

## ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

### **Estímulos contextuales que influyen en el nivel de adaptación del cuidador familiar del adulto mayor**

*Lidiette Gómez-López<sup>1</sup>\*, María Moreno-González<sup>2</sup>, Roberth Pool-Góngora<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Maestra en Ciencias de Enfermería. Unidad Multidisciplinaria Tizimín, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán, Tizimín, Yucatán, México. Correo electrónico: lidiette.gomez@correo.uady.mx

<sup>2</sup> Maestra en Ciencias de Enfermería. División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya-Salvatierra, Universidad de Guanajuato, Celaya, Guanajuato, México.

<sup>3</sup> Maestro en Ciencias de Enfermería. Unidad Multidisciplinaria Tizimín, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Yucatán, Tizimín, Yucatán, México.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir la influencia de los estímulos contextuales en el nivel de adaptación del cuidador familiar del adulto mayor. **Diseño y Metodología:** Estudio correlacional, prolectivo, no experimental, transversal, prospectivo, realizado durante enero 2013 a junio 2014, muestra de 70 cuidadores. Las variables descriptivas fueron: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, ingreso económico mensual, religión, tiempo de parentesco, tiempo de cuidado del adulto mayor y las de estudio, los estímulos contextuales: funcionalidad familiar y condición del cuidador, así como el nivel de adaptación del cuidador familiar del adulto mayor en los modos de función del rol e interdependencia. Se aplicó un instrumento compuesto por el instrumento ZERIMAR, APGAR familiar y escala ZARIT, utilizando estadística descriptiva para las variables sociodemográficas y de estudio, y análisis de regresión múltiple para prueba de hipótesis. **Resultados:** Predominó el sexo femenino (78.6%), estado civil casado (57.1%), ocupación ama de casa (67%), religión católica (74.3%), relación de parentesco padre - hijo (64.3%), modo función del rol e interdependencia con nivel de adaptación integrado (98.6% y 83%), funcionalidad familiar normofuncional (78.6%) y condición del cuidador con ausencia de carga (85.7%). **Discusión:** El cuidador familiar del adulto mayor al adquirir este rol se encuentra influenciado por estímulos, y si responde correctamente ante estos, podrá generar un comportamiento eficaz y lograr un nivel de adaptación integrado.

**Conclusión:** A mayor funcionalidad familiar mayor nivel de adaptación en el modo de interdependencia, y a menor sobrecarga del cuidador, mayor nivel de adaptación en el modo de función del rol.

**Palabras Clave:** Nivel de adaptación, Estímulos contextuales, Cuidador familiar, Adulto mayor.

## **ABSTRACT**

Researching based on the Adapting Model of Sor Callista Roy in order to describe how the contextual incentives have an extant influence on the adapting level of an elder family caregiver. **Methodology:** This is a correlational, prolective, non experimental, transverse and prospective research made from January 2013 to June 2014 with a simple of 70 elder caregivers. A compound instrument was applied by the ZERIMAR, family APGAR and the ZARID scale instrument. Taking a descriptive statistic for sociodemographic and study variables and an analysis of multiple regression for the hypothesis test. **Outcomes:** prevailing the female sex (78.6%), “married” as marital status (57.1%), working housewife (67%), catholic religion (74.3%) and parent-child relationship (64.3%). An adapting level of 98% and 83% respectively on the function role mode and interdependence was found, a 78% of normal family functionality and a 85.7% of the caregiver condition with non load. The hypothesis test was obtained through a Pearson correlation which proved: family function and role function  $r = .35$ , caregiver over load and role function  $r = -0.733$ , interdependence mode and family functionality  $r=0.688$ , interdependence mode and caregiver over load  $r = -0.403$  and each one with a significant level of  $p > 0.05$ . **Conclusion:** the higher family functionality the higher the adapting level in the interdependence mode and the lower a caregiver overload the higher the adapting level in the role function.

**Keywords:** Level of adaptation, contextual stimuli, Family Caregiver, elderly.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años la vejez como tema de investigación ha ocupado a muchos especialistas de diversas disciplinas. Es importante explicar desde diferentes perspectivas, el envejecimiento de la población como uno de los fenómenos sociales de mayor trascendencia al iniciar el siglo XXI <sup>1</sup>.

El envejecimiento en los seres humanos es un proceso que se inicia desde la concepción y se desarrolla a lo largo de toda la vida, determinado por factores genéticos así como ambientales. Este proceso se caracteriza por alteraciones somáticas morfofuncionales y psicológicas, que provocan la disminución de las facultades físicas y cognoscitivas <sup>2</sup>.

En México, se considera adulto mayor a la persona que cuente con 60 años o más de edad de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM) <sup>3</sup>. El adulto mayor es una persona con gran fragilidad, ya que envejecer es comúnmente experimentado fisiológicamente como un progresivo decline en las funciones orgánicas-psicológicas, así como de una pérdida de las capacidades sensoriales-cognitivas. Por lo que evidentemente, las personas de la tercera edad requieren de mayor atención médica que personas de corta edad, porque son vulnerables a enfermedades, lo que los lleva a incrementar complicaciones en su salud y a generar dependencia de otras personas conocidas como "cuidadores"<sup>4, 5</sup>. Los cuidadores son definidos como "aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones" <sup>6</sup>.

En nuestro contexto, la familia es el principal apoyo o soporte social, debido al compromiso moral y la responsabilidad que por tradición se ha legado a los integrantes del núcleo familiar, por lo tanto, la función y compromiso de un cuidador familiar debe ser direccionada bajo la perspectiva de la adquisición o mejoramiento del nivel de adaptación al cuidado de la persona a quién se cuida<sup>7</sup>.

La familia dispone de cualidades como la cohesión y la adaptabilidad, valores y recursos médicos, y cuando se expone a momentos críticos que implican perturbaciones, por lo general aparece la disposición de uno de los miembros como

cuidador directo, entonces se inicia así una alteración en la dinámica familiar, que si no se supera de modo satisfactorio, se puede desarrollar una serie de alteraciones entre las que se incluye el síndrome del cuidador, la cual genera cambios profundos en la vida de los implicados y puede modificar su nivel de adaptación <sup>7, 8</sup>.

