajo es crear planes, programas para brindar servicios de acceso universal para la atención y asesoría de cuidadores, esto claro está implica primero, generar políticas públicas y

sociales que destinen presupuesto y personal especializado para manejarlo, estableciendo un sistema oficial que transforme a través de educación las dinámicas familiares, sensibilice sobre la importancia del cuidado que sostiene la vida y de la distribución equitativa de las tareas entre todos, hombres y mujeres, asumiendo las responsabilidades, ofreciendo un trato digno y respetuoso. La investigación muestra que, en la mayoría de los casos, el cuidado lo asume solo una persona, por lo tanto, compartir las tareas entre hermanos, hijos u otros familiares cercanos podría reducir la gran carga física y emocional que siente quien cuida. Esto no quiere decir que todos tengan que hacer todo siempre, sino que deben hablar con claridad sobre horarios, días y tareas concretas permitiendo que el cuidador principal disponga de tiempo para descansar y cuidarse.

Es igual importante tener redes de apoyo en la comunidad que ayuden al cuidador. En México, estos grupos pueden ser vecinos, amigos o incluso personas capacitadas por organizaciones del lugar. La meta es que, mediante programas manejados por centros comunitarios o DIF municipales, se den servicios de cuidado, acompañamiento, o actividades de apoyo en el aseo del hogar y ropa, haciendo comida o supervisando durante un tiempo breve; esto deja tiempo libre al cuidador para sus aficiones.

Es importante destacar que envejecer y permanecer en el hogar, el entorno local y comunitario, los amigos, conocidos, los servicios locales, lo cotidiano y todo lo que es familiar y evoca recuerdos, es una de las mejores alternativas de vida y de cuidado para las personas mayores; la dimensión comunitaria es clave, se tenía olvidada pero es prioritario crear servicios desde lo local y la proximidad, ya que ahí radica la riqueza territorial, sociocultural, economía, tradiciones, todo el entorno a lo que está acostumbrada la familia, en donde establece lazos sociales, por lo que requiere potenciarse., organizarse, planificarse, vincularse con los servicios sociosanitarios y los proveedores de servicios que son los distintos actores que intervienen en el cuidado, como el mercado, el estado, la familia, la sociedad

En cuanto al aspecto físico, la sugerencia es incorporar actividades físicas que se ajustan a las habilidades y estado del cuidado. No busca poner programas complicados o caros, sino promover actividades simples como caminar, estirarse o hacer ejercicios suaves que pueden hacerse en casa o en lugares públicos cercanos. Para facilitar eso, los servicios locales de sanidad podrían dar cursos gratuitos con fisioterapeutas o instructores que enseñen e instruyan para fortalecer el cuerpo y evitar daños causados por el trabajo de cuidar.

El tema del sueño necesita una atención especial. Los datos del estudio muestran que el descanso por la noche a menudo falta, y esto incide directamente en la salud física y mental. Una manera útil sería poner en práctica primero, turnos nocturnos de vigilancia, ya sea entre familiares o con ayuda de cuidadores suplentes, incluso si es tan solo por una o dos noches cada semana, otra opción es conocer a lo que se llama higiene del sueño, que es una serie de acciones que recomiendan los profesionales de la salud, para inducir el sueño y descanso, acciones como, música relajante, aromaterapia, técnicas de relajación y respiración, evitar ruidos molestos, discutir, ver televisión y programas violentos o tratar de solucionar problemas en la noche, darle al cuidador herramientas para cuidar su sueño, podrían ser reforzadas con visitas médicas si se identifican problemas como insomnio crónico.

Sobre la comida, es importante que el cuidador tenga tiempo e ingredientes para preparar y comer comidas sanas. Una idea útil es unir la preparación de alimentos para los dos, el cuidador y el adulto mayor, en un plan de nutrición hecho por un experto. Esto haría más fácil la logística y aseguraría una buena dieta para ambos. El plan puede mejorar con pequeños cursos sobre cómo hacer platos saludables y rápidos.

Sobre el seguimiento a tratamientos médicos, se puede agendar para que las

visitas y revisiones del cuidador se unan junto con las del viejo, para que en un solo viaje se atiendan a ambos. Así, se obtiene mayor tiempo y se ayuda a que el cuidador ponga atención a su salud. Las asociaciones de salud pueden ayudar agilizando los trámites, disminuyendo tiempos de espera para consultas y agendar citas en donde coincidan ambos.

Desde una mirada sensible, se sugiere el acceso gratuito o a bajos costos a psicoterapia de grupo o individual para cuidadores principales. La búsqueda dice que la importancia emocional es aún más fuerte que el trabajo físico, así que tener lugares donde hablar, expresando emociones y sentimientos y que se ofrezca por profesionales, asegura mejores resultados en el aprender a manejar y gestionar el estrés y las emociones; sería muy importante no dejar avanzar y solucionar problemas como la tristeza, miedo, ansiedad, enojo. Estos grupos también actuarían como lugares para compartir historias, en donde pueden surgir y construir ideas útiles entre cuidadores.

