

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

NADA HUMANO ME ES AJENO

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Prevención de riesgo del cuidador primario informal, un acompañamiento desde la Promoción de la Salud

TRABAJO RECEPCIONAL. TESINA QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA

Belem Sharon Mejia Soñanes

Directora

Dra. Patricia Bustamante Camilo

Codirectora

Dra. Rocío Gómez Cansino

Ciudad de México marzo, 2025.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS ©

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

DEDICATORIA

Dedico mi tesis principalmente a Dios, por darme la fuerza necesaria para culminar esta meta.

A mis padres, por todo su amor y por motivarme a seguir hacia adelante, gracias por enseñarme el valor de la educación y brindarme todo su apoyo para alcanzar mis metas.

También a mis hijos, por entender que, durante el desarrollo de mi tesis, fue necesario sacrificar situaciones y momentos a su lado para así poder completar exitosamente mi trabajo académico. Me dieron el último empujón para lograrlo, espero que lo tomen de ejemplo para que a futuro sean unos profesionistas.

A mi pareja por su paciencia y comprensión, su constante presencia y sus palabras de aliento que me ayudaron a superar los momentos de desánimo y frustración, quien me ha acompañado de manera incondicional.

Y finalmente, a mi jefa directa de trabajo, quien me dio su cariño y su apoyo sin dudarle para poder terminar este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A mi directora de tesis, la Dra. Patricia Bustamante Camilo, por su orientación y apoyo han sido invaluableles en este proceso; su conocimiento, paciencia y compromiso han sido fundamentales para mi éxito académico. Esta tesis es un testimonio de su guía experta y amable.

A mi Co-Directora, la Dra. Rocío Gómez Cansino, por darse el tiempo para este trabajo. Gracias por ser una maestra excepcional.

A mis lectores

Cada uno desde su área de estudio ha contribuido de manera significativa en la elaboración de este trabajo.

A mi casa de estudios

La Universidad Autónoma de la Ciudad de México, por su respaldo incondicional durante todo el proceso de investigación de mi tesis. Ha sido un honor y un privilegio el estudiar en esta hermosa Institución, la cual me otorgó conocimiento y excelencia académica. Agradezco a cada uno de los profesores y miembros del personal por su dedicación y compromiso en brindar una educación de calidad.

A Servicios Estudiantiles

Por el apoyo proporcionado durante mi carrera profesional y por su apoyo al proporcionarme la beca para el desarrollo de la tesis.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	6
III. OBJETIVOS.....	7
3.1. Objetivo General.....	7
3.2. Objetivos Específicos.....	7
IV. JUSTIFICACIÓN.....	8
V. MARCO TEÓRICO.....	9
5.1. Salud.....	9
5.2. Salud mental.....	12
5.2.1. Problemas de Salud Mental.....	13
5.3. Promoción de la Salud.....	16
5.3.1. Definición.....	16
5.3.2. Antecedentes hostóricos.....	17
5.4. La Familia.....	23
5.4.1. Estructura Familiar.....	23
5.4.2. Organización Familiar.....	24
5.4.3. Ciclo Vital de la familia.....	26
5.5. El Cuidador Primario.....	27
5.5.1. El CPI del Adulto Mayor Dependiente.....	29
5.5.2. Tipos de dependencia.....	31
5.5.3. Salud del CPI.....	31
5.6. Políticas Públicas del CPI.....	34
5.7. Perspectiva de la Promoción de la Salud para los CPI.....	41
5.8. Alternativas para CPI que no cuentan con servicios de salud.....	42
5.9. Estrategias para cuidar el estado psicoemocional del CPI.....	46
5.10. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM).....	48
5.10.1. Historia del INAPAM.....	48
VI. MATERIALES Y MÉTODOS.....	50
6.1. Tipo de estudio.....	50
6.2. Tamaño de la población.....	50
6.3. Criterios de selección.....	50
6.4. Encuesta.....	50
6.5. Base de datos.....	51
6.6. Análisis de datos.....	51

VII. RESULTADOS y DISCUSIÓN	50
VIII. CONCLUSIONES.....	67
IX. REFERENCIAS	68
X. ANEXOS	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Antecedentes de la Promoción de la Salud.	22
Figura 2.	Clasificación de las personas adultas mayores por sexo y edad	40
Figura 3.	CPI de acuerdo con el rango de edad	52
Figura 4.	Género del CPI	53
Figura 5.	Nivel de estudios del CPI	53
Figura 6.	Estado civil del CPI	53
Figura 7.	Ocupación del CPI	55
Figura 8.	Parentesco del CPI con el AMD	56
Figura 9.	Seguridad social del AMD	56
Figura 10.	Dependencia económica del CPI	57
Figura 11.	Tiempo empleado del CPI al cuidado del AMD	60
Figura 12.	Jornada laboral diaria del CPI	60
Figura 13.	Funciones del CPI para el cuidado del AMD	62
Figura 14.	Funciones que le causan estrés al CPI	63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Modelos de salud	11
Tabla 2	Problemáticas de salud mental	14
Tabla 3	Problemas de salud mental del CPI	15
Tabla 4	Tipos de crianza familiar	24
Tabla 5	Tipos de familias	25
Tabla 6	Aspectos familiares	25
Tabla 7	Organización y dinámicas familiares	26
Tabla 8	Etapas principales del ciclo familiar	27
Tabla 9	Características del CPI	28
Tabla 10	Funciones del CPI para el adulto mayor dependiente	29
Tabla 11	Tipos de dependencia del AMD	30
Tabla 12	Carga de trabajo del CPI	32
Tabla 13	Alternativas del CPI	33
Tabla 14	Requerimientos del CPI para mantener salud espiritual	34
Tabla 15	Medidas adoptadas para garantizar la seguridad social de los adultos mayores	39

Tabla 16	Unidades de Especialidades Médicas y Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones	44
Tabla 17	Operacionalización de variables	51
Tabla 18	Padecimientos AMD	59

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1	Consentimiento informado	80
Anexo 2	Encuesta del cuidado del adulto mayor	82
Anexo 3	Tríptico	85

PALABRAS CLAVE

INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
CPI	Cuidador Primario Informal
CPF	Cuidador Primario Formal
AMD	Adulto Mayor Dependiente
ENOE	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo
ELCOS	Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CONAPO	Consejo Nacional de Población
ENOEN	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición
OMS	Organización Mundial de la Salud
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia humana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PS	Promoción de la Salud
INAPAM	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
SNC	Sistema Nacional de Cuidados
LGBTIQ	Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar
PEMEX	Petróleos Mexicanos
ISSFAM	Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas
DIF	Desarrollo Integral de la Familia

GLOSARIO

CUIDADOS: Los cuidados se definen como las actividades específicas que realizan las personas para atender, asistir, acompañar, vigilar y brindar apoyo a las y los integrantes del hogar o a otras personas, con la finalidad de buscar su bienestar físico y la satisfacción de sus necesidades básicas. Dado que el cuidado involucra acciones de apoyo, en lo sucesivo se empleará sólo el término «cuidados».

PERSONAS CON DISCAPACIDAD O DEPENDIENTES: Se refiere a las personas que tienen mucha dificultad o que no pueden realizar alguna de las siguientes actividades: ver, incluso con lentes; oír, incluso con aparato; caminar, subir o bajar; recordar o concentrarse; bañarse, vestirse o comer; hablar o comunicarse; mover o usar sus brazos o manos; y/o a las personas con algún problema o condición mental que no podría vivir sola.

I. INTRODUCCIÓN

En México, la población de la tercera edad ha presentado mayor crecimiento en los últimos años, se estima que para el 2050, la pirámide se verá invertida por el aumento de adultos mayores (INEGI, 2020), donde prevalece el mayor número de personas mayores de 60 años respecto a niños ≤ 4 años (11,7 millones) vs (8,8 millones), mostrando que el fenómeno del envejecimiento es irreversible, al disminuir la tasa de natalidad e incrementar la mortalidad (Villavicencio, 2017).

En México, la fuente principal de ingresos y cuidados es la familia, que por tradición al interior se ha cuidado al familiar enfermo, sin conocimientos del cuidado previo y sin remuneración (Cuidador Primario Informal CPI).

En su mayoría viven en el mismo domicilio que el paciente, dedican de cuatro a cinco horas al día a su cuidado, si cuentan con el apoyo de un familiar, de no ser así, se dedican al 100%, provocando una sobrecarga laboral, prevalecen más las mujeres que los hombres, destacan familiares directos del paciente como la esposa, hija, nuera, que cumplen con la edad (45 a 65 años), estado civil (casadas o solteras) y primaria como grado de estudios. A nivel nacional, el total de los cuidadores se dividen en cuidadores informales (88%) y formales (12%), destacando las mujeres, familiares, como cuidador informal. Cuando el paciente sufre de incapacidad por movimiento, se convierte en un adulto mayor dependiente (AMD) y requiere un cuidador 24 horas, el personal de salud al no poder hacerse cargo al 100% del paciente, la familia directa se debe encargar del cuidado de su paciente o de contratar a un cuidador primario si cuenta con el recurso económico (Villavicencio, 2017).

Se abordarán conceptos de salud, sus modelos y la salud mental, destacando la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. La familia se define como unidad social esencial para la transmisión de valores y la socialización. Se describen los roles y características del Cuidador Primario Informal, así como su salud analizada en sus dimensiones física, mental y emocional, resaltando la necesidad de políticas públicas de los apoyen y los tipos de dependencia del Adulto Mayor Dependiente.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México la población adulta mayor, puede llegar a presentar una enfermedad crónica, una discapacidad o por envejecimiento, y puede requerir atención de un cuidador primario, ya sea a corto, mediano o a largo plazo, para su bienestar y calidad de vida. Por otro lado, el cuidador tendrá jornadas laborales, si estas últimas son de 4 horas o si son muy largas, si cuenta con ayuda para el cuidado del adulto mayor o es el único cuidador, por lo que puede tener repercusiones en su salud y bienestar (Vargas, 2022).

En 1930, en México la población de adultos mayores era menor del millón de personas (5.3%) de la población total. El Censo de Población y Vivienda en 2010, contabilizó 10.1 millones de adultos mayores lo que representa el 9.0% de la población total. En 1990, la población de 60 años y más alcanzó 5.0 millones de habitantes (52.9%), es decir, alrededor de 2.6 millones eran mujeres (53.5%), lo que pasó de 60.2% (1990) a 62.0% (2010) INEGI (2010). Para el 2020 vivían en México 15.1 millones de personas de 60 años o más, representando el 12% de la población (2021), indicando que de 1990 al 2020, la población pasó de 5 a 15.1 millones (INEGI, 2021).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición (ENOEN), en el segundo trimestre del 2022, la población fue de 17,958.707 personas \geq 60 años (14%) de la población total, en donde se encuentran tanto hombres (13%) como mujeres (15%); de 60 a 69 años (56%), 70 a 79 años (30%) \geq 80 años (14%). El porcentaje para los hombres de 60 a 69 años y para las mujeres \geq 80 años fue ligeramente más alto (INEGI, 2022). Así mismo, la dependencia del grupo etario (\geq 70 años) es alta, siendo el envejecimiento un elemento natural de vida, por lo que se

estima que en un futuro se incremente el número de cuidadores primarios informales, lo que hace que, dentro de las familias siempre habrá quienes se encarguen de realizar la tarea del cuidador. De acuerdo con la proyección actual de la población nacional, en 1950 había 5 personas \geq de 60 años/100 habitantes; para el 2022 había 33 personas \geq de 60 años/100 habitantes, clasificados como una población económicamente activa (PEA), mostrando una disminución con el envejecimiento del 43% (60 a 69 años) y del 21% (\geq 80 años) CONAPO (2023).

En México en el año 2016, la población dedicada al cuidado de personas dependientes fue de 286 mil cuidadores/100 cuidadores, siendo mujeres (97.8%) con un salario promedio de \$4320 pesos y para hombres (2.23%) de \$7030 pesos. Por otro lado, la edad promedio de los CPI fue de 37.6 años, con una jornada laboral de 38.5 horas/semana y un salario de \$36.3/hora para hombres, así como \$23.9/horas para mujeres (INEGI, 2017). Incrementando en el año 2023, hasta 103 mil CPI con un salario promedio de \$4550/hora, trabajando 33.7 horas/semana (INEGI, 2023).