Cuando el cuidador toma la determinación de cuidar a su familiar, habitualmente no proyecta cuanto tiempo pueda durar en el cuidado, ni cómo puede repercutir en los roles que la gente puede ocupar en la sociedad, definidos por Sor Callista Roy, como el modo de función del rol, y en las relaciones cercanas con la gente, como individuos y grupos, definida como el modo de interdependencia. A medida que el tiempo de cuidado avanza, el cuidador va creando una relación única con la persona al cuidado, de tal manera que con el paso del tiempo, podría llegar a sentir que cuida las 24 horas del día, lo que puede influir en el estado de salud del cuidador, y que estén presentes respuestas ineficaces ante este rol asignado<sup>9</sup>, el cual es concedido por la propia persona quien cuida, al tener en cuenta un deber ético basado en la responsabilidad y la relacionalidad, que se expresa a través de la empatía, la solidaridad, la solidaridad y la comprensión <sup>10</sup>.

Por lo tanto, cuidar a una persona adulta mayor, exige mucho tiempo y dedicación; siendo frecuente en los cuidadores el cansancio físico, la sensación de que la salud ha empeorado, sentimiento de enfado e irritabilidad, así como también sentimientos de culpa por considerar no alcanzar hacer todo lo que su familiar necesita <sup>11</sup>.

Con la finalidad de contribuir y potencializar el funcionamiento de las actividades dirigidas a los cuidadores familiares de los adultos mayores, fue necesario describir desde la perspectiva de Sor Callista Roy <sup>12</sup>, quién señala que el principal objetivo de enfermería es ayudar a las personas a adaptarse a los cambios del entorno para alcanzar un nivel óptimo de bienestar, a través de la identificación de cómo la influencia de los estímulos contextuales de funcionalidad familiar y condición del cuidador, repercute en el nivel de adaptación en los modos de función del rol e interdependencia del cuidador familiar; y con ello proponer un nuevo concepto al Modelo de Adaptación de Roy, como apoyo a la profesión de enfermería.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que en el año 2020 habrá en las Américas 200 millones de personas de más de 60 años y se estima que esa cifra subirá a 310 millones en el 2050 <sup>13</sup>.

Siendo a nivel mundial el envejecimiento un fenómeno demográfico, donde las mismas sociedades experimentan un aumento de su población mayor de 60 años y una reducción en el porcentaje de niños y adolescentes, esto significa que la proporción de adultos mayores ha rebasado el 10% de la población mundial <sup>11</sup>.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), de acuerdo a las cifras de la Encuesta Intercensal 2015, estima que la población en México es de 119 millones 530,753 habitantes, de los cuales 51.4% son mujeres y 48.6% son hombres. La representación de la distribución de la población en la pirámide de edad muestra como ésta se ha transformado. La pirámide de 2015 se ensancha en el centro y se reduce en la base, donde se ve disminuido la proporción de los niños, mientras que el de los adultos y adultos mayores se ha incrementado <sup>14</sup>.

En 2015, la población que se encontró en el grupo de 15 a 64 años, constituyó el 65.4% y la población en edad avanzada representó el 7.2%. En contraste, en el año 2010 la participación de estos grupos era de 64.4% y 6.2%, respectivamente, mientras que la edad mediana en el país fue de 27 años. Esta transformación, muestra que el país se encuentra en una etapa donde se hace evidente el proceso de envejecimiento<sup>14</sup>.

La tasa de crecimiento de la población, inicia su descenso en la década de los setentas, continúa con esta tendencia, aunque en menor ritmo ubicándose en 1.5 para el 2015. Considerando que en esa época la entidad federativa con el mayor peso relativo de adultos mayores era Tlaxcala con 15.4%, seguido de Zacatecas con 14.3% y Yucatán con 13.9%. En el estado de Yucatán según la Encuesta Intercensal 2015, la población total fue de 2 097 175 habitantes; de los cuales 49.0% fueron hombres y 51.0% mujeres. Los adultos y adultos mayores pasaron de 6.9% en 2010 a 7.8% en 2015, siendo la edad mediana en Yucatán de 28 años <sup>14</sup>.

El hecho de que la población de adultos mayores vaya en aumento, muestra la necesidad de que se desarrollen planes de acción para la atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, lo social y lo económico. Que por un lado se

garantice una atención médica y psicológica de calidad, una sociedad que no los segregue y estigmatice, sino al contrario, que los dignifique y al mismo tiempo que el gobierno asuma su responsabilidad en la creación de políticas reales, dirigidas a esta población, para llevar una vida digna y de calidad <sup>11</sup>.

Tizimín, Yucatán es un municipio que cuenta con 77 621 habitantes, de los cuales 7682 son adultos de más de 60 años, observándose también la existencia del incremento de adultos mayores en su población <sup>14</sup>. La gran mayoría de este grupo de edad, acuden a los distintos módulos de salud del Centro Urbano de la Secretaria de Salud (SS), los cuales son atendidos por presentar diferentes enfermedades crónico-degenerativas como la Diabetes tipo 2, Hipertensión arterial, Dislipidemias, enfermedades Cardiovasculares, entre otras, colocándolos en un rol de dependencia, en donde los familiares, principalmente el género femenino son las que asumen el rol de cuidador, siendo un rol heredado en nuestra sociedad debido a que la población aún conserva su cultura y costumbres propias de la región <sup>6</sup>, al desempeñar un rol preponderante en las funciones diagnósticas y curativas de su familiar en el momento de enfermedad o dependencia. Ya que, en la cultura maya, cuando los miembros del núcleo familiar enferman, se intenta encontrar una explicación a la enfermedad, administrando los remedios curativos, eligiendo al curador y encargándose la propia familia de los cuidados del enfermo, debido al apego afectivo existente entre ellos, distinguiéndose de esta forma el rol social que se debe cumplir <sup>15</sup>.

Al respecto de las temáticas de interés en el presente estudio, existen diferentes investigaciones relacionadas, entre las cuales se encuentra: López G. Toledo. 2009. "El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud". Donde se demuestra que existe una sobrecarga en el cuidador, puesto que la mayoría de los cuidadores son únicos y además presentan enfermedades crónicas, tienen edad media de 57,6 años y el tiempo medio como cuidador es de 4,2 años, lo cual contribuye a que su salud sea mala o muy mala, observándose una mayor ansiedad y depresión en el grupo de cuidadores, así como una mayor frecuencia de posible disfunción familiar y de sensación de apoyo insuficiente, con lo que se indica la necesidad de actuaciones multidisciplinarias

encaminadas a apoyar a los cuidadores tanto de forma preventiva como de soporte <sup>16</sup>.