La socialización también es un área débil que vemos. Para manejar la soledad, se pueden hacer reuniones de grupo periódicamente, puede ser semanal, quincenal, mensual, para los que cuidan de otros, poniendo en práctica actividades recreativas, culturales, artísticas como juegos divertidos o preparar temas de interés y dar clases. El fin es dar un respiro y, al mismo tiempo, hacer más fuertes lazos con personas que viven situaciones semejantes a las tuyas, formando un círculo seguro y comprensión mutua.

La idea de que las demandas de atención de la persona mayor son demasiado altas, aunque no siempre lo sean en verdad, muestra que hay que entrenar al cuidador sobre cómo manejar la situación, expectativas y modos más útiles de cuidar. Asesoría para gestionar mejor el uso del tiempo, utilizar técnicas seguras para mover al viejo y límites saludables, podrían bajar esta sensación de mucha carga, haciendo mejor

la conexión con quien necesita ayuda.

Para tratar el agotamiento que viene por la cercanía con la muerte del anciano sería bueno poner en los programas de ayuda, capacitación sobre el morir como proceso natural del ciclo de la vida, y el manejo del duelo. Estos encuentros guiados por expertos en muerte ayudarían al que cuida a manejar el proceso e incertidumbre que genera la situación y prepararse emocionalmente para el momento del adiós y despedida, disminuyendo así el efecto adverso posterior.

En lo que respecta a la tensión duradera y su efectos en la salud del cuerpo, la idea sugiere buscar programas para encontrar rápido seguimiento médico regular para los cuidantes. Esto dejaría ver y tratar a tiempo problemas cardíacos, del estómago o piel asociados a la presión constante. Las unidades de sanidad en el barrio podrían poner en práctica, chequeos constantes, asesoría nutricionales, etc, especiales para este grupo, teniendo en cuenta su debilidad.

Es esencial saber que muchas de estas acciones necesitan cambios en la cultura y estructura institucional. En México, aún hay la creencia de que cuidar es un trabajo familiar que recae solo en una persona que es mujer, es un trabajo entre todos, incluyendo al estado. Por eso, las campañas y la lucha de visibilizar la labor del cuidador son muy importantes para animar a más personas de la casa y del pueblo a participar, haciendo normal pedir apoyo y eliminar los estigmas que hay sobre pedir ayuda.

Dentro de las organizaciones, puede ser bueno promover leyes públicas que reconozcan claramente a la persona que cuida principalmente y se le otorguen derechos especiales, como fácil acceso a servicios de sanidad mental, permisos en el trabajo y programas para aprender herramientas y técnicas útiles. Este sistema legal serviría para ayudar y proteger a los que hacen este trabajo, uniendo los esfuerzos

familiares y comunitarios con una ayuda estatal real que reconozca el cuidado, como una necesidad y trabajo que ha sido precarizado y requiere apoyo económico digno.

En el corto plazo la implementación de estas alternativas puede iniciar con programas piloto en lugares pequeños o colonias urbanas, monitoreando su eficiencia y su efecto positivo antes de hacerlos más grandes. Esto permitiría adaptar los planes a necesidades locales, asegurando que las soluciones sean prácticas y culturalmente adecuadas.

Las ideas presentadas aquí tienen que ver con los resultados del estudio, ya que tratan tanto el mal uso del tiempo para cuidarse a uno mismo como las situaciones sociales, económicas y emocionales que limitan el bienestar del persona que cuida. Si se ponen en práctica estas ideas, no solo sería mejor la vida de quienes cuidan sino también la de los ancianos que necesitan ayuda, dando buen cambio en toda la estructura familiar y local.

Reflexiones

Pensar en el resultado de este estudio permite observar que atender a un adulto mayor enfermo va más allá de lo físico, se vuelve una experiencia muy humana, plena de emociones, relaciones y hasta espiritualidad. El cuidador principal, usualmente una familiar mujer, tiene una responsabilidad que no siempre es reconocida ni valorada en la sociedad en su total medida, lo que significa un gran reto visibilizar su labor dada la necesidad e importancia del cuidado no solo en personas mayores también en otras etapas de la vida.

Resolver los cuidados para las personas mayores implica todo un cambio de paradigma y de modelos de atención que se habían centrado en los servicios, las

enfermedades, las limitaciones físicas y que los realizaban mayormente las mujeres y la familia, ahora se hace necesario y urgente centrarse en la persona y su condición vital, su historia de vida, deseos, dignidad humana, preferencias, lograr corresponsabilidad de mujeres y hombres para realizar las tareas del cuidado, resaltando la gran importancia de las personas cuidadoras, su capacitación, apoyo económico y/o salarios dignos y momentos de respiro ya que las tareas pueden ser agotadoras.

Si analizamos la situación desde una mirada integral y global, el envejecimiento de las poblaciones trae consigo nuevos retos y desafíos por atender, investigar, analizar y estructurar en todo el mundo. Particularmente en América Latina y el Caribe, el proceso se ha dado con mayor rapidez, lo que exige políticas públicas y sociales, programas en salud, que favorezcan el bienestar de las personas mayores, que promuevan un envejecimiento activo, saludable y participativo. Los sistemas de cuidados universales están en la agenda política de toda América Latina y el Caribe y en México, se trabaja en la estructuración de un sistema nacional de cuidados dada su importancia y necesidad en todo el curso de vida y que puede tomar protagonismo con el envejecimiento.