El monitoreo constante del paciente puede ser estresante, angustioso y puede provocar problemas en la salud del cuidador destacando depresión, ansiedad, insomnio, cambios en el apetito, entre otros. Cabe destacar que la sobrecarga del cuidador puede provocar escasez emocional, cansancio y estrés, ya que el cuidado de un paciente puede ser solo por un día, semanas, meses e inclusive años, convirtiéndose en un trabajo de tiempo completo (Santos, 2022).

El CPI modifica su ritmo de vida, limitando su vida social, familiar o laboral, invierte tiempos prolongados al cuidado del paciente que lleva como consecuencia problemas físicos, mentales, sociales y económicos, volviéndose vulnerable el deterioro de su

salud (Flores, 2016). Algunos cuidadores no reciben el apoyo necesario, destacando la capacitación para adquirir habilidades, acceso a recursos médicos, sociales, económicos y pueden experimentar aislamiento social, falta de tiempo para satisfacer sus propias necesidades de salud y bienestar, problemas que presentan un impacto negativo significativo en la salud y la calidad de vida del cuidador primario, así como brindar atención adecuada a largo plazo para mantener su salud y bienestar tanto del cuidador como del paciente (González, 2023).

El mayor desgaste al que se enfrenta el cuidador, son las condiciones en las que se encuentra el paciente, destacando la edad, el nivel de dependencia, alteraciones mentales, cuidados de alta complejidad, entre otras. Asimismo, los CPI también enferman y se debe contemplar algunos factores como son: edad, enfermedades que padece, estado civil, trabajo, género, si tiene hijos a su cargo, el tiempo que se dedica al cuidado, lo cual afecta su salud emocional al generar estrés, ansiedad, depresión y alteraciones de sueño (Vargas, 2022).

Los efectos físicos del cuidado pueden ser directos o indirectos, el dolor muscular consecuencia de muchas actividades de cuidado, es un ejemplo de efecto directo, un efecto indirecto es la pérdida de oportunidades laborales por falta de tiempo o energía para trabajar o formarse. Las consecuencias negativas sobre la salud emocional son el estrés psicológico, mal humor, pérdida de control, depresión, culpa y frustración. De igual manera, existe un impacto económico por el cuidado, la dependencia genera costos directos, como cambios en la disponibilidad de recursos relacionados con el cuidado, gastos de bienes y servicios para el receptor por causa del cuidado; servicios de apoyo al cuidador, adaptación de vivienda, transferencias financieras, pago por ayudas técnicas, cubriendo estos gastos con la venta de patrimonio y el consumo de

ahorros. Finalmente, tiene un impacto en las relaciones sociales, la supervisión del paciente, mantiene al cuidador confinado en casa durante la mayor parte de su tiempo libre, lo que aumenta que ese tiempo lo dedique a las actividades domésticas e interfiriendo establecer y mantener relaciones sociales. En este sentido, se ha demostrado que el cuidado frecuente ocasiona alteraciones en la vida familiar, en cuanto a los efectos positivos, el cuidado puede fortalecer la unidad familiar (Roguero, 2010).

Es importante apoyar a los cuidadores primarios informales para que tengan una mejor calidad de vida, reducción del estrés, la sobrecarga y el gasto económico. Es por ello que, desde la Promoción de la Salud se busca dar el acompañamiento a los cuidadores primarios informales para facilitar la prevención de riesgos y afecciones del cuidador, así como herramientas para mejorar su rol con asesoramiento y orientación, acceso a recursos y servicios.

2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores sociales, económicos y emocionales que afectan la salud del cuidador primario informal, del adulto mayor dependiente mayor de 70 años en la Ciudad de México y Estado de México?

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Identificar los factores sociales, económicos y emocionales que afectan la salud del cuidador primario informal del adulto mayor dependiente mayor de 70 años, en la Ciudad de México y Estado de México.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Evaluar cómo se ve afectado el estado emocional y socioeconómico del cuidador primario informal.

3.2.2 Determinar las estrategias para prevenir la salud del cuidador primario informal, desde la Promoción de la Salud.

IV. JUSTIFICACIÓN

Este proyecto busca cómo la salud del cuidador primario informal a partir de su labor con el adulto mayor dependiente se ve afectada por diversos factores, destacando en la población nacional la baja tasa de natalidad y el aumento de la población adulta mayor, a causa de la pirámide invertida se requerirá en un futuro, el aumento de cuidadores primarios.

La Promoción de la Salud se relaciona con la prevención de riesgos del cuidador primario informal, ya que su bienestar y capacidad para cuidar están directamente vinculados a la calidad de vida de la persona que recibe el cuidado. Así mismo, se busca mejorar su salud física y mental, reducir el estrés y la sobrecarga, al recibir capacitación y talleres para favorecer su resiliencia mejorando su calidad de vida; con la finalidad de prevenir enfermedades crónicas, al reducir el riesgo para adquirir depresión y ansiedad, prevención de lesiones físicas por las actividades de cuidado (levantamiento, manipulación, etc.), protección contra el abuso, violencia y el acceso a recursos y servicios de apoyo. Promoviendo desde la promoción de la salud, estrategias para la prevención de riesgos vinculado a las Instituciones y profesionales involucrados.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Salud

El concepto de salud es muy complejo, ya que no sólo engloba la dimensión biológica, sino también muchas otras dimensiones que influyen para lograr obtenerla, tales como en lo físico, ambiental, mental, social y espiritual, que implica el proceso salud-enfermedad, así como los factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos. A lo largo del tiempo, el concepto de salud ha evolucionado, algunos años atrás, se basaba solo en lo biológico y la salud física, esta última solo dependía de cada individuo, por lo que si no se cuidaba se enfermaba, siendo estas indicaciones individualistas destacando el alimentarse sanamente, dormir más, ejercitarse, esto sin considerar factores importantes. Algunos autores e instituciones fueron modificando esta perspectiva y enfoque, dando una mayor visión dentro de las políticas públicas para crear entornos saludables (De la Guardia, 2020).

Castellanos (1998) citado por Alcántara (2008), mencionó a la situación de salud como:

“El conjunto de problemas de salud identificados, explicados y jerarquizados, que son consecuencia de las condiciones económicas, sociales, políticas y culturales de la población”. (pág. 13)

La Organización Mundial de la Salud OMS (1948) citado por Alcántara (2008), define la salud como:

“Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (pág. 5)

Alcántara (2008) lo dividió en tres dimensiones: estilo de vida, condiciones de vida y modo de vida; la primera se refiere a las decisiones que toman los individuos en función de sus hábitos y costumbres; el segundo habla de las prácticas que se realizan en diferentes grupos sociales y en el modo de vida de una sociedad en conjunto, parte de las condiciones económicas, sociales y culturales como determinantes de salud.

El concepto de salud ha sido criticado al generar polémica con la idea de normalidad en salud ya que una persona con VIH-SIDA, hepatitis B, entre otras, se ve completamente sana y lo mismo ocurre con personas que sufren de factores psicológicos y mentales, al observar un estado de bienestar físico y se cree que está sano, es decir, una visión simplista, basado en una medicina convencional la cual está enfocada en la cura de enfermedades. Por otro lado, la salud se observa como ausencia de enfermedad, al intervenir otras disciplinas como lo social (Alcántara, 2008), lo que nos hace humanos es el cómo nos relacionamos, partiendo de dos divisiones fundamentales, la primera es biológica, se compone de una estructura física (cuerpo), cargada de subjetividad y toma decisiones y la segunda simbólica, que representa el cerebro, estas dos dimensiones, crean al ser, como resultado de su existencia social (Chapela, 2019).

“La salud es la capacidad humana corporeizada de construir futuros viables y actuar en función de ellos, Las capacidades con las que todas las personas nacemos están en el cuerpo y dependen de sus funciones biológicas, pero también de los símbolos y significados adquiridos durante la vida” (Chapela, 2019, pág. 3).

Tabla 1. Modelos de salud.

<p>Biopsicosocial</p>	<p>Propuesto por George L. Engel en 1977; a modo de crítica ante el modelo médico sobresaliente de ese tiempo, en donde tanto la salud como la enfermedad son el efecto de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, que confiere al ser humano una forma de actuar. A nivel biológico: se relaciona con el estilo de vida, horas de dormir, alimentación, ejercicio, consumo de tabaco o alcohol; A nivel psicológico; con conductas, emociones, pensamientos. A nivel social: con pobreza, desempleo, oportunidades educativas.</p>
<p>Salutogénico</p>	<p>Propuesto por Antonovsky (1979 y 1987), va acompañado de la Promoción de la Salud, que permite al individuo incrementar el control sobre su salud para mejorarla y toma una adaptación positiva relacionada con recursos tanto social como físico del organismo.</p>
<p>Salud Positiva</p>	<p>Propuesto por Seligman y Peterson, en 2003, se refiere al pensamiento positivo que el individuo obtiene a través de la satisfacción personal, la autonomía y la capacidad de resolver problemas, provocando emociones positivas, dando un beneficio tanto físico como psicológico, logrando un mejor bienestar.</p>
<p>Holística de Salud</p>	<p>Se refiere a que la salud y enfermedad no solo se relacionan con lo biológico o psicológico, ya que se basa en la persona que se enferma y no en el organismo. El individuo lo hace dentro de un estado mental y corporal.</p>
<p>Elección Personal</p>	<p>Modelo propuesto por Glasser, 1998, para la capacidad de autocontrol, ser responsable de sus actos, capaz de controlar el pensamiento y acciones, modelo de salud mental.</p>
<p>Salud como Bienestar</p>	<p>Modelo en el cual la capacidad de un individuo para cuidarse o valerse por sí mismo, considerando que el bienestar es igual a la salud (Kahn y Juster, 2002).</p>

Fuente: (Juárez, 2011).

5.2 Salud Mental

Según la OMS (2022), la salud mental:

"Es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos".

En este sentido, se refiere al equilibrio, estabilidad mental y emocional, que permite a las personas desarrollar una personalidad adaptativa en el entorno donde se desenvuelve. Por lo que, existen situaciones que pueden afectar la salud mental, como el estrés, ansiedad, depresión, trastornos de la alimentación, trastornos del sueño, entre otras; también puede ser afectada por factores genéticos, familiares y sociales, como la exposición a violencia, el consumo de drogas, la pobreza, enfermedades crónicas, abuso o abandono de niños o jóvenes, personas de ascendencia extranjera, LGBTIQ+ y personas solitarias, entre otras, convirtiéndose en un tema de salud pública (Cuellar, 2018).

La educación, la prevención, el acceso a los servicios de salud mental y apoyo emocional, son la clave para lograr una buena salud, una vida saludable y plena. El entorno de la vida diaria, las interrelaciones y la forma de comportarnos, son factores para la salud mental, por lo que el Cuidador Primario Informal, al estar sometido a estrés por la carga del cuidado del adulto mayor dependiente, experimenta sentimientos encontrados como la tristeza. Las circunstancias desfavorables tanto

económicas, sociales y laborales, son posibles causas para enfermedades mentales, la presión de los gastos médicos del enfermo, el no contar con el apoyo de otro familiar para el cuidado del Adulto Mayor Dependiente o no poder trabajar por la alta demanda del cuidado (Gestión Integrada para la Salud Mental. 2014).

Por otro lado, existen factores tanto físicos, psicológicos y sociales, que pueden determinar el estado mental del sujeto para desarrollar un trastorno psicosocial. Algunos factores de riesgo son: el cuidar a personas enfermas, insomnio, conflictos familiares, eventos de mucha tensión, entre otros: Por otro lado, existen factores protectores, destacando la capacidad de afrontar el estrés, la adversidad y la frustración, interacción positiva con la familia, habilidades para la vida, resiliencia, manejo de conflictos, entre otros (OPS, 2013).

5.2.1 Problemas de Salud Mental.

A corto plazo, los cambios del estado de ánimo y la forma en que se ven afectados sentimientos de euforia o estado de ánimo depresivo, son factores ambientales de riesgo de una enfermedad mental (Hurrell, 2001). Para la población que se dedica al cuidado formal o informal, pueden experimentar eventos estresantes con frecuencia, por lo que puede conducir cambios permanentes e irreversibles en su salud mental, destacando la agitación, psicosis o trastorno depresivo severo; Por otro lado, existen problemáticas que pueden afectar la salud mental (Tabla 2).