Arriola O, y Vera R. México. 2010. Desarrollaron una investigación cuasi-experimental en la ciudad de Celaya, Gto. "Intervención de enfermería en el modo de autoconcepto e interdependencia en el cuidador del adulto mayor". Estudiaron a los cuidadores que acompañaban al adulto mayor a la consulta de geriatría, integraron un grupo control y un grupo de estudio e implementaron la intervención de enfermería "Enseñanza de salud". Los resultados muestran específicamente en el modo de interdependencia que los cuidadores se vieron más afectados en la relación con las personas significativas (54.1%), obteniendo una diferencia de 1.045 respecto a la primera medición, que con los sistemas de apoyo (37.09%), y sugiere que la intervención al cuidador debe ser continua con el apoyo del equipo multidisciplinario de salud <sup>17</sup>.

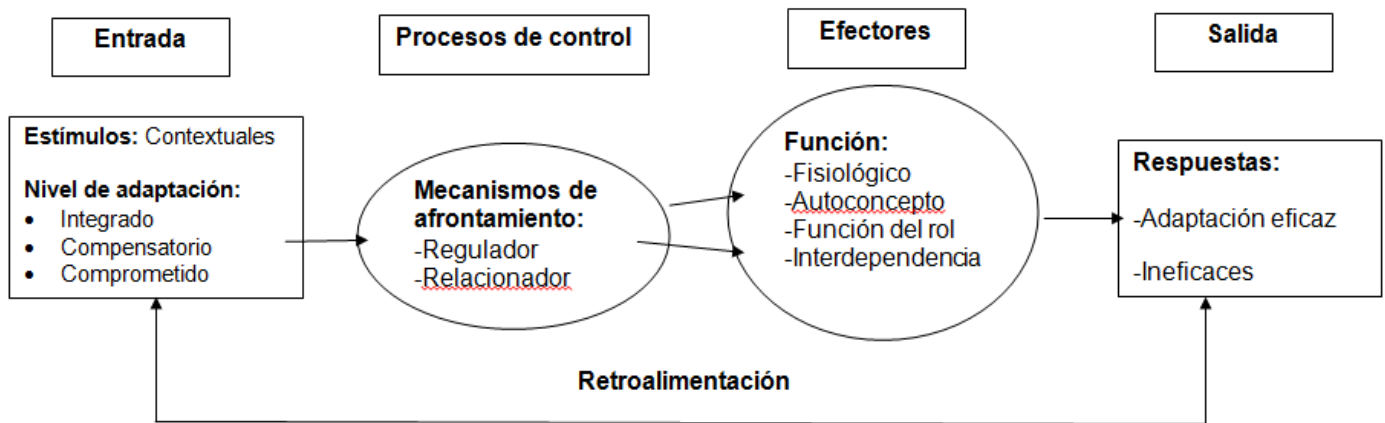
Dentro de este contexto, las necesidades del "cuidador familiar" identificado como el miembro de la familia que asume la mayor parte de la responsabilidad, y por lo tanto, soporta mayor sobrecarga física y emocional del cuidado de la persona, varían según el estado de salud de la persona cuidada, el apoyo o funcionalidad familiar y social disponible, la capacidad económica, la facilidad al acceso en los servicios de salud públicos, el conocimiento y la experiencia acerca del cuidado de los problemas de salud de su familia, pero especialmente del nivel de adaptación en el rol de cuidador.<sup>18</sup> El cuidador familiar se caracteriza por ser mujer, con lazos de parentesco, generalmente la esposa o una hija, que asume el rol de cuidador, convirtiéndose de esta forma en los cuidadores familiares de los adultos mayores que brindan un cuidado informal, que no reciben remuneración o retribución económica <sup>19</sup>.

Cuidar a un adulto mayor "implica ver la vida de una manera diferente", por tanto, la función y compromiso de este cuidador que asume el cuidado de su familiar, debe ser direccionada bajo la perspectiva de la adquisición o mejoramiento de la adaptación al cuidado<sup>5</sup>, según el Modelo de Callista Roy.

Conforme a lo anterior, la presente investigación se basó en el modelo de adaptación de Callista Roy, la cual ha tenido una gran influencia sobre la profesión

de enfermería, al visualizar a los seres humanos como sistemas adaptantes humanos holísticos, es decir, que funcionan como un todo en una expresión unificada de comportamiento humano significativo. En dicho modelo, la meta de enfermería es ayudar al ser humano a adaptarse a los cambios en sus necesidades fisiológicas, en su autoconcepto, a los cambios del rol, o en sus relaciones interdependientes durante la salud y la enfermedad <sup>18</sup> (Ver figura 1). Ante ello, se diseñó el presente estudio con el objetivo de describir la influencia de los estímulos contextuales en el nivel de adaptación del cuidador familiar del adulto mayor.

**Figura 1.** Descripción del Modelo de adaptación de Sor Callista Roy.



Fuente: Modelos y teorías de Enfermería: Modelo de Sor Callista Roy.

Sor Callista Roy en su modelo estipula lo siguiente: el **estímulo** se ha definido como el que provoca una respuesta, es el punto de la interacción del sistema y del ambiente humano. Los estímulos pueden venir externamente del ambiente (estímulos externos) o pueden originar en el ambiente interno (estímulos internos) <sup>12</sup>. Se describen tres clases de estímulos que forman el ambiente: **estímulo focal**, es el estímulo interno o externo lo más inmediatamente posible en el conocimiento del sistema humano; es al que ha de enfrentarse la persona de forma más inmediata. **Estímulo contextual**, son el resto de los estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal, es decir, son todos los factores ambientales, los cuales se pueden presentar al sistema humano dentro o fuera, pero de los cuales



no es el centro de atención o la energía. **Estimulo residual**, son factores ambientales dentro o fuera de los sistemas humanos, donde los efectos de estos estímulos son confusos de la situación actual. A simple vista no se puede observar que está teniendo un efecto en la persona <sup>12</sup>.

Los estímulos contextuales de funcionalidad familiar y la condición del cuidador, suelen influir en el nivel de adaptación del cuidador familiar para el cuidado del adulto mayor. Por tanto, se puede definir la funcionalidad familiar, como la colección de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que ésta como unidad funcione bien o mal <sup>20</sup>.