Por otra parte, también es cierto que existe en esta etapa de la vida la prevalencia de enfermedades crónico- degenerativas, aunado a la disminución de las capacidades sensoriales que pueden generar pérdida de la independencia, autonomía y funcionalidad, lo que trae como consecuencia la necesidad de cuidados que mantengan la vida y ayuden a retrasar la dependencia, recuperar y/o mejorar la máxima movilidad posible, física, mental, familiar y social.

En América Latina y el Caribe el cuidado se ha reconocido como un derecho humano, el derecho a cuidar, a ser cuidado y al autocuidado, es parte de los derechos humanos ya reconocidos en los pactos y tratados internacionales de los que goza toda persona humana, es el estado el garante del derecho al cuidado, el desempeña un papel clave ya que tiene la capacidad de regular la organización social del cuidado.

Con respecto al marco legal y el derecho humano a recibir cuidados de largo plazo, en el ámbito internacional existen tres instrumentos normativos vinculantes con aportes importantes: Protocolo de San Salvador, 1998, La Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, 2006, y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las personas mayores, 2015; se destaca que la Convención es el primer instrumento a nivel internacional y regional que reconoce de manera explícita el derecho de las personas mayores a un Sistema Integral de Cuidados a largo plazo. En su artículo 12 la Convención establece que: la persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidado que provea la promoción y la atención a la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutrición, agua vestuario y vivienda, promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.

Es la mujer en México y casi en toda la región de América Latina quien sume las tareas del cuidado e invierte gran cantidad de tiempo en hacerlo a lo largo del todo el curso de su vida, lo que la coloca en una gran desigualdad de género, económica, laboral, social, educativa y de salud, lo que hace que tenga muy poco tiempo para ella misma o pobreza de tiempo, que se refiere a la situación en que la persona enfrenta cargas considerables de trabajo y como consecuencia ve reducida su propia capacidad para decidir sobre su tiempo, con implicaciones negativas en su autonomía económica, bienestar y desarrollo, llegando a la vejez en condiciones de mayor precariedad en relación con los hombres.

Otra reflexión que es muy importante es que hay mucho que ordenar en México sobre la oferta de servicios de cuidado a largo plazo privados que existen en el mercado, están regulados por la Ley de Asistencia social en la NOM 031 SSA3, 2012, que define como establecimiento social a todo aquel que brinda atención integral permanente para personas mayores, en donde se prestarán servicios de prevención de riesgos, rehabilitación, alojamiento, alimentación, vestido atención médica, social y psicológica, actividades culturales, recreativas y ocupacionales; la realidad es que no funciona así, sus fines son mayormente de lucro, no prestan los servicios que marca

la norma, no tienen personal calificado y competente, muchos establecimientos funcionan en la clandestinidad, existe hacinamiento de usuarios, la arquitectura no apoya la movilidad de las personas, se debe tener mucho cuidado si hay la necesidad de elegir uno.

La creación de un Sistema Nacional de Cuidados en México, responde a la justicia y bienestar social, crecimiento económico, aumento de la productividad, reducción de las desigualdades de género, reducción de la violencia, construcción de paz, cohesión comunitaria. Para que este sistema produzca los efectos deseados se necesita tener un impacto socio económico, estar alineados con los principios de la economía dando valor económico a las actividades de cuidado, sobre todo de quién cuida.

Uno de los aprendizajes más claros es que el tiempo que el cuidador gasta en cuidarse a sí mismo es un recurso escaso y, en muchas ocasiones, puesto en segundo lugar. Aunque hay un saber de que el autocuidado es muy importante para dar buena atención, la rutina de cada día y las peticiones frecuentes del anciano a menudo dejan fuera estas necesidades. Esto lleva a pensar sobre cómo el autocuidado no debería verse como algo egoísta, sino como una inversión necesaria para mantener el rol de cuidador por mucho tiempo.

La edad del que cuida es otro punto que hace pensar en lo complicado del tema. Hay cuidadores entre los 50 y 70 años; esto significa cuidar y envejecer al mismo tiempo. Esto no solo aumenta el peligro de fatiga física sino que también muestra la importancia de encontrar maneras para ayudar con una realidad así; pues no queremos que el acto de cuidar se vuelva una tarea difícil o pesada.

Otro aspecto que se sobresale es la conexión entre la salud física del cuidador y la forma adecuada de desempeñarse. El no moverse mucho, el dormir mal y tener

problemas para asistir a revisiones médicas, muestran que cuidar a alguien a menudo se antepone sobre el propio bien. Esto evidencia que cualquier plan para ayudar a quienes cuidan debería tener formas claras y accesibles para asegurarse de que su salud física sea muy importante y no posponga.

La soledad y el aislamiento social que viven muchos cuidadores también necesitan una intervención profunda, así como la creación de programas en situaciones de emergencia como la pasada pandemia de COVID 19, ya que las personas mayores fueron una parte de la población que fue más afectada por el aislamiento, la disminución de la movilidad, la pérdida de contactos sociales que alegraban su vida, en asilos y casas privadas, en algunos casos prohibieron las visitas y el contacto con sus seres queridos, lo que afectó negativamente su ánimo y habilidades físicas y mentales. El hecho de que, al ayudar al adulto mayor, disminuyan los tiempos de compartir, unirse a eventos locales o tener amistades, muestra que cuidar puede ser una causa de aislamiento social. Cambiar esta situación necesita la creación de lugares que ayuden a la convivencia y al apoyo entre cuidadores.