Tabla 2. Problemáticas de salud mental

Trastornos mentales	Incluyen enfermedades como depresión, ansiedad, trastornos bipolares, esquizofrenia, entre otros; Pueden ser causados por diversos factores, como el estrés, genética, experiencias traumáticas, etc. (OMS, 2022).
Abuso de sustancias	El abuso y la dependencia de alcohol, narcóticos u otras drogas pueden afectar la salud mental además del impacto negativo en su salud física.
Trauma emocional	Las experiencias traumáticas pueden provocar trastornos de ansiedad y estrés, como el trastorno de estrés postraumático.
Violencia y abuso	Personas que han sufrido violencia o abuso pueden desarrollar trastornos psicológicos debido al trauma y estrés experimentado.
Estrés	La vida cotidiana, trabajo y otros factores, pueden provocar problemas de salud mental a largo plazo, afectar la calidad de vida y desempeño laboral.

Fuente: (MHA, 2023).

La Salud Mental del CPI

El impacto en la salud mental del CPI se relaciona con la rutina estresante y requerir mayor tiempo y energía emocional, pueden sentir ansiedad, depresión, soledad, irritabilidad, confusión y agotamiento mental. También pueden sentir culpa o frustración por no poder brindar el cuidado deseado, especialmente si el paciente presenta una enfermedad crónica o degenerativa. Los efectos del cuidado en el CPI están ligados al estado funcional del paciente, falta de apoyo familiar, tiempo prolongado de cuidado, dificultad económica familiar, pensamientos negativos sobre la enfermedad, la capacidad de adaptación a ella y presencia de enfermedades crónicas. Con el síndrome de agotamiento también conocido como “Síndrome del Quemado”, es una afectación que se desarrolla con el tiempo y se caracteriza por síntomas de agotamiento emocional, despersonalización de la situación e

incongruencia con las tareas en cuestión. Es importante que los CPI al presentar estrés busquen ayuda cuando la necesiten, lleven a cabo prácticas saludables destacando hacer ejercicio regularmente, alimentación equilibrada y suficiente descanso, beneficiarse de grupos de apoyo o terapia, si están lidiando con emociones abrumadoras o si se sienten aislados, tomar tiempo libre (Tabla 3). La variedad de emociones del CPI al brindar el cuidado primario, requiere de prácticas saludables y los amigos y familiares pueden ser de gran ayuda para brindar apoyo y aligerar la carga emocional (García, 2014; Santos, 2022).

Algunos problemas de salud mental que los cuidadores primarios informales que pueden experimentar incluyen (Tabla 3).

Tabla 3. *Problemas de salud mental del CPI*

Estrés	El estrés crónico es una condición que afecta a la salud mental y el bienestar emocional, físico y social.
Depresión	Problema de salud mental si sienten que el cuidado es agotador o si se sienten aislados y solos.
Ansiedad	Afección de salud mental común que se puede manifestar como temor o preocupación excesiva relacionados con el cuidado o como una imposibilidad de relajarse y descansar.
Pérdida de peso	Síntoma de la sobrecarga de trabajo y estrés que pueden experimentar cuando se encargan del cuidado a tiempo completo.
Insomnio	Dificultades para conciliar el sueño debido al estrés, el dolor físico y otras afecciones de salud mental que afectan su bienestar.

Fuente: (Carrillo, 2010)

5.3 Promoción de la Salud.

La Promoción de la Salud (PS), consiste en capacitar a las personas y comunidades para mejorar la salud a partir de un enfoque integral y participativo, fomentando el bienestar físico, mental y social, así como busca mejorar las condiciones de vida personal y comunitaria, promoviendo estilos de vida saludables, bienestar psicológico, igualdad en acceso a la atención médica y la prevención de enfermedades, incluyendo el fomento del bienestar emocional, abordando factores que contribuyen a disminuir el estrés y la ansiedad, mejorando la resiliencia emocional y promoviendo prácticas de autocuidado y bienestar mental (Gómez, 2016).

5.3.1 Definición

Según la Carta de Ottawa (1986).

“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente”.

La PS busca la igualdad en el acceso a servicios de atención médica y apoyo, incluyendo la educación, la concientización sobre prácticas saludables, creación de entornos y políticas saludables, así como el desarrollo de habilidades y capacidades que permitan a las personas tomar decisiones informadas sobre su salud. Para crear una cultura de salud, mejorar la salud y bienestar en el mundo, las personas y comunidades deben trabajar desde un enfoque colaborativo (Cantú, 2012), La PS construye acciones que modifican las condiciones ambientales, económicas y

sociales, con el objetivo de un impacto positivo en salud individual y colectiva, que aborda la enfermedad, para intervenir toman en cuenta las determinantes sociales de salud para mejorar condiciones ambientales y de entornos saludables (De la Guardia, 2020).

5.3.2 Antecedentes históricos

La promoción de la salud (Fig. 1) en la antigüedad, fue parte de la religión y de la cultura para la prevención de enfermedades, siendo Henry Sigerist (1946) el primero en utilizar la palabra Promoción de la Salud (Coronel, 2017).

Informe Lalonde (Canadá, 1974)

Le dio un enfoque a la PS como estrategia institucionalizada que busca reducir la inequidad, incrementar la prevención y fortalecer la capacidad de las personas para enfrentar sus problemas ya que representa un proceso que faculta a una persona de cuidar y controlar mejor su salud mediante el fortalecimiento de la autoconciencia, la capacidad de ayudarse mutuamente para elegir las formas saludables de vivir y la creación de entornos que apoyen la salud (Villar, 2011).

Declaración Alma Ata (Kazajastán 1978).

Aprobó la Atención Primaria de Salud, abordando la salud para todos como un derecho universal, una necesidad de desarrollo humano y social, así como la solidaridad de los países periféricos (Alma Ata, 1978).

La Carta de Ottawa (Canadá, 1986).

Conferencia Internacional de PS celebrada en Ottawa Canadá, en donde establecieron en la Carta de Ottawa, las siguientes estrategias, ya que se sustenta en

la formación médico-preventivista, conductual-individualista y socio-político (Restrepo, 2001). Los especialistas en materia preventiva de la aparición de las enfermedades, disminuyen riesgos.

1. Construir políticas públicas que contribuyan al logro de la salud universal.
2. Creación de entornos saludables y sustentables.
3. Empoderamiento de la población para la acción colectiva sobre los determinantes de la salud.
4. Desarrollo de capacidades de las personas para enfrentar problemas y tomar decisiones saludables en el control de sus procesos vitales.
5. Reorientar los servicios de salud hacia la comunidad y el cuidado de la salud.

Conferencia de Adelaida (Australia, 1988).

Se centró en Políticas Públicas Saludables para crear ambientes de apoyos que faciliten a las personas vivir una vida saludable, y facilitar a los ciudadanos, tomar mejores decisiones para mejorar su salud (Restrepo, 2001).

Conferencia de Sundsvall (1991).

Enfatizó la importancia de entornos o ambientes saludables en las condiciones de salud de las personas y comunidades, destacando cuatro aspectos: la dimensión social, política, económica y el desarrollo sostenible (Restrepo, 2001).

Conferencia y Declaración de Santa Fe de Bogotá (Colombia, 1992).

En esta reunión, países latinoamericanos, enfatizaron sobre la exclusión como el mayor problema así como el derecho, el respeto a la vida y la paz como valores éticos (Restrepo, 2001).

Conferencia y Carta Trinidad y Tobago (1993).

Su enfoque sobre el bienestar de los pueblos donde la PS pretende incrementar con estrategias como: formulación de normas públicas saludables; reorientación de servicios de salud, potenciación de las comunidades para lograr el bienestar, creación de ambientes saludables; y construcción de alianzas en los medios de comunicación (OPS, 1993)

Conferencia y declaración de Yakarta (1997).

Destacó la importancia de los requisitos para salud, además incluyó el empoderamiento de la mujer, el respeto a los derechos humanos y la equidad, así como la importancia de contrarrestar la pobreza. Destacó prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI: promover la responsabilidad social por la salud; aumentar la inversión en el desarrollo de la salud; fortalecer y ampliar alianzas estratégicas a favor de la misma; mejorar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento individual; y fortalecer la infraestructura requerida para la promoción de la salud (Restrepo, 2001).

V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (México, 2000).

Se centró en mayor equidad tanto dentro de los países como entre ellos y los comprometió a colocar la salud en la agenda política y de desarrollo, poniendo en marcha planes de acción estratégicos para promover salud de los pueblos (Restrepo, 2001).

VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Bangkok, 2005)

Se establecieron retos, medidas y compromisos necesarios para abordar determinantes de la salud en un mundo globalizado, involucrando agentes e interesados directos fundamentales para alcanzar la salud para todos (Ruiz, 2005).

VII Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Nairobi, 2009).

Comprendió la importancia de reducir la brecha entre la evidencia disponible y su uso en el avance de la salud. Se expusieron estrategias y compromisos clave que deben cumplirse para abordar las deficiencias en el desempeño en áreas de salud y desarrollo y se identificó la promoción de la salud como un componente crucial para lograr este objetivo (OMS, 2009).

VIII Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Helsinki, 2013).

Se revisaron experiencias del compromiso con el enfoque "La Salud en toda la política". Se creía que factores ajenos a la industria de la salud desempeñan un papel importante a la hora de determinar el estado de una persona. Una política de salud eficaz debe abordar todas las esferas políticas, en particular las relacionadas con la política social, fiscal, ambiental, educativa y de investigación (OMS, 2013).

IX Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Shanghai, 2016).

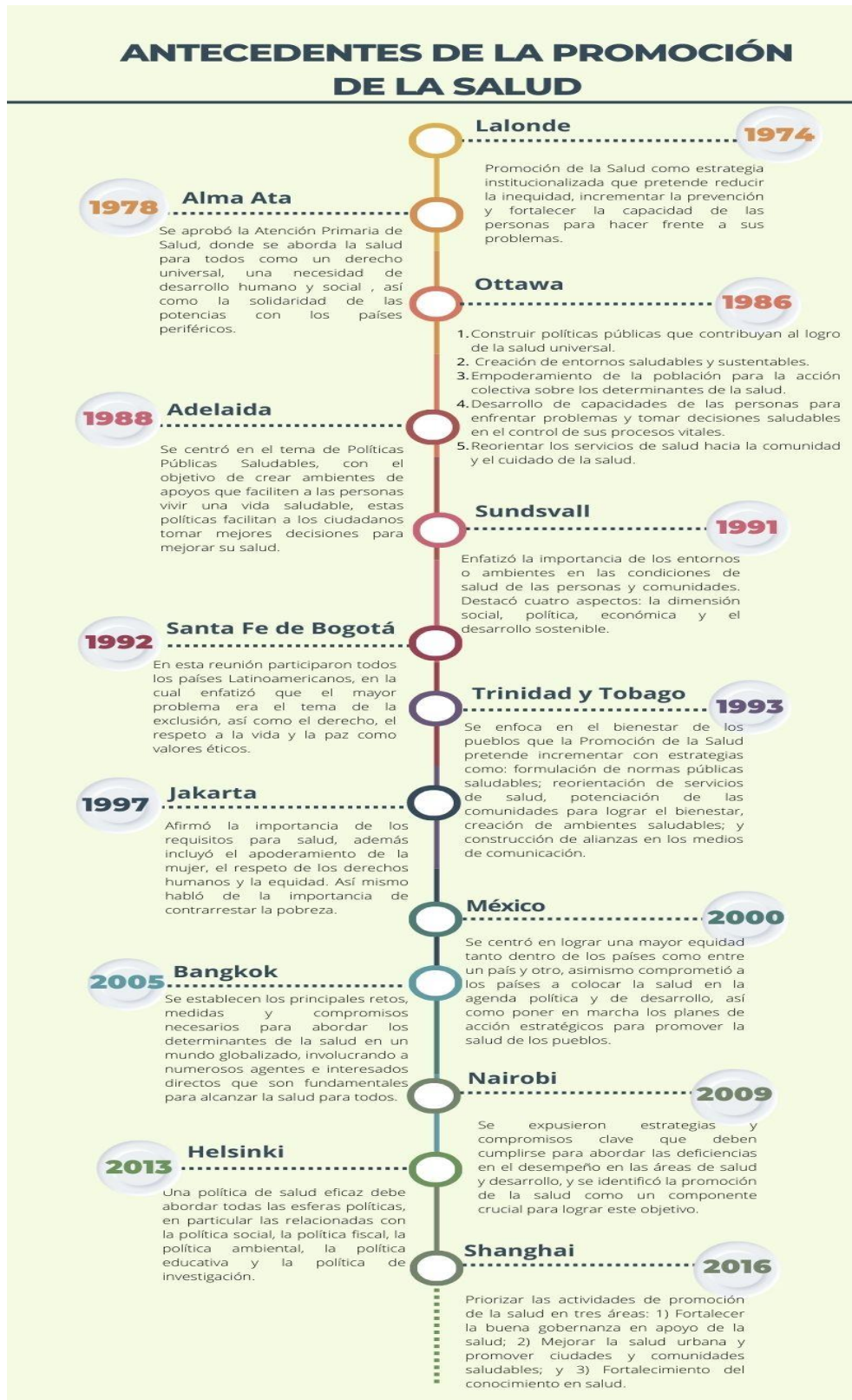
La relación entre la salud, sus determinantes y el desarrollo humano, fue el tema central, donde se priorizan las actividades de promoción de la salud en tres áreas: 1) Fortalecer la buena gobernanza en apoyo de la salud; 2) Mejorar la salud urbana y promover ciudades y comunidades saludables; y 3) Fortalecimiento del conocimiento en salud. Estas áreas sirven como puntos de partida para un cambio en todos los sectores gubernamentales, así como en la sociedad en su conjunto, en la vida diaria

y el entorno en el que viven, así como en su capacidad para tener un mayor control sobre su propia salud y los factores que lo afectan (OMS, 2016).