La **adaptación** es el proceso de responder de forma positiva ante los cambios del entorno en el que se encuentra inmersa la persona. **El primer nivel de adaptación es el nivel integrador**: describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo para satisfacer las necesidades humanas. **El segundo nivel de la adaptación es el nivel compensatorio**: en el cual los mecanismos reguladores y cognitivo se activan por un estímulo, y se producen alteraciones de los procesos integrados, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, procurando restablecer la organización del sistema y el nivel de adaptación. **El tercer nivel de adaptación es el nivel comprometido**: se representa cuando los procesos integrados y compensatorios son inadecuados y se presenta un problema de adaptación <sup>21</sup>.

Los **modos de adaptación** son parte de los procesos internos y actúan como efectores del sistema. Son categorías de conducta para adaptarse a los estímulos. Utilizados para determinar el nivel de adaptación de la persona <sup>19</sup>.

**Modo fisiológico y físico**: son las necesidades básicas del organismo y las formas de adaptación. En este caso, los procesos que hacen frente, están asociados al funcionamiento fisiológico así como las respuestas que resultan son comportamientos fisiológicos. Incluye 9 componentes: cinco necesidades básicas: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad/descanso, protección y cuatro procesos complejos: integridad de la piel, sentidos, líquidos/electrolitos, la función neurológica y endócrina. **Modo de autoconcepto**: se define como la integridad psíquica y espiritual, la necesidad en la persona de saber quién es uno; son las creencias y los

sentimientos de uno mismo. Incluye la identidad física (sensación e imagen corporal), identidad persona (autocoherencia y autoideal), la identidad moral y ética (autoobservación y autoevaluación) <sup>19</sup>. **Modo de función del rol:** se centra específicamente en los roles que la gente ocupa en la sociedad. La necesidad básica subyace en el modo de la función del rol, se ha identificado como la integridad del rol social con claridad del individuo por si solo y en sociedad <sup>10</sup>. Estos roles se dividen en tres: *Rol primario*, atribuido a la edad, sexo y etapa de desarrollo, el cual determina la mayoría de los comportamientos encontrados en una persona según su etapa de desarrollo, el *Rol secundario*, es aquel que una persona asume ya sea padre, esposa, profesional y el *Rol terciario*, es aquel que se elige libremente por la persona, de naturaleza temporal, es una tarea de menor importancia dentro de su desarrollo actual como ser miembro de un club <sup>19</sup>. **Modo de interdependencia:** se centra en relaciones cercanas con la gente, como individuos y grupos, más que roles en sociedad. En el cual la necesidad de la integridad más que asociarse al efecto, al desarrollo, a la maduración, y a recursos, se complementa. El modelo de Roy observa que cada sistema humano individual o colectivo se esfuerza por la integridad emparentada por cada una de estas áreas, con el objetivo de satisfacer las necesidades de afecto, de desarrollo y de recursos, para alcanzar la necesidad básica de la integridad emparentada del modo de la interdependencia. Está relacionado con los procesos afectivos, de desarrollo y de recurso, con los que el individuo continúa creciendo como persona y como miembro que contribuye de la sociedad <sup>12</sup>.

Las relaciones interdependientes se dividen en dos categorías: significativas y sistemas de ayuda. Las significativas son los individuos a los cuales se da la mayoría del significado o de la importancia para una persona que pueden ser padres, esposo, amigos, Dios, miembros de la familia o aún un animal. Los sistemas de ayuda incluyen la gente, grupos, y las organizaciones con las cuales uno se asocia para lograr las metas o alcanzar un cierto propósito <sup>19</sup>.

Roy pretendió que el enfoque de cuidado de enfermería se diera hacia la adaptación del hombre. Se considera que la meta de enfermería debe estar dirigida hacia

promover la adaptación de la persona y la sociedad, en cada uno de los modos para contribuir a la salud y a una calidad de vida de las personas <sup>21</sup>.

## **DISEÑO Y METODOLOGÍA**

Tipo de estudio correlacional, prolectivo, no experimental, de diseño transversal, prospectivo, realizado durante el período de enero 2013 a junio 2014 en la localidad de Tizimín Yucatán. El tamaño de la población está constituido por 343 cuidadores familiares de adultos mayores, registrados por el Centro de Salud Urbano de Tizimín, Yucatán. La muestra fue de 70 cuidadores familiares, la cual fue determinada considerando un tamaño de efecto mediano de 0.15 definido por  $f^2 = R^2/(1 - R^2)$ , es decir se esperó obtener un coeficiente de regresión lineal múltiple de  $R^2 = 0.13$  para cada nivel de adaptación con relación a la funcionalidad familiar y condición del cuidador, con un nivel de significancia de 0.05 y un poder de 0.80 con el programa GPower 3.1. El muestreo fue probabilístico aleatorio simple.

Los criterios de inclusión fueron ser cuidador familiar de una persona adulta mayor a partir de 60 años, residentes en el municipio de Tizimín, Yucatán, que acepten de manera voluntaria participar en la investigación, edad de 18 a 69 años, debido a que en este rango de edad el cuidador aún conserva su capacidad intelectual y motriz para brindar el cuidado, y con el mismo domicilio que el adulto mayor, ya que presentan mayor accesibilidad, afecto y compromiso debido a la cercanía del lugar con el adulto mayor; los de exclusión, ser cuidadores cuyos adultos mayores se encuentren hospitalizados al momento de la entrevista. Las variables descriptivas consideradas fueron: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, ingreso económico mensual, religión, tiempo de parentesco, tiempo de cuidado del adulto mayor, y las variables de estudio, los estímulos contextuales: funcionalidad familiar y condición del cuidador, así como el nivel de adaptación del cuidador familiar del adulto mayor en los modos de función del rol e interdependencia.