En este proceso también se muestra una tensión entre lo que hacemos por obligación y lo que queremos nosotros mismos. Muchos cuidadores toman el trabajo por cariño, compromiso o deber moral, pero con el tiempo se dan cuenta que la labor obliga a renunciar a parte de su propia vida. Esto resalta la necesidad de pensar en los límites, el derecho a pedir socorro y lo importante que es que quien cuida se vea como una persona que tiene necesidades vitales, sociales y recreativas y necesita tiempos de descanso.

La idea más grande que surge de este estudio es que cuidar a un adulto viejo y enfermo no es solo cosa de familia, sino un problema social que incluye a la comunidad, las instituciones y marcos legales.

De no atender los cuidados como una prioridad de la agenda pública, entonces

las consecuencias serán muy graves, las personas mayores con enfermedades crónicas degenerativas y/ o discapacidad demandarán un porcentaje muy alto de cuidados, se estima 70%, con la consecuente inversión de tiempo que puede paralizar a las familias, las mujeres y a la sociedad. Atender los cuidados como una política pública tiene efectos positivos en el crecimiento, productividad y competitividad de los países.

Es evidente y prioritario saber que todo programa y servicio para llevarlo a la práctica necesita financiamiento suficiente y voluntad política, que permita iniciar el proyecto y darle sostenibilidad en el tiempo.

Necesitamos unas ciudades que cuiden, unas sociedades que cuiden, un urbanismo que nos facilite el cuidar, la sociedad debe de ser sensible de que todas las personas necesitamos cuidados a lo largo de nuestras vidas. Sin buen cuidado, las personas mayores en situación de dependencia, no tendrán calidad de vida, no tendrán una vida con sentido, no vivirán sus últimos días con paz y dignidad

Temas para futuras investigaciones

El estudio hecho, sienta las bases para nuevas preguntas, investigación, estudio, en donde se obtengan respuestas y soluciones para el cuidado de las personas mayores y la vital importancia de los cuidadores, así como visibilizar y crear una cultura del cuidado, opciones de solución que podrían mejorar la manera en que vemos el cuidado de adultos mayores enfermos y su efecto en los cuidadores principales. Si bien los descubrimientos muestran una idea lúcida de las necesidades y dificultades hoy en día, también dejan ver que el asunto es de alto grado complejidad por la gran diversidad de acciones y factores a tomar en cuenta y que se hacen necesarios en su estructuración y organización, requiere la articulación y coordinación de todos los actores que intervienen. Por lo tanto, futuras búsquedas podrían sumergirse en detalles que no fueron tratados en este trabajo.

Un primer tema de interés sería el estudio de cómo funcionan programas de ayuda emocional enfocados solo a quienes cuidan a otros. Es importante saber si técnicas o clases tan sencillas como hablar en grupo, ayuda cuando muere alguien o practicar manejo del estrés pueden hacer un cambio duradero en la salud mental.

Otro tema muy importante es investigar el grado de felicidad de los que cuidan; si están satisfechos con su propia vida, su relación de pareja y con los hijos, si les permite llevar una relación cordial y afectuosa con todos.

Otro campo a estudiar de cerca es a la comunidad, si existen programas que se lleven a la práctica en las familias y cuidadores de personas mayores enfermas y dependientes, a cargo de que institución están y quién los maneja, si son profesionales de la salud o cuál es su perfil profesional, lo cierto es que existe buena voluntad de las personas pero es necesario profesionales especializados, si existe apoyo y seguimiento para observar los efectos, identificar las necesidades, para que en esa medida se organicen y contemplen los apoyos el objetivo es fortalecer los lazos comunitarios con la guía y apoyo de profesionales (sería lo idóneo) que lleguen a la comunidad y disminuyan la carga del cuidador. Esto dejan comparar a cuidadores que tienen un sistema de descanso constante por familiares, vecinos o voluntarios, con los que cuidan solos, hallando las diferencias en niveles de estrés, salud del cuerpo y actividades sociales.

Sería útil mirar el efecto de las normativa legal, estatales y la ayuda laboral que tienen los cuidadores en México; mirando si al ponerlas en marcha ayuda a tener mejor balance entre trabajo y vida personal. Esta investigación podría dar datos reales para apoyar crear leyes que vean y cuiden a este grupo de gente, mejorando su bien común y el de adultos mayores que tienen bajo su responsabilidad.

Otro tema no menos importante, es investigar sobre los sistemas de pensiones y seguridad social pues la creciente población mayor ejercerá una presión fuerte en lo

social, salud y económico, ya que un gran porcentaje carece de seguridad social, incluyendo a los cuidadores principales ya que por cuidar no tienen la posibilidad de acceder a un empleo formal, inclusive el cuidado remunerado en casa no provee seguridad social, sería muy bueno legislar acerca de ello

Otro factor de investigación es si se respetan los derechos humanos de las personas mayores y sus cuidadores, con el trato digno, prioritario y respetuoso en lo institucional, social, comunitario, familiar.