En 1948, con la creación de la OMS, la PS se convirtió en una parte integral de la atención de la salud pública, definida como "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud y las acciones ambientales que la afectan, y así mejorar su calidad de vida" (OMS, 2003), su evolución hacia una concepción más amplia, incluye la participación de la comunidad, la prevención de enfermedades crónicas, la promoción del bienestar emocional, mental y la creación de entornos saludables.

Figura. 1.

Antecedentes de la Promoción de la Salud (Fuente: Elaboración propia, 2024).



5.4. La Familia

Unidad social fundamental compuesta por individuos que comparten vínculos afectivos y conviven en un mismo hogar. Institución social donde todo ser humano desarrolla su identidad, así como las relaciones interpersonales (perspectiva sociológica), cumple funciones en la sociedad, como transmisión de valores y normas culturales, socialización de niños y jóvenes, cuidado y protección de miembros más vulnerables, entre otras (Vaquiro, 2010).

5.4.1 Estructura Familiar

Guzmán, describe a la familia como:

“Una institución y/o grupo de personas con lazos consanguíneos o no, que viven bajo un mismo techo. También se le define como la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de permanencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia” (Guzmán, 2017 citado por Palacios, 2008).

Las familias están formadas por estructuras (Tabla 4), incluidas familias nucleares (padre, madre e hijo), familias extendidas (abuelos, tíos y tías), familias monoparentales (padre o madre e hijo) y familias homoparentales (padres del mismo sexo e hijos) entre otros (Guzmán, 2017). A lo largo de la historia, la familia ha ido evolucionando y se ha adaptado a diversas transformaciones sociales y culturales. En la actualidad, se concibe como una unidad diversa y plural donde no existen modelos únicos o preestablecidos, con su propia dinámica y composición (Valdivia, 2018). Su importancia en la PS, es la unidad fundamental, donde se adquieren hábitos

saludables, brindar cuidado y protección, construir relaciones de apoyo y afecto que favorezcan el bienestar emocional y físico de sus integrantes. La PS en la familia, a través de la educación y la adquisición de hábitos saludables, es clave para la prevención de enfermedades y fomentar una vida saludable.

Tabla 4. *Tipos de crianza familiar.*

Tipo de crianza	Estructura
Nuclear	Formada por padres e hijos.
Extendida	Conformada por padres, hijos y otros familiares cercanos, como abuelos, tíos, primos, etc.
Monoparental	Formado por una madre o padre soltero y sus hijos.
Homoparental	Formado por una pareja del mismo sexo y sus hijos.

Fuente: (Guzmán, 2017)

5.4.2 Organización Familiar

Estructura y funcionamiento en términos de roles y responsabilidades (Tabla 2 y Tabla 3), comunicación, toma de decisiones, valores y normas; La dinámica familiar se refiere al movimiento en lo interpersonal para relacionarse unos con otros y en el exterior, contiene dimensiones interconectadas que incluyen autoridades, reglas, roles, comunicaciones, límites y usos de tiempos libres (Viveros, 2013).

Tabla 5. Tipos de familias.

Tipos	Características
Consanguínea	Predomina en una época de promiscuidad total, se basa en emparejamientos fraternales, tanto dentro como fuera de la familia.
Punualúa	Apareció por primera vez cuando los hermanos optaron por crear relaciones comunes con miembros de otros grupos en lugar de unirse a sus propias hermanas y parientes colaterales. Cada mujer pertenece por igual a todos los hombres de este tipo de familia y cada hombre a todas las mujeres.
Sindiásmica	Relación monógama (unión larga entre un hombre y una mujer). Se establece la relación con la reproducción.
Patriarcal	Agrupación de varios individuos, tanto libres como esclavos que juntos formaron una familia bajo el control del patriarcado y se unían para mantener la ocupación de la tierra, producir esclavos y manadas.
Monogámica	Matrimonio exclusivo de un hombre y una mujer con lazo conyugales duraderos.

Fuente: (Durán, 2011)

Tabla 6. Aspectos familiares.

Tipo	Características
Biológica	Cumple el mantenimiento de la especie a través de la reproducción basada en condiciones afectivas, amor y apoyo que sostiene y desarrolla la descendencia.
Educativa o social	Enseña a sus miembros los comportamientos necesarios para vivir juntos a través de actividades diarias, modelado de roles sexuales donde enseña a los niños sobre la responsabilidad del grupo
Económica	La atención se centra en proporcionar alimentos, refugio y elementos diversos necesarios para la supervivencia o capacidad de satisfacer las necesidades fundamentales de los miembros de la familia; este deber recae en los padres.
Solidaria y psicológica	Determina el apoyo afectivo de los padres donde para elegir un camino efectivo hacia la identidad de cada persona y la aceptación de quienes son, es necesario el apoyo positivo; cada miembro de la familia necesita definirse como ser único para desarrollar sus habilidades en un ambiente de respeto y tolerancia.

Fuente: (Siqueiros, 2011).

5.4.3 Ciclo Vital de la familia.

Proceso de cambios que experimenta la familia a lo largo del tiempo, el cual presenta diferentes aspectos que son relevantes en su interior (Tabla 6), Siqueiros (2011); Desde su organización familiar, los roles que juegan los miembros de la familia por edad (Tabla 7) y desde su formación hasta su disolución (Tabla 8), donde cada etapa del ciclo vital presenta diferentes retos y transiciones que afectan a la vida de la familia y a sus miembros.

Tabla 7. Organización y dinámicas familiares.

Roles	Organización familiar
Roles y responsabilidades (Ruiz, 2019)	Dentro de la familia, cada miembro tiene un rol y responsabilidades específicas, que varían en función de la edad, el género y otros factores. Por ejemplo, es común que los padres asuman el rol de proveedores económicos y los hijos el rol de estudiantes.
	La mujer cumple su rol en dos aspectos: A) La esposa: su obligación es cuidar del hogar, fortalecer el papel social del marido y tomar decisiones familiares. B) La madre: su obligación es tener hijos y cuidar de ellos. El rol del hombre: representa a la familia, autoridad, proveedor y proporciona afecto a la esposa e hijos
Comunicación (Bezanilla, 2013)	La comunicación es fundamental en la organización familiar, permite transmisión de información e ideas entre sus miembros, así como expresión de emociones y sentimientos. Una buena comunicación implica escuchar con atención, expresarse con claridad y respeto, buscar soluciones a los problemas. La comunicación directa, clara, detallada y sincera entre padres e hijos es esencial para fomentar seguridad y autoestima del niño.
Toma de decisiones (Bezanilla, 2013)	Las decisiones se toman en conjunto con una organización familiar teniendo en cuenta las perspectivas de los miembros. Es significativo que se respeten las opiniones y se lleguen a acuerdos que beneficien a todos.
Valores y normas (Brizuela, 2021)	Los valores y normas son el conjunto de principios éticos y morales que rigen el comportamiento de la familia. Estos pueden variar según la cultura y la religión, y son fundamentales para mantener la armonía y el respeto dentro del grupo familiar.

Fuente: Brizuela (2021); Bezanilla (2013); Ruiz (2019).

Tabla 8. Etapas principales del ciclo familiar

Etapa	Descripción
Formación	Es la etapa en la que los miembros de la pareja se unen y forman una nueva familia. Aquí se establecen las bases de la relación y se definen los roles y las responsabilidades de cada uno.
Expansión	En esta etapa la familia crece con la llegada de hijos. Se producen cambios importantes en el estilo de vida y la organización familiar para adaptarse a las necesidades de los niños.
Consolidación	En este periodo los hijos crecen y se independizan. La pareja suele recuperar su intimidad y autonomía, aunque también puede enfrentar nuevos desafíos como el cambio en las relaciones con los hijos y la posible llegada de los nietos.
Disminución/Apertura	En esta etapa los hijos se van y la pareja se enfoca en su relación y en su propio bienestar. Puede surgir la necesidad de hacer ajustes económicos o de cuidado personal.
Disolución	Esta etapa puede llegar por el divorcio, la muerte de uno de los miembros o la separación de los hijos. Aquí se producen grandes cambios y requiere una gran adaptación emocional y social.

Fuente: Tomasone (2019) citado por Duval (1977)

Cada etapa del ciclo vital familiar (Tabla 8) representa sus propias dificultades y desafíos, puede brindar oportunidades para el crecimiento personal y solidificar relaciones fuertes y duraderas, donde cada familia es única ya que experimenta el ciclo vital de forma diferente por cada una de sus situaciones y circunstancias.

5.5 Cuidador Primario

Hoy en día, existen dos tipos de cuidadores primarios: Cuidador Primario Formal (CPF) y Cuidador Primario Informal (CPI).

Flórez (1997) citado por De los Reyes (2001) describe al cuidador como:

“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 relaciones sociales”.

Los cuidadores primarios formales, son personas profesionales en el área geriátrica, contratadas para cuidar a otras personas en diferentes instituciones, obtienen remuneración y tiene un horario (Revuelta, 2016 citado por Delgado 2011). Por otro lado, el cuidador primario informal, no cuenta con alguna capacitación de cuidado y no son remunerados, no cuentan con un horario, son cercanas al adulto mayor, principalmente son mujeres destacando la esposa, hermana, hija, etc. (Tabla 9).

Fernández (2011) citado por Larrinoa (2011), describe al cuidador primario informal como:

"El individuo que asume las tareas del cuidado con las responsabilidades que implica, percibida por los miembros de la familia como responsable de la persona dependiente y sin remuneración económica". (pág. 1)

Tabla 9. Características del CPI

Son mujeres cercanas al adulto mayor dependiente (esposa, hija, hermana, etc.).
El rango de edad es de 20 a 50 años.
Viven en el mismo domicilio o cerca.
Son estudiantes o no tienen un trabajo
Dedican más tiempo al cuidado del Adulto Mayor Dependiente y no reciben apoyo de otros familiares.
Están casadas y tienen otros dependientes como los hijos.
Presentan baja escolaridad
Bajo ingreso mensual
Fuente: (Quintero, 2012)

El familiar o cuidador primario informal, tiene responsabilidad afectiva con el paciente y le ayuda a cubrir las necesidades básicas, asume deberes de cuidado personal que requieren actividades de seguimiento y compañía de rutina, lo que conlleva a cuidados más pesados y rutinarios, que exigen mayor dedicación en las funciones del cuidador. El CPI es una pieza fundamental en el bienestar de la persona que cuida, se encarga de satisfacer las necesidades básicas, como la alimentación, el aseo personal y el tratamiento médico (Tabla 10). También proporciona un soporte emocional y social, a través de la compañía, apoyo y escucha activa de las preocupaciones y necesidades del paciente. Cuidar a una persona puede ser una tarea muy exigente, emocional y físicamente. Y como cuidador puede enfrentar problemas relacionados con el estrés, la sobrecarga emocional, el agotamiento físico, económico, social y laboral. Por ello, se requiere brindar apoyo y recursos necesarios para reconocer su labor y brindarles el apoyo necesario para que desempeñe su tarea de manera saludable (Quintero, 2012).