Para la investigación se integró el instrumento “Estímulos contextuales en el nivel de adaptación del cuidador familiar” el cual está conformado por tres instrumentos: el instrumento ZERIMAR <sup>22</sup>, utilizado para medir el nivel de adaptación del cuidador familiar del adulto mayor en el modo de función del rol e interdependencia, el cual

fue adaptado a la temática del estudio con la previa autorización del autor, siendo validada por expertos en el área. Este consta de tres apartados, el primero presenta los datos generales del estudio con 9 ítems, de los cuales 5 ítems con opción múltiple y 4 respuesta abierta. El segundo apartado corresponde al modo función del rol, este demostró una confiabilidad de 0.85, con la prueba estadística de Alfa de Cronbach, este mismo se divide en tres dimensiones, el rol primario, secundario y terciario, con un total de 21 ítems, con cinco opciones de respuesta; nunca, casi nunca, pocas veces, casi siempre y siempre, cada uno de ellas con valor de 0 a 4, todas las preguntas son positivas a excepción de las preguntas 1, 2, 11, 17, 18 y 21 que tienen sentido negativo. Las puntuaciones para analizar la información de acuerdo a los niveles de adaptación que maneja Roy se presentan en el cuadro 1. El tercer apartado correspondiente al Modo de Interdependencia, demostró una confiabilidad de 0.92, con la prueba estadística de Alfa de Cronbach. Se encuentra conformado con 26 ítems, siendo en su mayoría positivas a excepción de las preguntas 1 y 7. Se divide en dos dimensiones, la primera corresponde a las personas significativas y la segunda a los sistemas de apoyo; cuenta con 5 opciones de respuesta con un valor de 0 a 4 respectivamente y una escala de medición tipo Likert con las siguientes escalas: nunca, casi nunca, pocas veces, casi siempre y siempre (Ver cuadro 2).

**Cuadro 1.** Interpretación de los niveles de adaptación de acuerdo a los puntajes del modo de función del rol.

Dimensiones	Distribución de ítems	Rango	Nivel comprometido	Nivel compensatorio	Nivel integrado
<b>Modo de función del rol</b>	1-21	0-84	0-28	29-56	57-84
<b>Primer rol</b>	1-10	0-40	0-13	14-26	27-40
<b>Segundo rol</b>	11-16	0-24	0-8	9-16	17-24
<b>Tercer rol</b>	17-21	0-20	0-6	7-13	14-20

**Cuadro 2.** Interpretación de los niveles de adaptación de acuerdo a los puntajes del modo de Interdependencia.

Dimensiones	Distribución de ítems	Rango	Nivel comprometido	Nivel compensatorio	Nivel integrado
<b>Modo de Interdependencia</b>	1-26	0-104	0-34	35-69	70-104
<b>Personas significativas</b>	1-15	0-60	0-19	20-39	40-60
<b>Sistemas de ayuda</b>	16-26	0-44	0-13	14-27	28-44

Para medir la funcionalidad familiar, se llevó a cabo mediante el instrumento APGAR familiar, el cual valora la percepción de la persona sobre la función familiar. Ésta es una escala tipo Likert que consta de cinco ítems <sup>23</sup>. La prueba estadística alfa de Cronbach fue de 0.84; el instrumento cuenta con tres niveles Normofuncional (7-10 puntos), Disfuncional leve (0-2 puntos) y Disfuncional grave (3-6 puntos) <sup>24</sup>.

La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, es la más utilizada a nivel internacional, consta de un listado de 22 preguntas con respuestas tipo likert, que describen el sentir de los cuidadores ante el cuidado. Para cada respuesta se debe elegir una opción que va de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre). El rango de puntuación es de 21 a 88 puntos, y a mayor puntuación, mayor carga percibida por parte del cuidador. El punto de corte para ausencia de carga se localiza en menos de 46, para sobrecarga se encuentra entre 46-55 y sobrecarga intensa a partir de los 56 puntos. Presenta una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.91, en el estudio original <sup>25, 26</sup>.

Para el análisis estadístico de los datos empleados para determinar la influencia de los estímulos contextuales (funcionalidad familiar y condición del cuidador) en el nivel de adaptación del cuidador familiar del adulto mayor, se analizaron los datos utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows versión 21.0, para describir las variables sociodemográficas y de estudio, se utilizó estadística descriptiva a través

de tablas de frecuencias y porcentajes, gráficas, medidas de tendencia central y de dispersión. Para la prueba de hipótesis se realizó un análisis de regresión múltiple para determinar la relación entre los estímulos contextuales y el nivel de adaptación. Siendo la hipótesis general del estudio: los estímulos contextuales funcionalidad familiar y condición del cuidador influyen significativamente en el nivel de adaptación del cuidador familiar del adulto mayor; y las hipótesis específicas: 1) los estímulos contextuales funcionalidad familiar y condición del cuidador se relacionan con el nivel de adaptación modo función del rol. 2) Los estímulos contextuales funcionalidad familiar y condición del cuidador se relacionan con el nivel de adaptación modo de interdependencia.

El protocolo fue sometido para su revisión y aprobación al Comité de investigación de la Universidad de Guanajuato; posterior a la aprobación se solicitó la autorización de la dirección del Centro de Salud Urbano de Tizimín, Yucatán, para desarrollar el proyecto de investigación. Las consideraciones éticas y legales se realizaron de acuerdo al reglamento de la ley general de salud <sup>27</sup> y a lo establecido en la Declaración de Helsinki <sup>28</sup>.

## RESULTADOS

Con respecto a las características sociodemográficas, la distribución de frecuencias indicó para el sexo, que el porcentaje de mujeres fue mayor (78.6%) que el de los hombres (21.4%); en cuanto al estado civil, los casados (57.1%) y los solteros (28.6%) fueron los más presentes, siendo la ocupación ama de casa la más alta (67%); en relación a la religión, la católica (74.3%) obtuvo más porcentaje; sobre el parentesco del adulto mayor con el cuidado familiar, el porcentaje más alto fue con el padre (64.3%) seguido del esposo (11.4%) (Ver cuadro 3).

**Cuadro 3.** Características sociodemográficas género, estado civil, ocupación, religión, y parentesco del adulto mayor con el cuidador familiar.

Tizimín, Yucatán. 2014.