Investigar que presupuesto se asigna para las personas mayores, no solo en la pensión no contributiva sino para programas sociales, para la comunidad, como instituciones que den asesorías en temas psicológicos, de nutrición, recreativos, culturales, apoyo a cuidadores y todo lo que necesitan para aliviar el trabajo que puede ser agotador.

Fuentes bibliográficas

Algado, A., Basterra, H., & Garrigós, S. (2014). *Comprendiendo la experiencia y las necesidades al ser cuidador primario de un familiar con enfermedad de Alzheimer: estudio de caso*. Revista Española de Salud Pública, 38(3), 287-295.

Arce, M. (2020). *Políticas públicas para el apoyo a cuidadores de adultos mayores*. Revista Iberoamericana de Gerontología, 6(1), 45-53.

Badía, X., Lara, N., & Roset, M. (2004). *Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer*. Atención Primaria, 34(3), 170-177.

Barrios, L., & López, M. (2011). *Educación física y deportes*. Revista digital, 16(160). Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd160/aportes-del-ejercicio-fisico-a-la-actividad-cerebral-ttm>

Cámara de Diputados. (2022). *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*.

- Diario Oficial de la Federación.
- Cámara de Diputados. (2022). *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*. México: H. Congreso de la Unión.
- Castillo, F. (2021). *Impacto económico del cuidado familiar en México*. Fondo Editorial Universitario.
- Cintra, O., & Balboa, Y. (2011). *Educación física y deportes*. Revista digital, 16(159). Recuperado de <http://efdeportes.com/efd159/la-actividad-fisica-para-la-salud.htm>
- Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2021). *Derechos humanos de las personas cuidadoras*. CNDH.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2019). *Derechos humanos de las personas adultas mayores*. CNDH.
- CONAPO. (2023). *Proyecciones de la población por edad y sexo, México*. Consejo Nacional de Población.
- Consejo Nacional de Población. (2021). *Envejecimiento de la población en México: Retos y oportunidades*. CONAPO.
- Consejo Nacional de Población. (2023). *La situación demográfica de México*. CONAPO.
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2020). *Cuidadores y salud mental en México*. CONAPRED.
- Cruz, M. (2019). *Enfermedades crónicas en el adulto mayor: retos y perspectivas*. Fondo de Cultura Económica.
- Cruz-López, M. (2020). *Comparativo entre cuidadores formales e informales en México*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Cuesta, C. (2009). *El cuidado familiar: una revisión crítica*. *Investigación y educación en enfermería*, 27(1), 96-102. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105213198010>
- Díaz, P., Hernández-Padilla, J., et al. (2020). *Sobrecarga del cuidador primario de pacientes diagnosticados con Alzheimer*. Amelica.

- Domínguez-Ruvalcaba, J., & López, M. (2020). *El síndrome de sobrecarga en cuidadores informales: un análisis desde la salud pública en México*. Editorial Médica Panamericana.
- Fernández, L. (2019). *Estrategias de intervención en el cuidado informal*. Enfermería y Sociedad, 14(2), 78-89.
- Fernández, L., & López, M. (2019). *Programas de apoyo al cuidador familiar en España: un modelo integral*. Universidad de Barcelona.
- Flores, C. (2020). *Redes comunitarias y cuidado informal: una mirada desde México*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Flores, J., & Torres, R. (2021). *Experiencias de apoyo comunitario para cuidadores en México*. Universidad Autónoma de México.
- Flores, M., Fuentes, L., & González, M. (2009). *Cuidadores primarios y su papel en el cuidado del adulto mayor*. Revista de Salud Pública, 11(3), 45-53.
- García, L. (2018). *El envejecimiento en México: retos para el sistema de salud*. Revista de Salud Pública, 20(2), 215-223.
- García, M. (2021). *Cuidado físico del adulto mayor: retos y estrategias*. Editorial Médica Panamericana.
- García-Peña, C. (2017). *Envejecimiento saludable y autocuidado en adultos mayores*. Salud Pública de México, 59(2), 166-172.
- García-Poma, I. (2021). *Capacitación para cuidadores familiares*. Universidad Iberoamericana.
- García-Ruiz, M., & Torres, L. (2020). *Aislamiento social y calidad de vida en cuidadores familiares de adultos mayores dependientes*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gómez, A., & Martínez, P. (2021). *Síndrome de burnout en cuidadores de personas mayores dependientes en México*. Editorial Médica Panamericana.
- Gómez, P., & Ruiz, S. (2020). *Políticas públicas de apoyo al cuidador en Canadá: beneficios y desafíos*. Instituto Canadiense de Salud Pública.
- Gómez-Dantés, O. (2020). *Retos del sistema de salud ante el envejecimiento*