Tabla 10. *Funciones del CPI para el adulto mayor dependiente*

Actividades domésticas (lavar ropa, cocinar, limpiar, etc.).
Acompañar al médico al Adulto Mayor Dependiente
Resolver problemas de cuidado, como saber qué necesita el paciente en caso de no poder comunicarse.
Asear, alimentar, vestir, curar, cambiar pañal, dar medicamento en tiempo y forma.
Administrar el dinero.
Apoyo emocional.

Fuente: (Quintero, 2012).

5.5.1 El CPI del Adulto Mayor Dependiente

A medida que crece la población de la tercera edad, se incrementan las necesidades de cuidado, ya que en cualquier momento se vuelven dependientes y requieren el

apoyo de un tercero, que en su mayoría son personas cercanas, como la familia, vecinos o amigos, a los que se conocen como CPI. El adulto mayor dependiente (AMD) es una persona de edad avanzada que necesita de la ayuda de terceros para realizar tareas cotidianas o tener una calidad de vida adecuada, su dependencia puede ser física, emocional, cognitiva o social (Tabla 11), y puede surgir por diversas razones, como enfermedades crónicas, discapacidades físicas o mentales, o limitaciones relacionadas con el envejecimiento (García, 2014).

Tabla 11. *Tipos de dependencia del AMD*

Dependencia	Características
Física	Incapacidad para mantener la higiene personal y autonomía, tareas como vestirse, acostarse o levantarse, moverse, ir al baño, bañarse y comer. Sus limitaciones funcionales son causas y factores determinantes de incapacidad y la dependencia.
Emocional y Mental	Dependencia del AMD por necesidad de contacto, compañía y socialización. El sentirse solos o aislados, puede afectar su salud mental y emocional. Se requieren actividades sociales, grupos de terapia y apoyo emocional. En el envejecimiento, los cambios pueden afectar el funcionamiento cognitivo y provocar deterioro cognitivo leve o demencia. Los síntomas de la salud mental pueden ser crónicos, crecientes y lentos, presentar trastornos cognitivos, afectivos, ansiosos, psiquiátricos y del sueño, así como adicciones y abuso de sustancias.
Económico	El AMD deja de proveer para el hogar y pasa a depender de otros miembros de la familia en lugar de los hijos, en la Ciudad de México reciben una pensión.
Psicológicos y Conductuales	Estos factores tuvieron un papel significativo en el desarrollo de la lucha contra la dependencia conductual, que se produce cuando alguien pide o acepta, de forma pasiva o activa, la ayuda de otros aunque no la necesiten.
Social	Se desarrolla con las expectativas sociales sobre las personas mayores. Cuando otras personas piensan que una persona puede ser vieja y dependiente, pero en su momento fue reconocida por su liderazgo, sabiduría y contribución financiera.

Fuente: (Gutiérrez, 2014).

5.5.2 Tipos de dependencia

Los AMD pueden necesitar ayuda con las tareas diarias para vestirse, cuidar su higiene personal, moverse, administrar sus medicamentos y para tareas diversas para su bienestar (Tabla 8). Los familiares asumen la responsabilidad, en combinación con los especialistas que ofrecen servicios de cuidado en el hogar o en centros para adultos mayores. En consecuencia, ofrecer una atención integral para el AMD, de modo que se cubran tanto sus necesidades físicas como emocionales. Los cuidadores y familiares deben prestar mucha atención a los cambios en la salud de la persona, estar alerta a cualquier síntoma de enfermedad, y brindar el apoyo necesario, ya sea a través de la atención médica, el cuidado en el hogar, los servicios de asistencia social y recursos (García, 2014).

5.5.3 Salud del CPI

Como se ha mencionado, el trabajo de cuidar a otra persona a largo plazo, puede ser estresante y agotador física y emocionalmente, y pueden experimentar estrés, ansiedad, depresión, fatiga, entre otros problemas de salud, por lo que los CPI deben estar pendientes del cuidado de su salud. Cabe destacar que, experimentan mayores índices de morbilidad y mortalidad, al disminuir su capacidad ocupacional y económica, pueden presentar ansiedad y depresión, debido a la carga de trabajo de manera objetiva y subjetiva (Tabla 12), rol que asume por ausencia de opciones de atención (Camacho, 2010; Santos, 2022). Para mantener una salud óptima, los CPI requieren tiempo libre para su autocuidado y recibir atención médica preventiva y tratamiento. Además, tener acceso a la información sobre recursos de la comunidad, servicios de cuidado a domicilio y cualquier otro apoyo que pueda ser necesario para satisfacer las necesidades de la persona que estén cuidando (Tabla 13).

Tabla 12. Carga de trabajo del CPI

Objetivo	Subjetivo
Realizar tareas de cuidado diario, como el baño del paciente, alimentación y prevención para la autoayuda.	Plan de los sentimientos y emociones desencadenadas por el cuidado.

Fuente: (Camacho, 2010)

Salud Física

El CPI dedica de 4 a 5 horas diarias al cuidado de su familiar y con frecuencia las condiciones en las que se desarrollan estas funciones no son las más adecuadas, por lo que puede tener impacto en su salud física. La cantidad de trabajo físico y mental, pueden experimentar un aumento de fatiga, dolor muscular y articular, estrés y falta de sueño. Además, el trabajo físico y emocional puede aumentar el riesgo de salud a largo plazo, destacando enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad y depresión (García, 2014). Además de cumplir con las funciones de cuidado, también realizan tareas del hogar trastorna directamente su rutina (Flores, 2016).

Una buena práctica para mantener la salud física es seguir una dieta equilibrada y nutritiva, hacer ejercicio regular y dormir lo suficiente. Los CPI también pueden beneficiarse al realizar ejercicios de estiramiento y fortalecimiento para los músculos y articulaciones, así como de recibir masaje o fisioterapia, descansar tanto como sea posible y que tomen tiempo para relajarse y hacer actividades recreativas. Tomar precauciones de no lesionarse al levantar y cuidar al enfermo o discapacitado, incluir técnicas adecuadas de levantamiento con precaución y contar con la ayuda necesaria cuando se requiera. Tomar medidas proactivas para cuidar su salud física para reducir el estrés, la carga emocional que pueden afectar su capacidad para brindar cuidado a largo plazo (García, 2014; Flores, 2016).

La Salud Espiritual.

El CPI puede ser un desafío físico, emocional y mental, pero la salud espiritualidad (Tabla 14), proporciona un sentido de paz y significado en momentos difíciles y la espiritualidad no está relacionada con la religión, sino que la búsqueda de sentido y propósito en la vida, conexión con algo más que uno mismo y encontrar esperanza y consuelo en momentos de dificultad (Carrillo, 2010).

Tabla 13. Alternativas del CPI

Pedir ayuda	Los cuidadores primarios no deben sentirse avergonzados por pedir ayuda o delegar tareas a amigos o familiares.
Establecer límites	Es importante establecer límites claros para hacer frente al estrés y evitar la sobrecarga.
Buscar apoyo emocional	Asistir a grupos de apoyo para cuidadores primarios, hablar con amigos y familiares, o buscar a profesionales de la salud mental para obtener ayuda.
Terapia	Hablar con un terapeuta puede ayudar a los cuidadores primarios a lidiar con el estrés y la carga emocional.
Autocuidado	Encontrar tiempo para actividades y pasatiempos que traen alegría y disfrute, hacer ejercicio regularmente, dormir bien, y comer saludablemente.
Tiempo libre	Tomar tiempo libre y hacer pausas regulares puede ayudar a los cuidadores primarios a prevenir o reducir el agotamiento emocional y físico.

Fuente: (García, 2016).

Tabla 14. *Requerimientos del CPI para mantener salud espiritual*

Tomar tiempo para la reflexión	Dedicar tiempo a la oración, la meditación o la reflexión personal puede ayudar a conectarse con su sentido de propósito y encontrar paz interior.
Participar en actividades comunitarias	Asistir a eventos comunitarios o religiosos, participar en grupos de apoyo o trabajar como voluntario pueden ayudar a sentirse conectados con algo más grande que ellos mismos y con los demás.
Establecer relaciones significativas	En tiempos difíciles, tener relaciones significativas con amigos, familiares o miembros de la comunidad puede brindar apoyo emocional y espiritual.
Encontrar significado en el cuidado primario	Buscar el significado en el papel de cuidador primario puede ayudar a encontrar propósito y sentido en su trabajo de cuidado.
Buscar ayuda espiritual	Hablar con un líder religioso o consejero espiritual puede proporcionar orientación y apoyo espiritual para encontrar paz y esperanza en momentos de dificultad.

Fuente: (Carrillo, 2010)

5.6 Políticas Públicas del CPI

El reconocimiento del derecho al cuidado se establece en la Constitución Política de la Ciudad de México, que entró en vigor el 17 de septiembre de 2018. Artículo 9, inciso B, (se cita para pronta referencia), el ámbito público debe trazar un método integral de cuidados con ayuda de servicios públicos internacionales, como grupos prioritarios de atención a la población en situación de dependencia, ya sea por enfermedad, discapacidad o ciclo vital (infancia y vejez). Un avance significativo que se reporta es que ahora se toma en cuenta a quienes dependen de otros, pero no tienen ingresos remunerados” (Gobierno Federal, 2018)

Artículo 9°

Inciso B “Toda persona tiene derecho al cuidado que sustente su vida y le otorgue los elementos materiales y simbólicos para vivir en sociedad a lo largo de toda su vida. Las autoridades establecerán un sistema de cuidados que preste servicios públicos universales, accesibles, pertinentes, suficientes y de calidad y desarrolle políticas públicas. El sistema atenderá de manera prioritaria a las personas en situación de dependencia por enfermedad, discapacidad, ciclo vital, especialmente la infancia y la vejez y a quienes, de manera no remunerada, están a cargo de su cuidado” (Gobierno Federal, 2018).

La creación del método de cuidados en la Ciudad de México puede convertirse en la primera práctica subnacional con potencial de replicación nacional. Estrategias de campañas de sensibilización y comunicación que abordan la corresponsabilidad familiar y la participación de los padres, hombres, en los cuidados son otro aspecto importante (Villa, 2019; Juárez, 2023).

Se señala el objeto que propone la Ley Modelo (OEA, 2022):

“Tiene por objeto la regulación de los cuidados, su redistribución, provisión y promoción, el reconocimiento del trabajo de cuidados no remunerado como trabajo, así como el reconocimiento y garantía universal de todas las personas al acceso y el disfrute del derecho al cuidado, esto es, el derecho a cuidar, ser cuidado y al autocuidado, con base en el principio de la interdependencia social de los cuidados y la corresponsabilidad social entre mujeres y hombres, familias, comunidad, sector privado, sociedad civil organizada y el Estado.”

El Artículo 37 Define los objetivos del Sistema Nacional de Cuidados (SNC) como

“la forma de garantizar el derecho al cuidado de las personas en situación de dependencia, procurando su desarrollo integral y la promoción de su autonomía, según las distintas necesidades y de conformidad con las diferentes modalidades de atención que requieran, para promover, facilitar y fortalecer la inserción laboral, económica y educativa de las personas responsables de los cuidados, promover y fortalecer los derechos económicos de las mujeres cuidadoras no remuneradas, e impulsar y propiciar el cambio de la actual división sexual del trabajo”. (OEA, 2022)

Impulsar acciones estratégicas dirigidas a crear opciones para la incorporación formal de las mujeres en la economía del cuidado y promover la corresponsabilidad social, la conciliación laboral, familiar y la resignificación del trabajo de cuidados como pilar del Estado de bienestar social para optimizar los recursos públicos, nacionales y locales, y los recursos privados de cuidados y promover la construcción de alianzas entre todos los actores del sistema (OEA, 2022).