Variable	Categorías	f	%
Género	Masculino	15	21.4
	Femenino	55	78.6

	Total	70	100.0	
Estado civil	Soltero	20	28.6	
	Casado	40	57.1	
	Viudo	1	1.4	
	Unión Libre	8	11.4	
	Divorciado	1	1.4	
	Total	70	100.0	
Ocupación	Estudiante	2	2.9	
	Ama de casa	47	67.1	
	Profesionista	3	4.3	
	Ejercicio independiente	13	18.6	
	Otro	5	7.1	
	Total	70	100.0	
Religión	Católico	52	74.3	
	Testigo de Jehová	3	4.3	
	Evangelista	5	7.1	
	Cristiano	9	12.9	
	Otra	1	1.4	
	Total	70	100.0	
Parentesco del adulto mayor con el cuidador	Esposo	8	11.4	Instrumento contextuales en el adaptación del
	Padre (madre)	45	64.3	
	Tío (a)	1	1.4	
	Cuñada (o)	1	1.4	
	Otro	15	21.4	
	Total	70	100.0	

Fuente:  
 “Estímulos  
 nivel de  
 cuidador familiar”.  
 n= 70

La edad de los cuidadores familiares varió de 19 a 69 años con una media de 42.99 años y desviación estándar (DE) de 13.56 años, la escolaridad tuvo una media de 8.16 años con DE de 4.49 años, el salario tuvo un mínimo de \$ 800 y un máximo de \$ 7,000 con una media de \$ 2,784.29 y DE de \$ 1,094.47, el tiempo de cuidar al adulto mayor varió de 1 a 25 años, con media de 9.79 y DE de igual a 6.56 años.

En las variables de estudio dependiente según la distribución de frecuencias se encontró el Nivel de adaptación en el modo de función del rol, que 69 cuidadores familiares de adultos mayores presentan un nivel de adaptación integrado (98.6%), sobre el nivel compensatorio, representado por un familiar (1.4%). De los roles que la gente ocupa en la sociedad, se encontró en el nivel integrado los tres roles inmersos el modo de función de rol de la persona, con un 100% el rol primario, un

95.7% el rol secundario y con un 90% el rol terciario, dando como resultado en este modo un comportamiento con una respuesta adaptativa (Ver cuadro 4). En el Nivel de adaptación en el modo de interdependencia el nivel predominante fue el nivel integrado (83%), siendo el menor el nivel comprometido (1.4%), con respecto a las personas significativas el nivel predominante fue el nivel integrado (81%) así como en los sistemas de ayuda (83%) (Ver cuadro 5).

**Cuadro 4.** Medidas categóricas del modo de función del rol del cuidador familiar del adulto mayor. Tizimín, Yucatán, 2014.

	Compensatorio		Integrado		Total	
	f	%	f	%	f	%
Función del rol	1	1.4	69	98.6	70	100
Primer rol	0	0.0	70	100.0	70	100
Segundo rol	3	4.3	67	95.7	70	100
Tercer rol	7	10.0	63	90.0	70	100

Fuente: Instrumento “Estímulos contextuales en el nivel de adaptación del cuidador familiar”.  
n= 70

**Cuadro 5.** Medidas categóricas de Modo de interdependencia del cuidador familiar del adulto mayor. Tizimín, Yucatán. 2014.

	Comprometido		Compensatorio		Integrado		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Modo de Interdependencia	1	1.4	11	15.7	58	83	70	100
Personas significativas (Esposo, padres, hijos, hermanos y abuelos)	1	1.4	12	17.1	57	81	70	100
Sistemas de ayuda	1	1.4	11	15.7	58	83	70	100

Fuente: Instrumento “Estímulos contextuales en el nivel de adaptación del cuidador familiar”.  
n= 70

En las variables de estudio independientes en cuanto a la funcionalidad familiar del cuidador, predominó la familia normofuncional (78.6%), seguida de la disfuncional grave (20%) y la disfuncional leve (1.4%). En la condición del cuidador se encontró



en su mayoría con una ausencia de sobrecarga (85.7%), seguida de la sobrecarga (11.4%) y por último la sobrecarga intensa (2.9%).

Para la prueba de hipótesis se confirma en la correlación de Pearson entre la funcionalidad familiar y la función del rol de  $r = 0.35$ , significativa ( $p < 0.05$ ), lo que significa una correlación mediana en la que a mayor funcionalidad familiar se incrementa la función del rol. Se encontró una correlación alta entre la sobrecarga del cuidador y la función del rol de  $r = -0.733$ , significativa ( $p < 0.05$ ), la que se interpreta de que a más sobrecarga del cuidador menor función del rol.

La correlación de Pearson entre el modo de interdependencia y funcionalidad familiar fue grande así como positiva ( $r = 0.668$ ), con una significancia  $p = 0.000$ , esto indica que al incrementarse la funcionalidad familiar aumenta en buena medida el modo de interdependencia. La correlación entre el modo de interdependencia con la sobrecarga del cuidador fue mediana y negativa ( $r = -0.403$ ). Al ser significativas estas correlaciones ( $p < 0.05$ ), se extrapolan a la población, no encontrándose problemas de multicolinealidad entre las variables.

## DISCUSIÓN

González, C. 2015 refiere que el cuidado es un componente básico de la ética de lo humano y, por ello, de la actividad sanitaria, porque pone de relieve el deber de ponerse en lugar del otro para comprender sus necesidades y sentimientos. Pone a prueba la calidad de nuestras relaciones y responsabilidades, de nuestra empatía, de nuestra solidaridad y de nuestro corazón<sup>10</sup>. Motivo por el cual los cuidadores familiares de los adultos mayores adquieren este rol, la cual tiene influencias por estímulos, tales como la funcionalidad familiar y la condición del cuidador, considerados como estímulos contextuales de acuerdo con el Modelo de Callista Roy, los que modifican su comportamiento, y contribuyen a establecer el nivel de adaptación que los cuidadores presentan al desempeñar su rol, por lo que este estudio representa una importante aportación sobre el tema.

En el presente estudio predominó el sexo femenino (78.6%) en el cuidador familiar del adulto mayor, siendo los descendientes de primer grado de la persona cuidada (principalmente la hija) o conyugues que desempeñan principalmente este rol de

cuidador del adulto mayor <sup>22</sup>, la ocupación primordial son amas de casa (sin trabajo fuera del domicilio) poniendo de manifiesto que la actividad de cuidar a un adulto mayor recae en las mujeres, quizá porque la práctica de cuidar está ligada a la naturaleza y condición de la actividad femenina y es el reflejo de todo el contexto social de reciprocidad, obligación y responsabilidad, aunque sin reconocimiento ni valor social. Todo lo anterior, tiene relación con los argumentos de González C. 2015, al expresar que la base de la esencia humana no se encuentra sólo en la razón y en la inteligencia, en la libertad y la creatividad, sino en la sensibilidad, la cercanía, la empatía, la solidaridad, la comprensión, “el cuidado”, la cual verifica el tipo de ser humano y la estatura moral de cada uno <sup>10</sup>.