- poblacional*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- González, F. (2019). *Infraestructura sanitaria y envejecimiento: necesidades y desafíos*. Editorial Médica Panamericana.
- González, L. (2020). *Cuidado informal de adultos mayores en México: desafíos y oportunidades*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- González, R. (2021). *Impacto económico del cuidado de adultos mayores en México*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Gutiérrez, C., & Hernández, M. (2022). *Atención primaria centrada en el envejecimiento poblacional*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Gutiérrez, L., & Torres, A. (2021). *Servicios formales de apoyo al cuidador primario en México*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Gutiérrez-Robledo, L. M. (2018). *Envejecimiento y salud: Un enfoque integral*. México: Editorial Médica Panamericana.
- Hernández, A., & López, F. (2020). *El reto del apoyo social a cuidadores en el sector informal mexicano*. Colegio de México.
- Hernández, A., & Vázquez, P. (2019). *Políticas de apoyo a cuidadores primarios en México: Retos y perspectivas*. Instituto Nacional de Geriátría.
- Hernández, L. (2021). *Síndrome de burnout en cuidadores de personas mayores*. Editorial Trillas.
- Hernández, L. (2022). *Participación social de las personas mayores en México*. El Colegio de la Frontera Norte.
- Hernández, M., & Vázquez, R. (2018). *Determinantes sociales y salud en adultos mayores*. Revista Mexicana de Geriátría y Gerontología, 34(1), 45-53.
- INEGI. (2022). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad*. INEGI.
- INEGI. (2022). *Estadísticas sobre envejecimiento en México*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2020). *Condiciones de salud y riesgos laborales en cuidadores primarios*. IMSS.

- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2022). *Bienestar emocional y cuidado del adulto mayor*. IMSS.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Censo de Población y Vivienda 2020*. INEGI.
- Instituto Nacional de Geriátría. (2019). *Guía para cuidadores de personas adultas mayores dependientes*. INGER.
- Instituto Nacional de Geriátría. (2020). *Situación de los cuidadores informales de personas mayores en México*. INGER.
- Instituto Nacional de Geriátría. (2021). *Informe sobre la salud de las personas adultas mayores en México*. Ciudad de México: INGER.
- Instituto Nacional de Geriátría. (2021). *Manual de autocuidado para cuidadores de personas mayores*. INGER.
- Instituto Nacional de Geriátría. (2021). *Panorama epidemiológico del envejecimiento en México*. Secretaría de Salud.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). (2025). *La importancia del autocuidado en cuidadores de personas mayores dependientes*. Gobierno de México.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2021). *Prevención de lesiones en cuidadores*. INSP.
- Jiménez, F. (2021). *Atención geriátrica en instituciones públicas: desafíos y oportunidades*. Revista de Políticas en Salud, 14(3), 88-96.
- Jiménez, R. (2022). *Percepción y afrontamiento del cuidado prolongado*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Jiménez-Salcedo, R. (2019). *Vivencias del cuidador informal de adultos mayores*. Revista Mexicana de Ciencias Gerontológicas, 11(2), 45-52.
- Jiménez-Torres, A., & Salazar, R. (2020). *Alteraciones del sueño y fatiga en cuidadores de pacientes crónicos*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- López, A. (2022). *Impacto económico del cuidado de adultos mayores*. Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM.

- López, J. (2018). *Aspectos biopsicosociales del envejecimiento*. Trillas.
- López, J. (2021). *Modelos internacionales de atención al envejecimiento*. Fondo de Cultura Económica.
- López, M. (2020). *Prevención de la sobrecarga en cuidadores primarios*. Fondo de Cultura Económica.
- López, M. (2021). *Desafíos del cuidado de personas mayores en zonas rurales mexicanas*. El Colegio de Michoacán.
- López, M., & Martínez, J. (2020). *Integración de redes formales e informales en el cuidado de adultos mayores*. Fondo de Cultura Económica.
- López, P., & Hernández, J. (2016). *La valoración geriátrica integral como herramienta clínica*. Medicina Geriátrica, 12(4), 201-209.
- López, V. (2019). *El cuidador en la política pública de salud*. Instituto Nacional de Geriátrica.
- López-Ortega, M. (2017). *Multimorbilidad en adultos mayores: Implicaciones para la práctica clínica*. Revista Médica del IMSS, 55(6), 670-676.
- Luna, P. (2017). *Apoyo psicológico a cuidadores: una necesidad invisible*. Revista Psicología y Salud, 12(3), 55-63.
- Luna-López, A. (2020). *Políticas públicas para el adulto mayor en México*. Gaceta Médica de México, 156(4), 365-372.
- Martínez, A., & López, M. (2020). *Envejecimiento saludable: estrategias de prevención en salud pública*. Editorial Trillas.
- Martínez, L. (2018). *Redes de apoyo comunitarias para el cuidado de adultos mayores*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Martínez, M. (2016). *Sueño saludable*. Revista de Neurología, 63(2). Recuperado de <https://ses.org.es/does/rev-neurología2016.pdf>
- Martínez, P., & López, S. (2020). *Aspectos emocionales del cuidado en la vejez*. Siglo XXI Editores.
- Martínez, R. (2019). *Atención integral al adulto mayor: enfoque multidisciplinario*. Editorial Médica Panamericana.