Las políticas públicas en la Ciudad de México para atender a las poblaciones necesitadas de cuidado, se encuentran en los programas e instituciones que etiquetan y utilizan recursos para cumplirlo en las alcaldías, destacando las organizaciones del gobierno central, programas y/o acciones vinculadas con el trabajo de cuidado. Por otro lado, las políticas públicas para los CPI, abordan las necesidades y desafíos que enfrentan las personas que brindan atención a familiares o amigos con enfermedades crónicas, discapacidades o problemas de salud mental, destacando algunas áreas comunes que a menudo se abordan:

- **Apoyo financiero:** Muchos países ofrecen algún tipo de compensación financiera o beneficios para los CPI para ayudar a mitigar el impacto económico de asumir esta responsabilidad. Estos beneficios pueden incluir subsidios, exenciones fiscales, pensiones de cuidadores, o acceso a seguros de cuidado a largo plazo.
- **Apoyo en servicios de salud:** Incluye programas que proporcionen información, capacitación y apoyo emocional a los cuidadores, así como acceso a servicios de salud mental y física para ayudar a gestionar el estrés y prevenir el agotamiento.
- **Flexibilidad laboral:** Brindan a los CPI la oportunidad de tomar licencias laborales remuneradas o no remuneradas para cuidar a sus seres queridos sin perder el empleo o los beneficios laborales.
- **Servicios de respiro:** Los programas de respiro ofrecen a los cuidadores un descanso temporal al proporcionar servicios de cuidado alternativos para la persona dependiente, permitiendo al cuidador tome un tiempo libre para descansar o atender sus propias necesidades. (INAPAM, 2022)
- **Acceso a recursos comunitarios:** Promover la creación de centros comunitarios o grupos de apoyo donde los cuidadores puedan conectarse con otros en situaciones similares, compartir recursos y recibir orientación de profesionales de la salud y servicios sociales.

- **Apoyo en la planificación a largo plazo:** Las políticas pueden incluir medidas para ayudar a los cuidadores a planificar a largo plazo, como la asesoría legal sobre planificación patrimonial, poderes notariales y cuidados en caso de emergencia.
- **Reconocimiento y valoración:** Reconocer y valorar el trabajo de los cuidadores primarios informales, tanto a nivel social como institucional, y que se les proporcione el reconocimiento adecuado por su contribución a la sociedad.

Estas son algunas de las áreas comunes que las políticas públicas pueden abordar para apoyar a los CPI, su efectividad depende de factores, como la disponibilidad de recursos, la asistencia entre los diferentes niveles de gobierno y las organizaciones de la sociedad civil, así como la sensibilización pública sobre la importancia del papel de los cuidadores en atención a largo plazo (Hurtado, 2021).

Por otro lado, para el 2022 las personas aptas de recibir cuidados dentro o fuera de su hogar fueron el 77.8% (30.2 millones), pacientes con al menos una o un integrante ya sea con discapacidad o dependencia y se distribuye de la siguiente manera; población infantil (0 a 5 años); niñas, niños y adolescentes (6 a 17 años); y personas adultas mayores (\geq 60 años). La Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS, 2012), mostró el 52% de la población de hogares urbanos (6.9 millones de personas) que cuentan con al menos un integrante con discapacidad, en personas \geq 65 años (45%), que no cuentan con seguridad social para mujeres y personas mayores en zonas rurales (INEGI, 2017).

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), mostró la población ≥ 65 años el 41.1% (2016), sin acceso a la seguridad social, 41.4% (2018) y 28.8% (2020), con una reducción del 12.6% del 2016 al 2020 (CONEVAL, 2020). En los últimos años, las políticas públicas y programas sociales, han garantizado el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores (Tabla 15), que cuentan con protección de pobreza, exclusión social y dependencia; la seguridad social para adultos mayores busca reducir la vulnerabilidad y exclusión social, brindando una mejor calidad de vida y garantizando el acceso a recursos para una vejez plena y digna (Ronzón, 2013).

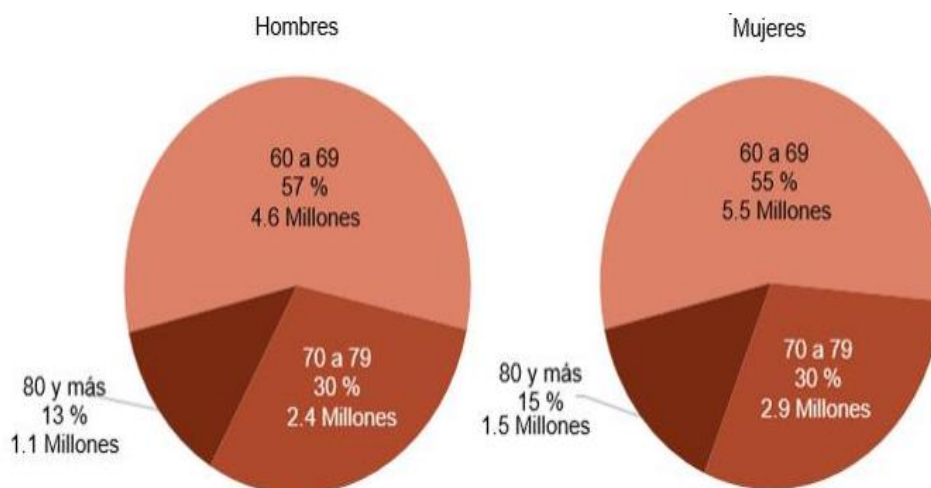
Tabla 15. *Medidas adoptadas para garantizar la seguridad social de los adultos mayores.*

1.	Pensiones y subsidios para adultos mayores que no cuentan con recursos económicos suficientes
2.	Servicios de atención médica, recetas y atención dental accesible y de calidad
3.	Viviendas dignas, con adaptaciones de accesibilidad y seguridad para las personas mayores
4.	Programas y servicios de apoyo social, destacando atención domiciliaria y centros de día, transporte y actividades recreativas.
5.	Ayudas especiales para personas mayores con discapacidad, como silla de ruedas, ayuda técnica y asistencia personal.
6.	Acceso a actividades culturales y de formación, que favorezcan el envejecimiento activo y aprendizaje cognitivo.

Fuente: CNDH (2015)

Figura 2.

Clasificación de las personas adultas mayores por sexo y edad (ENOE, 2022)



Entre los años 1970 y 2023, la población de 0 a 14 años disminuyó hasta el 23%. De 15 a 29 años solo el 2% (26% a 24%), de 30 a 64 años aumentó el 19% (24% al 43%), para adultos mayores el aumento fue del 6% (4% al 10%) INEGI (2023). En la actualidad, en la Ciudad de México, Alcaldía Iztapalapa, existe un programa de apoyo económico de \$1,000 mensuales para cuidadores habitantes de la Alcaldía, se registra en la calle Aldama # 63 esquina Ayuntamiento, Colonia Barrio San Lucas, Iztapalapa. CDMX, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas y pagina https://tubienestar.cdmx.gob.mx/detalle_publico/resumen/programa/795/2023_007_02CD09, donde se encuentra la documentación solicitada. También existen cursos y talleres de cuidados por parte del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), dirigidos a servidores de la nación a nivel federal, estatal y municipal, a profesionales interesados en temas de vejez y envejecimiento, a personas adultas mayores y al público en general, que están interesados en el cuidado de las personas adultas mayores, temas como la salud mental, cuidados paliativos, entre otros. Estas actividades tienen una duración de 6 a 40 horas (INAPAM, 2023). Así mismo, existen

“Cursos de apoyo para cuidadores informales de personas envejecidas”, impartido por el ISSSTE en la siguiente liga, <http://www.issste.gob.mx/cursocuidadores/>.

5.7 Perspectiva de la Promoción de la Salud para los CPI

Para los CPI desde el punto de vista de la Promoción de la Salud permite garantizar su bienestar físico, mental y emocional, así como para mejorar la calidad de atención que brindan a sus seres queridos. Algunas perspectivas clave sobre cómo abordar esta tarea son:

1. Educación y capacitación: Proporcionar información y capacitación adecuadas sobre técnicas de cuidado físico, manejo de estrés, acceder a recursos y apoyo, cómo cuidar a sus seres queridos de manera segura y efectiva, así como autocuidado.
2. Apoyo emocional: Ofrecer servicios como grupos de apoyo, consejería individual y recursos en línea para ayudar a sobrellevar desafíos al experimentar estrés, ansiedad, depresión y problemas de salud mental debido a las demandas de sus tareas.
3. Fomentar el autocuidado: Mediante el fomento de hábitos saludables, como una buena alimentación, ejercicio regular, descanso adecuado y tiempo para actividades recreativas.
4. Acceso a servicios de salud: Facilitar servicios de atención médica incluidos chequeos regulares, atención preventiva y tratamiento para cualquier problema de salud que puedan enfrentar.

5. **Respiro y apoyo en el cuidado:** Proporcionar servicios de relevo o centros de día, para que puedan tomarse un descanso y recargar energías. De igual manera explorar opciones de apoyo en el cuidado de largo plazo, como asistencia domiciliaria o el cuidado institucional cuando sea necesario, y finalmente terapia ocupacional.

6. **Sensibilización y defensa:** Promover la conciencia pública sobre los desafíos que enfrentan los cuidadores primarios informales y abogar por políticas y programas que los apoyen. Esto puede incluir campañas de sensibilización, actividades de promoción y participación en iniciativas de formulación de políticas a nivel local, estatal y nacional (Secretaría de Salud, 2006).

Para abordar necesidades del CPI de manera integral se requiere la educación, apoyo emocional, fomento del autocuidado, acceso a servicios de salud, opciones de respiro y apoyo en el cuidado, así como sensibilización y defensa. Al priorizar la promoción de la salud de los cuidadores, para mejorar su calidad de vida y garantizar una mejor atención para aquellos a quienes cuidan (Secretaría de Salud, 2006).

5.8 Alternativas para CPI que no cuentan con servicios de salud

Los CPI que no cuentan con acceso a servicios de salud tradicionales, ya sea debido a limitaciones financieras, geográficas u otras barreras, existen alternativas útiles:

1.- Clínicas comunitarias o móviles: Ofrecen clínicas de salud comunitarias que proporcionan servicios básicos de atención médica de forma gratuita o de bajo costo; Las clínicas móviles pueden acercar los servicios de salud a áreas rurales o a comunidades que carecen de acceso regular a la atención médica.

A) **Clínica comunitaria Psychology and Psychotherapy S. C. (PSY&PSY):** Como parte del servicio comunitario ofrecen atención psicoterapéutica sin costo durante el tratamiento integral a personas con discapacidad músculo-esquelética, se ubica en Silverio Pérez No. 113, Col. Centro, Texcoco, México. C.P. 56100, tel. 55 38 94 10 46 (*Psychology and Psychotherapy, 2024*).

B) **IMSS-Bienestar:** Unidades de salud con infraestructura apropiada para mexicanos sin seguridad social, los servicios de salud ofrecen atención médica de calidad, medicamentos e insumos médicos gratuitos. (IMSS-Bienestar, 2024)

C) **Salud en tu casa:** Participan grupos de salud integradas por médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos y odontólogos, entre otros, recorriendo casa por casa las colonias de las 16 alcaldías de la CDMX. Los servicios son gratuitos, incluyen medicamentos y estudios de laboratorio. El único requisito es estar afiliado al programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos de la Ciudad de México (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2024) y las Unidades de Especialidades Médicas Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (Tabla 16):

Tabla 16. Unidades de Especialidades Médicas y Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones.