Por otra parte, la religión que profesan los cuidadores es la católica y la gran mayoría de los cuidadores son de estado civil casados; hallazgos que coinciden con los estudios realizados por Dueñas E. 2009, López G. 2009, Arriola O. 2010, y Zavala-Rodríguez. 2009. <sup>8, 16, 17, 29</sup>.

La muestra poblacional contempla a cuidadores familiares entre 19 y 69 años de edad, con una media de 42.99, similar a lo encontrado por Zavala-Rodríguez y Arriola O, en sus investigaciones <sup>17, 29</sup>, un nivel de estudios básico-medio, y con varios años en el desempeño de la función del rol (media de 9.79 años). Lo que indica que actualmente se cuenta con cuidadores con una diversidad de edades, con varios años en el cuidado del adulto mayor, con un nivel de estudios medio (secundaria y/o bachillerato), equivalente a seis años de estudios posterior a la educación primaria. De acuerdo al modelo Callista Roy, en su rol primario atribuido a la edad, sexo y etapa de desarrollo, va a determinar los comportamientos encontrados en la persona según la etapa de desarrollo en la que se encuentre y permitir de esta manera un nivel de adaptación al rol que desempeña en la actualidad.

Con base en el nivel de adaptación en el modo función del rol, el 98.6% de los cuidadores familiares obtuvo un nivel de adaptación integrado; resultados diferentes reportó Ramírez OM <sup>22</sup> en su estudio del Nivel de Adaptación: rol e interdependencia de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria, donde el nivel predominante en este modo fue el compensatorio con un 52% de las personas del estudio. De

acuerdo a Roy el nivel de adaptación integrado es el máximo nivel que puede alcanzar la persona y el cual indica que desempeña eficazmente su rol correspondiente.

En relación con el nivel de adaptación en el modo de interdependencia, el 83% de los cuidadores familiares encuestados se encontró en el nivel de adaptación integrado, coincidiendo con el estudio realizado por Ramírez OM <sup>22</sup> donde el nivel predominante fue el integrado con el 64% de los participantes. Esto nos indica Según el Modelo de Callista Roy, que las personas en este caso los cuidadores familiares en este nivel de adaptación, se esfuerzan por alcanzar la necesidad básica de la integridad emparentada, satisfaciendo las necesidades de afecto, de desarrollo y de recursos, permitiendo de esta manera que el cuidador familiar siga creciendo como persona y como miembro de la sociedad en la que se encuentra inmerso, por lo que en este caso el personal de enfermería deberá fortalecer los lazos familiares, así como tener una vigilancia adecuada en el desarrollo de la persona.

La mayoría de las investigaciones no abordan la funcionalidad familiar cuando estudian las consecuencias de ser cuidador. Aun que es conocido que la realización de los cuidados de los adultos mayores con frecuencia recae en un miembro de la familia, supone cambios de roles en sus miembros y esto puede ocasionar situación de disfunción. En el estudio se ha encontrado que el 78.6% de los cuidadores familiares manifestó que integran una familia normofuncional, similar a lo encontrado por Zavala-Rodríguez entorno a la opinión de los cuidadores familiares <sup>29</sup>. Esto ya que pueda estar relacionado con que un alto porcentaje de cuidadores son mujeres. Así mismo se ha encontrado en el estudio cuidadores con familias disfuncionales graves del 20%, cifra superior al de la investigación que aporta este dato <sup>16</sup>.

No obstante, en la condición del cuidador, el 85.7% expresó ausencia de carga, lo que difiere con los resultados encontrados por Dueñas E y López G en sus estudios, donde dichos porcentajes son menores <sup>8, 16</sup>. Conocer el grado de sobrecarga del cuidador familiar es importante porque esta demuestra su relación con la calidad de vida del mismo y porque existen evidencias de que la sobrecarga puede verse mitigada a través de diferentes intervenciones realizadas con los cuidadores <sup>30</sup>.

La variable que más predominó sobre el modo de función del rol del cuidador, fue la sobrecarga, la cual influyó significativamente sobre su nivel de adaptación en ese modo de función del rol, el cual permite al cuidador familiar desempeñar eficazmente sus funciones como cuidador y adaptarse al entorno en el cual está inmerso actualmente; lo anterior tiene coincidencia con el estudio realizado por Bohórquez V.<sup>31</sup> quién expresa que los cuidadores soportan diferentes grados de sobrecarga física y emocional, y con ellos un mejor nivel de adaptación a su rol.

En el modo de interdependencia tuvo mayor predominio la funcionalidad familiar, lo que significa que al incrementar la funcionalidad familiar aumenta el modo de interdependencia. Estos resultados coinciden con el estudio Zavala-Rodríguez<sup>29</sup>, donde el 91 % de las personas del estudio presentan una familia funcional, permitiendo que éstas tengan una pertenencia familiar, y permitan vínculos emocionales positivos que los ayudan a desempeñar mejor sus actividades dentro de la sociedad.

## **CONCLUSIÓN**

En el presente estudio, los estímulos contextuales, la funcionalidad familiar y la condición del cuidador, tienen una influencia significativa en el nivel de adaptación del cuidador familiar del adulto mayor, por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa. Destacando que, a mayor funcionalidad familiar, mayor nivel de adaptación en el modo de interdependencia, y a menor sobrecarga del cuidador mayor, mayor nivel de adaptación en el modo de función del rol. Encontrándose que los cuidadores familiares en su mayoría cuentan con un nivel de adaptación integrado. Sin embargo, no por ello el personal de enfermería debe confiar que de esa manera se mantendrán estos cuidadores, por lo que se considera que es importante crear lazos familiares estrechos, que permitan que el cuidado del adulto mayor sea algo grato y beneficioso para ambas partes, y que, a la misma vez, permita mitigar la sobrecarga del cuidador, dando como resultado una adaptación eficaz al rol del cuidador familiar.

Asimismo los resultados encontrados en el estudio contribuyen en el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores, así como el de sus cuidadores

familiares y su entorno, ya que la institución de salud conoce el panorama de la sociedad adulta mayor y el impacto que este cuidado a tenido en sus cuidadores, y con esto se está en la posibilidad de reducir costos en el nivel sanitario y desarrollar nuevas estrategias de intervención para promover programas de salud en la región para el manejo de la integración familiar y la adaptación eficaz a este rol dentro de la sociedad Tizimileña.