- Martínez, R., & Torres, D. (2020). *Intervención comunitaria en la salud del adulto mayor*. Revista Iberoamericana de Salud Comunitaria, 8(2), 112-124.
- Martínez-González, S., & Herrera, J. (2021). *Impacto físico del cuidado prolongado en la salud del cuidador primario*. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Medicina Paliativa. (2015). *Repercusiones del cuidar en las necesidades básicas del cuidador primario de pacientes crónicos y terminales*. Medicina Paliativa.
- Medina, A., & Flores, P. (2020). *Cuidado informal y salud emocional en cuidadores familiares*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Méndez, F. (2022). *Visibilidad y derechos del cuidador informal*. Centro de Estudios Sociales, UNAM.
- Mendoza, C., & Salazar, G. (2021). *Visibilidad y reconocimiento del cuidador en México*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mendoza, L. (2019). *Perspectiva de género en el cuidado de adultos mayores en México*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mendoza, P., & Ruiz, S. (2021). *Sostenibilidad del cuidado familiar y redes de apoyo*. Colegio de México.
- Mendoza, R., & Paredes, J. (2021). *El rol del cuidador primario en el contexto del envejecimiento poblacional*. Revista de Ciencias de la Salud, 19(1), 101-112.
- Mendoza-Núñez, V. M. (2014). *Transición epidemiológica y envejecimiento poblacional*. Revista Médica del Hospital General de México, 77(3), 166-172.
- Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. (2025). *El sistema de la dependencia necesitará 260 000 profesionales más en 2030 para hacer frente al envejecimiento*. Gobierno de España.
- Morales, A. (2020). *Apoyo institucional al cuidador primario: experiencias internacionales*. Universidad de Salamanca.
- Morales, S., & Quiroga, V. (2021). *Capacitación y autocuidado en cuidadores informales*. Revista Latinoamericana de Salud Pública, 15(2), 134-142.
- Morales-Carmona, E. (2019). *Fragilidad en el adulto mayor: diagnóstico y manejo*. Medicina Interna de México, 35(2), 207-215.

- Moreno, D., & Álvarez, G. (2020). *Capacitación en cuidados geriátricos para familiares*. Secretaría de Salud.
- Muñoz, R. (2011). *Las políticas públicas de la vejez en México*. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, (71), 35-60. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/393/39348325003.pdf
- Naciones Unidas. (2022). *Envejecimiento mundial: retos y oportunidades*. Naciones Unidas.
- Navarro, T. (2021). *Formación continua para cuidadores de adultos mayores*. Boletín de Educación en Salud, 5(1), 22-31.
- Olivares, L. (2020). *Modelos integrados de cuidado domiciliario*. Secretaría de Salud.
- ONEVAL. (2020). *Informe de evaluación de la política de desarrollo social en México*. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- OPS. (2021). *Transformación de los sistemas de salud frente al envejecimiento*. Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Actividad física*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Impacto del aislamiento social en cuidadores de adultos mayores*. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Autocuidado y salud comunitaria*. OPS.
- Ortega, F., & Silva, G. (2019). *El reconocimiento social del cuidado informal*. Revista de Estudios Sociales, 18(3), 67-75.
- Otero, A., et al. (2011). *Impacto sobre el cuidador principal de una intervención*

- realizada a personas mayores dependientes. Atención Primaria.*
- Otero, A., Zunzunegui, M. V., Rodríguez, A., Aguilar, M. D., & Lázaro, P. (2004). *Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento de la población española*. Revista Española de Salud Pública, 78, 201-213.
- Pacheco, A. (2021). *Políticas públicas para el cuidado del cuidador*. Consejo Nacional de Evaluación.
- Patiño, J. (2020). *Desafíos del cuidado a prolongado plazo en adultos mayores*. Revista Gerontológica de México, 26(4), 210-219.
- Peña, C., & Salinas, M. (2018). *Redes de apoyo y sostenibilidad del cuidado domiciliario*. Revista de Trabajo Social y Salud, 22(2), 143-152.
- Pérez, A. (2019). Capacitación a cuidadores primarios: una estrategia para mejorar el cuidado domiciliario. Enfermería y Salud, 27(1), 55-62.
- Pérez, D. (2022). *Estrategias de autocuidado para cuidadores familiares*. Editorial Narcea.
- Pérez, F. (2022). *Políticas públicas y envejecimiento en México*. El Colegio de México.
- Pérez, J. (2021). *Capacitación y apoyo para cuidadores informales: un reto pendiente en México*. Universidad de Guadalajara.
- Pérez, R., & Medina, L. (2021). *Cuidado informal de personas mayores en México: retos y perspectivas*. El Colegio de México.
- Pérez, R., & Vargas, S. (2021). *Cuidado informal y envejecimiento: perspectivas domésticas*. Universidad de Guadalajara.
- Pérez, S. (2020). *Dinámicas familiares y distribución del cuidado de adultos mayores*. Universidad de Guadalajara.
- Pérez-López, A., & Mendoza, E. (2019). *Carga emocional y depresión en cuidadores familiares: un estudio en el contexto mexicano*. Universidad de Guadalajara.
- Programa Nacional de Salud Mental. (2020). *Estrategias para la prevención del desgaste emocional*. SSA.
- Ramírez, D. (2021). *Autocuidado y envejecimiento saludable*. Universidad Autónoma Metropolitana.