Nombre UNEME CAPA	Dirección	Teléfono	Horarios de atención	Correo electrónico	Responsable de la Unidad
Iztapalapa Chinampac de Juárez	Av. Telecom s/n, casi esq. Eje 5, Col. Chinampac de Juárez, C.P. 09225	(55) 26337887	L a V 8:00 a 18:00 h. Sábados 8:00 a 16:00	uneme.capa.chinampac@gmail.com	Lic. Jaqueline Ivette Trejo Martínez
Iztapalapa Santiago Acahualtepec	Retama s/n, esq. 5 de febrero, Col. 2ª Amp. Santiago Acahualtepec, C.P. 09609	(55) 58323323	L a V de 8:00 a 20:00 h. Sáb, Dom y días festivos 7:00 a 19:00 h	uneme.capa.acahualtepec@gmail.com	Lic. Mariana Sandibell Torres Miranda
Iztapalapa Dr. Francisco J. Balmis	Independencia 20, Col. Zacahuizco, C.P. 09490	(55) 56741517	L a V de 08:00 a 20:00 h. Sáb, Dom y días festivos 8:00 a 14:00 h	uneme.capa.balmis10@gmail.com	Lic. Verónica Jiménez Yedra
Iztapalapa Dr. Guillermo Román Y Carrillo	Zacatlán No. 146, Col. Lomas de San Lorenzo, C.P. 09790	(55) 58458581	L y Mar 8:00 a 16:00 h. Mier y V 8:00 a 22:00 h. Sáb, Dom y días festivos 8:00 a 16:00.	uneme.capa.romanycarrillo@gmail.com	Lic. Sonia Ruiz Salazar
Iztapalapa Ejido los Reyes	Tetlepanquetzaltzin s/n casi esq. Cuauhtémoc, Col. Ampliación los Reyes, C.P. 09840	(55) 56741517	L a V de 08:00 a 20:00 h. Sáb, Dom y días festivos 8:00 a 14:00 h	uneme.capa.balmis10@gmail.com	Lic. Verónica Jiménez Yedra

Fuente: SEDESA, 2024

2.- **Servicios de salud mental en línea:** Organizaciones que ofrecen servicios de salud mental en línea, como terapia por videoconferencia o recursos de autoayuda, son accesibles con una conexión a internet, útiles para los cuidadores que no puedan acceder a servicios de salud mental tradicionales, por ejemplo:

- a) **Línea de Atención Psicológica:** Call Center especializado en salud mental: servicio donde sus operadores ofrecen atención a personas que estén pasando por un mal momento. Facultad de Psicología, seis líneas, de lunes a viernes, de 9 a 18 h. Teléfono: 55-5025-0855. (UNAM, 2021)

b) **Línea UNAM:** Responder un cuestionario y al finalizar la contestación se puede solicitar un especialista, link <https://misalud.unam.mx/covid19/> de lunes a viernes 8:00 a 18:00 h (UNAM, 2023).

3. **Recursos en línea y aplicaciones móviles:** Existen recursos en línea y aplicaciones móviles diseñadas para brindar información sobre la salud, proporcionar consejos de autocuidado y conectarse con comunidades de personas en situaciones similares. Son útiles para los cuidadores que buscan información y apoyo desde la comodidad de sus hogares.

a) **App Doc.com:** Aplicación móvil sin costo y es la única que ofrece servicio profesional de asistencia y orientación médica, así como terapia psicológica de forma gratuita (Fundación Carlos Slim, 2021).

4.- **Terapia ocupacional:** Existe el **programa de Pilares** el cual es un proyecto por medio del cual busca disminuir violencias y desigualdades, enfocada especialmente en la atención de las zonas con menor Índice de Desarrollo Social, mayor densidad poblacional y en donde existan problemas de violencia. Cualquier persona puede acceder a talleres deportivos, culturales y de capacitación en oficios para la producción, comercialización y emprendimiento permitiendo lograr la independencia económica. En PILARES se cuenta con equipos de cómputo con internet. Todas las actividades son gratuitas (Gobierno de la Ciudad de México, 2024).

a) **Talleres de artes y oficios:** Programa de cultura comunitaria, cuyo objetivo es disminuir la centralización de la oferta artística, para que los habitantes en la Ciudad de México, población más vulnerable, accedan con totalidad a sus

derechos culturales, este programa cuenta con una extensa oferta de capacitación artística y cultural, el cual busca detonar y promover la formación y desarrollo de cada individuo.

- b) **Educación para la Autonomía Económica:** Área para crear, aterrizar, desarrollar, impulsar y mantener con rentabilidad la idea de un negocio, por medio del trabajo en equipo con talleristas profesionales y con experiencia en el área de la creación de negocios.

Es importante que los CPI exploren estas alternativas y encuentren los recursos que mejor se adapten a sus necesidades y circunstancias individuales. Además, la sensibilización sobre la disponibilidad de estos recursos puede ayudar a garantizar que los cuidadores puedan acceder al apoyo que necesitan para mantener su propia salud y bienestar mientras cuidan a sus seres queridos.

5.9 Estrategias para cuidar el estado psicoemocional del CPI

Los CPI pueden emplear una variedad de estrategias para cuidar su estado psicoemocional además de depender únicamente de los programas de apoyo gubernamentales. Algunas opciones que se pueden considerar: (Mayo Clinic, 2023)

1. **Apoyo social:** Apoyo de amigos, familiares o grupos de apoyo puede ser benéfico para compartir experiencias, recibir consejos y sentirse comprendido.
2. **Autocuidado:** Practicar actividades que promuevan el bienestar emocional y físico, hacer ejercicio normalmente, mantener una dieta adecuada, dormir lo

suficiente y practicar técnicas de relajación como la meditación o la respiración profunda.

3. **Buscar información y recursos:** Investigar sobre la condición de la persona que están cuidando, esto puede ayudar a entender mejor sus necesidades y cómo manejarlas de manera más efectiva y buscar recursos comunitarios o en línea que proporcionen información y apoyo específico para CPI.
4. **Establecer límites:** Es importante establecer límites claros en cuanto al tiempo y la energía dedicados al cuidado para evitar el agotamiento emocional y físico. Aprender a decir “no” cuando sea necesario y buscar ayuda, cuando sea posible para mantener un equilibrio saludable.
5. **Buscar ayuda profesional:** Consultar a un profesional de la salud mental, como terapeuta o consejero, un espacio seguro para expresar emociones, recibir orientación y aprender estrategias de afrontamiento efectivas.
6. **Participar en actividades placenteras:** Tiempo para actividades que disfruten, puede reducir el estrés y mejorar el estado de ánimo como hobbies, salir con amigos, disfrutar de la naturaleza, hacer yoga, o cualquier otra actividad que les brinde placer y distracción.
7. **Educarse sobre el cuidado propio:** Aprender sobre autocuidado y practicar técnicas de manejo del estrés para mantenerse saludables física y emocionalmente a lo largo del tiempo. Al combinar estas estrategias con los

programas de apoyo gubernamentales, los CPI pueden cuidar mejor su estado psicoemocional y proporcionar un cuidado de mayor calidad a sus seres queridos.

5.10 Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)

Organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, responsable de la política del país para las personas mayores, con el objetivo general de coordinar, promover, respaldar, alentar, monitorear y evaluar las acciones, estrategias y programas públicos que se deriven de ella de acuerdo con los principios, metas y disposiciones enumeradas en el Ley de Protección de los Derechos de los Adultos Mayores.

5.10.1 Historia del INAPAM

El Instituto surge ante el abandono que sufren los adultos mayores; en 1979, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), que había sido llamado Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), se desarrolló con el objetivo de ayudar y orientar a las personas de la tercera edad, así como decirle a la sociedad lo importante que es tener en cuenta a este grupo poblacional, ya que su crecimiento no solo es a nivel nacional, sino internacional.

Para el 17 de enero del 2002, se modifica el nombre de INSEN por el Instituto Nacional de las Personas en Plenitud (INAPLEN), su táctica de atención para alcanzar mayores niveles de bienestar, en el aspecto de empleo u ocupación, remuneraciones justas, asistencia y generación de oportunidades, de igual manera, de los valores familiares y sociales y la educación para la salud se constituyen en

estrategias de acciones y programas en el INAPLEN, con el objetivo de contribuir al combate a la pobreza y la disminución de rezago social de un número importante de adultos mayores, en especial de zonas rurales y urbanas marginadas.

De igual manera, se promulgó la Ley de Derechos de las Personas Adultas y de las Personas Mayores, que establece un conjunto de derechos específicos para este grupo, así como un conjunto de lineamientos para su observación, interpretación y aplicación. Se presentaron Adultos y Personas Mayores, alineándose un conjunto de derechos específicos, así como un conjunto de pautas para su observación, interpretación y aplicación. Actualmente el INAPAM es un organismo público rector de la Política Nacional a favor de las personas adultas, con como objetivo general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se derivan de ella de conformidad con los principios, objetivos y disposiciones" que esta Ley contiene (Secretaría del Bienestar, 2021).

VI. MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 Tipo de estudio

El estudio fue transversal descriptivo, así mismo se utilizó una revisión bibliográfica, artículos indexados y páginas oficiales como la OMS, OPS, CONAPO, para la recopilación de información del marco teórico. También, se utilizó una encuesta (Anexo 1 y Anexo 2) para recolectar testimonios para la construcción de la base de datos, para terminar, se estableció una propuesta desde la Promoción de la Salud (PS) para realizar un taller a la comunidad para fomentar una cultura de autocuidado, mediante el método de sistematización de experiencias de Jara (2018).

6.2 Tamaño de la población

De acuerdo al teorema central del límite para estudios descriptivos se requiere una muestra mínima de 30 elementos, por la disponibilidad del tiempo y tipo de estudios se utilizaron 80 encuestas a Cuidador Primario Informal con nacionalidad mexicana, ambos sexos en un rango de edad de 19 a 62 años de la Ciudad de México y Estado de México.

6.3 Criterios de selección

Criterios de inclusión: hombres y mujeres de 19 a 62 años que vivan en la CDMX y Estado de México y *Criterios de exclusión:* embarazada y personas con discapacidad

6.4 Encuesta

Se utilizó una encuesta dirigida a “Cuidado del Adulto Mayor” para identificar las características socioeconómicas y los factores que afectan emocionalmente al CPI en su labor con el Adulto Mayor Dependiente. Se estableció la propuesta desde la

Promoción de la Salud (PS) de un taller dirigido a los cuidadores para fomentar una cultura de autocuidado, utilizando sistematización de experiencias de Jara (2018).

6.5 Base de Datos

Se construyó la base de datos de los CPI a partir de las encuestas realizadas a partir de un formulario Google, contemplando a familiares y amigos que cuidaban algún familiar AMD y se difundió la encuesta mediante redes sociales, así como en la comunidad Uacemita (Tabla 17).

Tabla 17. Operacionalización de variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Tipo variable
Encuesta	Estado psicoemocional CPI	Datos socioeconómicos Ingresos, Seguro social Nivel académico Salud emocional del cuidador, Salud general	Sexo H o M Edad 19-62	Nominal Dicotómica Numérica Razonamiento

(Fuente propia, 2024)

6.6 Análisis de datos

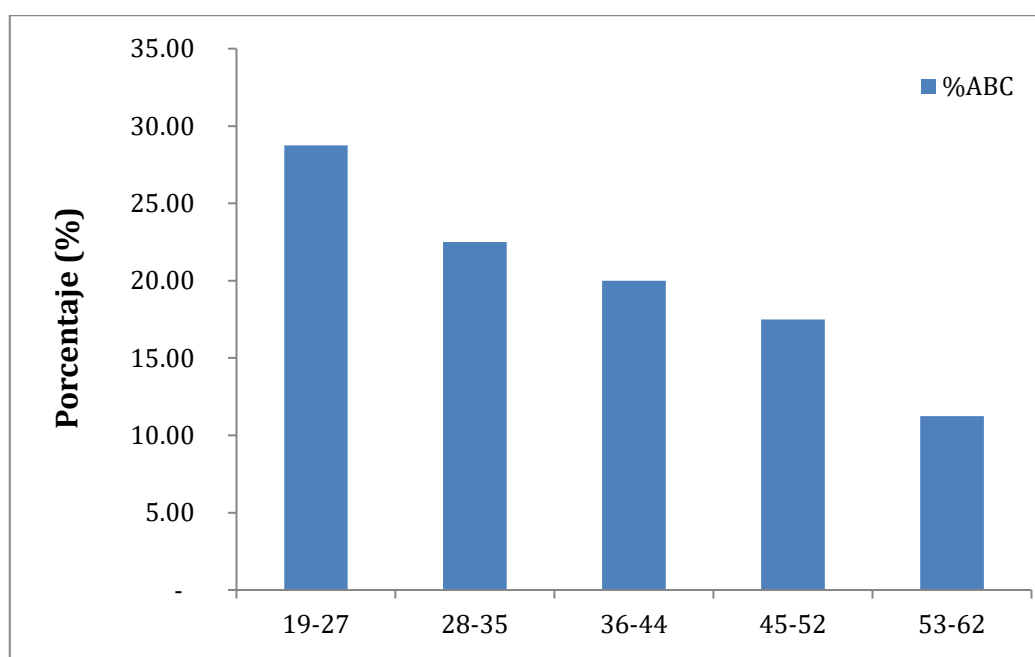
La revisión bibliográfica se realizó una vez definido el tema y los objetivos, después se seleccionaron las fuentes de información más relevantes y actualizadas. La encuesta fue elaborada con preguntas claras y relevantes para los CPI (Anexo 2), se identificó la población de estudio y se aplicó en la Ciudad de México y Estado de México, se difundió a conocidos y por medio de redes sociales, así como con la comunidad Uacemita, se trabajó el material de forma electrónica mediante WhatsApp utilizando el link del formulario Google, previo consentimiento informado (Anexo 1). Finalmente se recopilaron las encuestas y se construyó la base de datos en una hoja de cálculo de Excel de cada uno de las personas encuestadas para su análisis.