## REFERENCIAS

1. Villagómez G. No es pecado envejecer. México: Ed. Miguel Ángel Porrúa; 2013.
2. Reyes Torres I., Castillo Herrera J. El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. Rev Cubana Invest Bioméd [online]. 2011 [Citado 19 octubre 2016]; 30 (3): 454-459. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v30n3/ibi06311.pdf>
3. SEGOB. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Diario Oficial de la federación. 2012 [Citado 13 septiembre 2013].  
Disponible en:  
[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012)
4. Dionne Espinosa, M. F. Centro de Recreación para Adultos Mayores. Tesis Licenciatura. Arquitectura. Departamento de Arquitectura, Escuela de Artes y Humanidades, Universidad de las Américas Puebla. Enero [Citado 25 enero 2016].  
Disponible en:  
[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lar/dionne\\_e\\_mf/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf)
5. Urrusuno F, Rodríguez R, Vázquez A, Regla L. Violencia doméstica en la tercera edad. Rev Cubana Salud Pública [online]. 2010 [Citado 15 septiembre 2013]; 36 (2): 189-191. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v36n2/spu16210.pdf>
6. Flores E; Rivas E y Seguel F. Nivel de Sobrecarga en el Desempeño del Rol del Cuidador Familiar de adulto mayor con dependencia severa. Cienc. enferm. [online]. 2012 [Citado 20 octubre 2016]; 18 (1): 29-41. Disponible en: [http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n1/art\\_04.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n1/art_04.pdf)

7. Rojas M. Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. *Av. Enferm*, 2007; 25 (1): 33-45.
8. Dueñas E, Martínez A. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. 37 (2) (Supl 1), 2006 (Abril-Junio).
9. Mendoza SL, Soler E, Sainz L, Gil I, Mendoza HF, Pérez C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar*. México. 2006. 8(1): 27-32.
10. González Quintana C. Ética del cuidado. *Revista CONAMED*. [En internet]. Octubre – diciembre 2015. [Consultado 28 enero 2017]; 20 (4); 187-190. Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/231/375>
11. Gonzales A, Rangel C. Calidad de vida en el adulto mayor. Instituto de geriatría. [Citado 19 junio 2013]. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/34.pdf>
12. Alligood RM, Marriner TA. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 7ª Edición. España; Elsevier Mosby; 2011.
13. Organización Mundial de la Salud. *Envejecimiento y ciclo de vida*. Abril 2012 [Citado 10 junio 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
14. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015: Estados Unidos Mexicanos, 2015 [Citado 27 enero 2016]. Disponible en: [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825078966.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825078966.pdf)
15. Garrido Ramos, B. La mujer en la cultura maya. *Revista digital de Artes y Humanidades*. [En internet]. 2014 [Consultado 28 enero 2017]; (5): 74-80. Disponible en: [https://scholar.google.com.mx/scholar?q=costumbres+y+cultura+maya+&btnG=&hl=es&as\\_sdt=0%2C5&as\\_ylo=2013](https://scholar.google.com.mx/scholar?q=costumbres+y+cultura+maya+&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2013)

16. López G, Orueta R, Gómez M, Sánchez A, Carmona J, Alonso F. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev Clin Med Fam* [internet] 2009 [Citado 15 septiembre 2013]; 2 (7): 332-339. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2009000200004>
17. Arriola OM. Intervención de enfermería en el modo de autoconcepto e interdependencia en cuidador del adulto mayor. [Tesis Maestría]. Celaya, Universidad de Guanajuato; Septiembre 2010.
18. Isla Pera P. El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Cultura de los cuidados*. [En internet]. 2000. [Consultado 28 enero 2017]; 4 (7 y 8): 187-194. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5122/1/CC\\_07-08\\_22.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5122/1/CC_07-08_22.pdf)
19. Roy C. *The Roy Adaptation Model*. 3ª ed. Person education in, Upper Saddle River, New Jersey; 2009.
20. Mendoza SL, Soler E, Sainz L, Gil I, Mendoza HF, Pérez C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar*. México. 2006. 8(1): 27-32
21. Wesley R. *Teorías y modelos de enfermería*. 2ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana. 1997.
22. Ramírez OM, García CM, Alarcón RM. Nivel de Adaptación: rol e interdependencia de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2008; 16(3): 145-153.
23. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract* 1982; 15: 303-11
24. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria* 1996; 18 (6): 289-295.
25. Breinbauer H, Vásquez H, Mayanz S, Guerra C, Millán T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev. méd. Chile* [revista en la Internet]. Mayo 2009 [Citado 24 noviembre 2013]; 137(5): 657-665. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003498872009000500009&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872009000500009&lng=es)

26. Camacho L, Yokebed Hinostrosa G, Jiménez A. Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. Octubre-Diciembre 2010; 7 (4).
27. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 1984 [Citado 13 julio 2013]. Disponible en: [http://www.cibiogem.gob.mx/Norm\\_leyes/Documents/normatividad-SSA/071006RLSMIS.pdf](http://www.cibiogem.gob.mx/Norm_leyes/Documents/normatividad-SSA/071006RLSMIS.pdf)
28. Asociación Médica Mundial: Declaración de Helsinki Adoptados por la 18ª Asamblea General de la WMA, Helsinki, Finlandia, Junio 1964, y corregido por la 59ª Asamblea General de la WMA, Seúl, Octubre de 2008.
29. Zavala-Rodríguez M, Ríos M, García G, Rodríguez C. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. Chía Colombia. Universidad de la Sabana Colombia. Diciembre 2009 [Citado 23 enero 2013]; 9 (3): 257-270. Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b5ca7c4f-c557-43de-9cda-7a9c509cfa9b%40sessionmgr4003&vid=2&hid=4214>
30. Sánchez B. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. *Investigación y educación en enfermería*. Universidad de Antioquia. Vol. XIX, No 2, Septiembre 2001. p. 36-50.
31. Bohórquez V, Castañeda B, Trigos L, Orozco L, Camargo F. Eficacia de la intervención enfermera para cuidadores con cansancio del rol del cuidador. *Rev Cubana Enfermer* [revista en la Internet]. Sep 2011 [Citado 31 julio 2014]; 27(3): 210-219. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192011000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000300005&lng=es)