- Ramírez, D., & Gómez, L. (2022). *Marco normativo y políticas para cuidadores primarios en México*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Ramírez, F., & Cruz, G. (2019). *Importancia de las redes informales en el cuidado de personas mayores*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ramírez, F., & Ortega, H. (2018). *Aislamiento social en cuidadores de personas mayores*. Universidad Veracruzana.
- Ramírez, F., Ortega, H., & Sánchez, P. (2023). *Infraestructura y atención geriátrica en zonas rurales*. Universidad Autónoma de Yucatán.
- Ramos-Cerqueira, A. T. A. (2016). *Enfermedad de Alzheimer: manejo clínico y repercusiones*. Revista de Neurología, 62(1), 25-33.
- Rangel, M., & Torres, H. (2018). *Impacto emocional del cuidado en familiares de adultos mayores*. Revista Psicología y Comunidad, 10(1), 88-99.
- Reyes, F., & Salgado, M. (2018). *Políticas públicas y cuidado de adultos mayores en situación de dependencia*. El Colegio de México.
- Reyes, J., & Morales, S. (2017). *Infraestructura hospitalaria y atención a la diversidad socioeconómica*. Revista de Administración en Salud, 9(1), 33-41.
- Ríos, V., & Hernández, R. (2021). *Costos económicos del cuidado informal en la Ciudad de México*. Universidad Iberoamericana.
- Rivas, E. (2022). *Instituciones de salud y envejecimiento: modelos de atención*. Revista Latinoamericana de Políticas Sanitarias, 15(1), 44-59.
- Rodríguez, R., Lazcano, G., Medina, M., & Hernández, M. (2011). *Práctica de la geriatría*. México: McGraw Hill.
- Romero, R. (2021). *Desafíos del cuidador rural en el cuidado sénior*. Colegio de la Frontera Sur.
- Ruiz, C., & Delgado, J. (2020). *Carga del cuidador y calidad del cuidado*. Fondo de Cultura Económica.
- Salazar, E. (2018). *Formación de recursos humanos para la atención geriátrica en México*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Salazar, V. (2019). *Formación y profesionalización de cuidadores en México*.

Universidad Iberoamericana.

Salgado, V. (2020). *Modelos de atención centrados en la persona en geriatría*. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 55(3), 149-156.

San Miguel, L. (2018). *Funciones del cuidador primario de adultos mayores*. Fondo de Cultura Económica.

Sánchez, V., & Jiménez, R. (2019). *Políticas públicas y redes de apoyo al cuidador en México*. El Colegio de Michoacán.

Sánchez, V., & Ramírez, P. (2022). *La legislación y los derechos de los cuidadores familiares en México*. El Colegio de Michoacán.

Sánchez-Hernández, V., & Bravo, F. (2021). *Implicaciones económicas del cuidado prolongado en el hogar*. Colegio de México.

Santos, L. (2019). *Perfil epidemiológico del adulto mayor hospitalizado*. Boletín Médico de Geriatría, 25(2), 65-73.

Secretaría de Bienestar. (2021). *Formación de cuidadores en México*. Gobierno de México.

Secretaría de Salud. (2019). *Salud mental en cuidadores primarios de personas mayores*. Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud. (2020). *Ley General de Salud*. México: Diario Oficial de la Federación.

Secretaría de Salud. (2020). *Lineamientos de atención a personas adultas mayores en México*. Gobierno de México.

Secretaría de Salud. (2020). *Políticas públicas para el envejecimiento saludable en México*. Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud. (2022). *Guía de autocuidado para cuidadores primarios*. SSA.

Secretaría de Salud. (2022). *Panorama epidemiológico de las enfermedades crónicas en México*. Secretaría de Salud.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. (2022). *Servicios de apoyo a cuidadores*. DIF.

Suárez, P., & Velasco, D. (2019). *Sobrecarga y desgaste en cuidadores informales*.

- Salud y Bienestar, 8(2), 55-64.
- Taset, Y. (2017). *Estrés psicológico en los cuidadores familiares de ancianos con demencia vascular*. Revista Chilena de Neuropsicología, 12(2), 1-7. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/1793/179354005005004.pdf
- Torres, G. (2022). *Modelos internacionales de cuidado de prolongado plazo*. Fondo de Cultura Económica.
- Torres, J., & Jiménez, M. (2020). *El impacto del agotamiento del cuidador en la calidad del cuidado*. Universidad Autónoma de México.
- Valdez, E. (2020). *Modelos de atención centrados en paciente y cuidador*. Revista Gestión y Salud, 14(2), 115-124.
- Vargas, E. (2019). *Evaluación objetiva del trabajo de cuidado*. Universidad Nacional de Colombia.
- Vargas, E., & Hernández, L. (2018). *Apoyo familiar y salud mental del cuidador*. Universidad de Guadalajara.
- Vargas, E., & Martínez, J. (2021). *Programas gubernamentales de apoyo a cuidadores en México: avances y desafíos*. Instituto Nacional de Geriatria.
- Vargas, S. (2019). *Dimensiones sociales del cuidado informal*. Universidad de Guadalajara.
- Vega, C. (2021). *Enfoque integral del cuidado de adultos mayores en México*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Villalobos, M. (2019). *Edadismo y derechos humanos de las personas mayores*. Boletín Mexicano de Derecho Comparado, 52(154), 199-225.
- Zabalegui, A., Canalias, M., Fornas, C., & Robles, D. (2013). *Cuidando al cuidador. Guía práctica y recomendaciones para el cuidador*. Recuperado de <https://portal.hospitalclinic.org/3bb8f30560548eefc20f15db38ac0e0da8e1401.pdf>
- Zepeda, P. (2019). *Envejecimiento poblacional y participación social en México*. Universidad de Guadalajara.