VII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En esta investigación se realizaron encuestas (Anexo 1) a personas del sexo femenino y del sexo masculino, que trabajan como cuidadores primarios informales, destacando un rango de edad que oscila entre 18 años hasta los 62 años, ocupando el primer lugar los 19 a 27 años (Fig. 3), resultados que coinciden con lo reportado por Villavicencio (2017), donde destaca que una de las características específicas de los CPI es en rango de edad (18 a 60 años). Asimismo, Quintero (2012), mencionó el rango de edad de los CPI (20 a 50 años). Los resultados mostraron que el rango de edad fue de 19 a 27 años (28.75%), de 28 a 35 años (22.50%), de 36 a 44 años (20%), de 45 a 52 años (17.50%) y de 53 a 62 años (11.25%), entre mujeres (81.3%) y hombres (18.8%).

Figura 3.

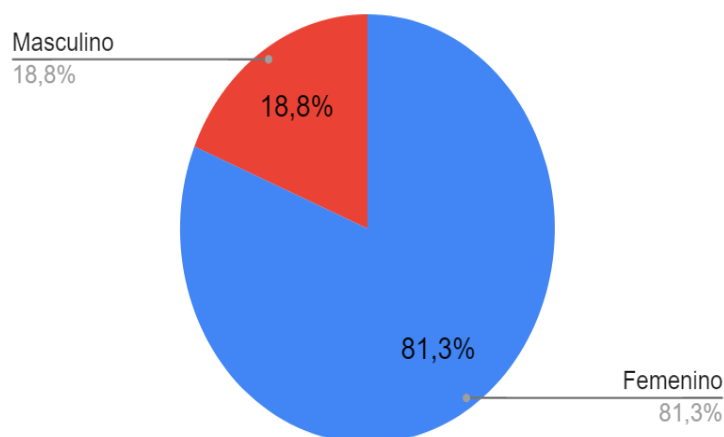
CPI de acuerdo con el rango de edad (Fuente: Propia, 2024).



Algunos autores coinciden en los porcentajes de género para CPI, destacando las mujeres (80.2%) y hombres (19.8%) (Villavicencio, 2017; Quintero, 2012), las primeras destacan en esta ocupación tanto a nivel nacional como mundial (ENOE, 2022). El rol de actividades diarias para mujeres radica en las obligaciones que tiene del cuidado del hogar, incluyendo a todos los integrantes de la familia. Sin embargo, en la actualidad el porcentaje de los hombres también está en aumento ante esta labor (Ruiz, 2019).

Figura 4.

Género del CPI (Fuente: Propia, 2024).



Por otro lado, el nivel de estudios más alto entre los CPI (Fig. 5), fue de licenciatura (56.3%) y el más bajo fue de secundaria (10%), el resto con bachillerato (33.8%), estos resultados han cambiado en la actualidad ya que Villavicencio (2017) y Quintero (2012), mencionaron que el nivel de estudios no es un factor determinante para un CPI a pesar de que sus reportes mostraron un nivel de grado de estudios bajo. Por otro lado, dentro del estado civil de los CPI (Fig. 6), destacó las personas solteras (53.8%), seguida por casados (35%), unión libre y divorciados fueron los que

presentaron el porcentaje menor (1.3%), y el 8.8% corresponde a los separados, esto se refleja en lo que menciona Villavicencio (2017) en donde muestra que el estado civil de los CPI en su mayoría es soltero.

Figura 5.

Nivel de estudios del CPI (Fuente propia, 2024)

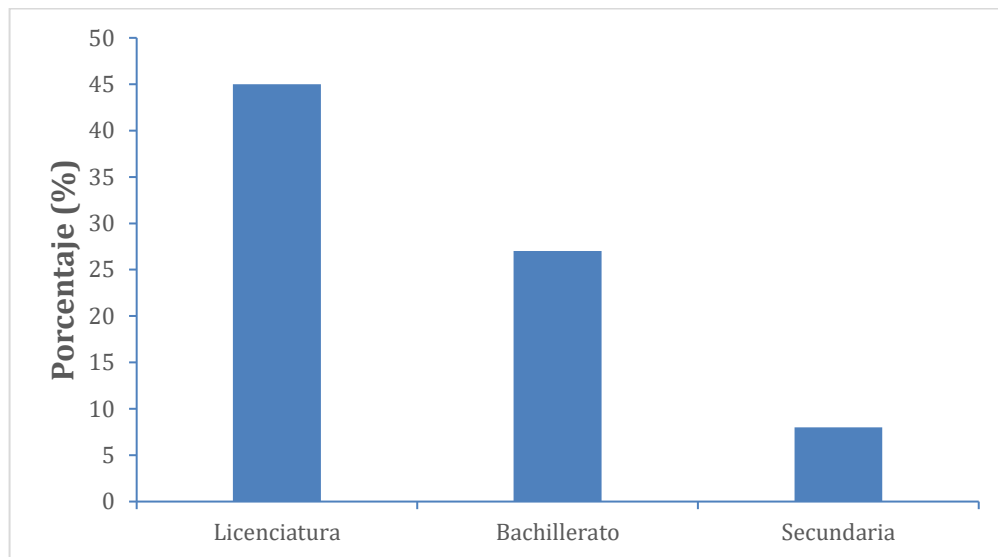
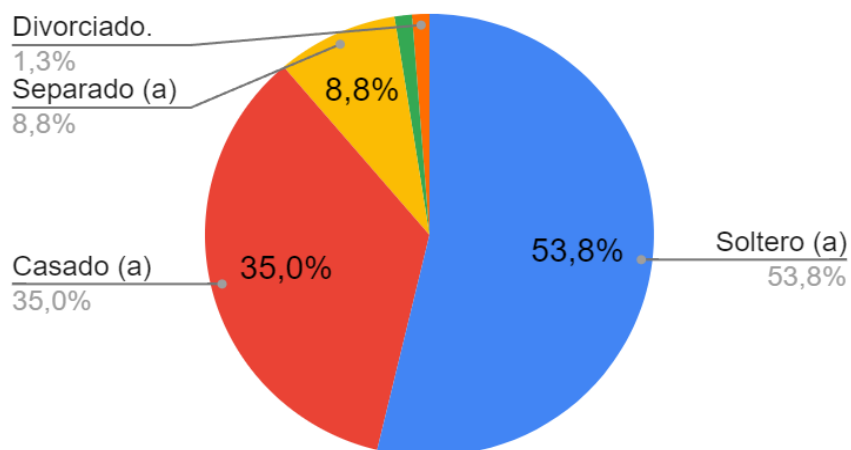


Figura 6.

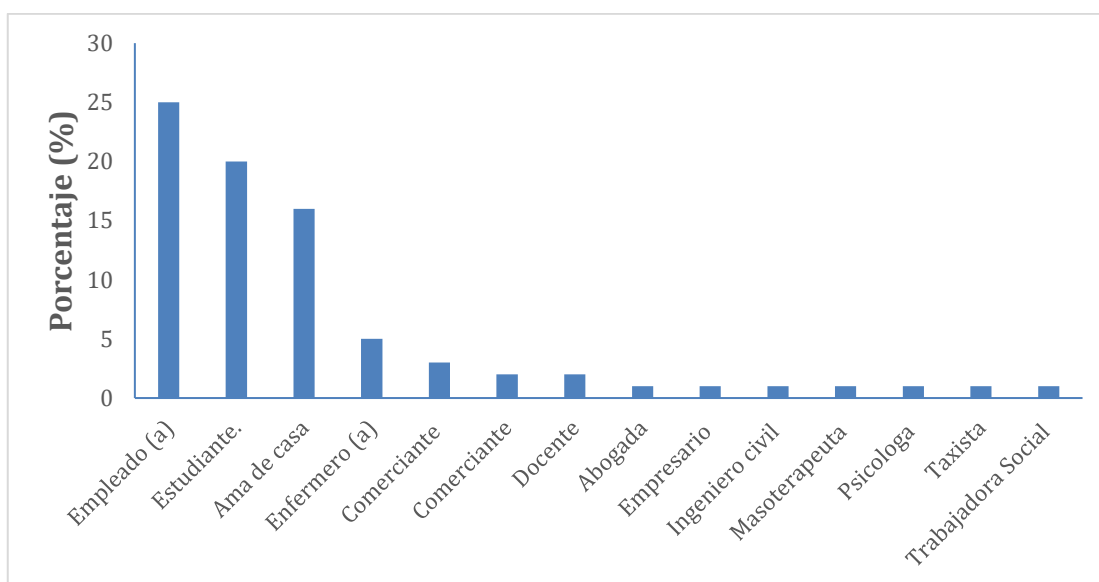
Estado civil del CPI (Fuente propia, 2024)



La principal ocupación de los CPI (Fig. 7), fue la de empleado (31.3%), seguido de estudiante (25.0%), amas de casa (20.0%), comerciantes (6.4%), enfermeras (2.5%), son docentes 9.1% (equivale al 1.3% c/u) entre psicólogas, abogadas, ingeniero civil, masoterapeuta, taxista, empresario y trabajadora social; cabe destacar que para las familias, los estudiantes pueden ocuparse de la tarea del cuidado, ya que podrán llegar tarde a una clase o faltar a la escuela, a diferencia a una persona que trabaja ya que puede afectar al grado de perder hasta su trabajo, datos que coinciden con lo reportado por Quintero (2012).

Figura 7.

Ocupación del CPI (Fuente propia, 2024)



Para los CPI encuestados con respecto al parentesco fue el 35.1% (Fig. 8) para hija (o), el 36.3% para nietas(os), el 12.6% para amigas(os), el 7.6% sobrinas(os), el 6.3% son nueras y el 2.6% (que equivale al 1.3% c/u), para cuñado y esposa. Los CPI cercanos son principalmente hijas, esposas y hermanas (Quintero, 2012).

Figura 8.

Parentesco del CPI con el AMD (Fuente propia, 2024)

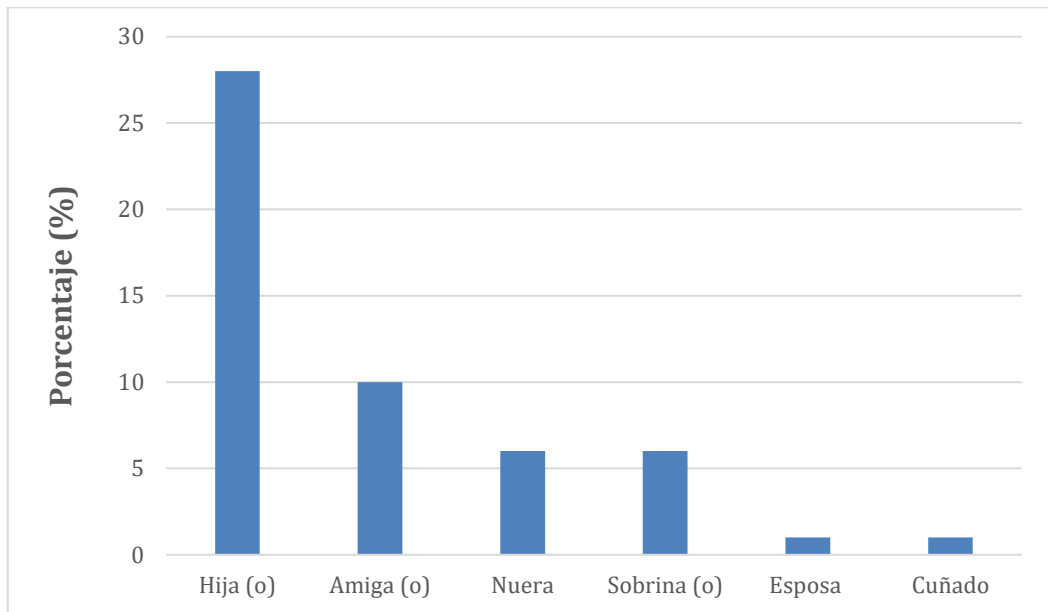
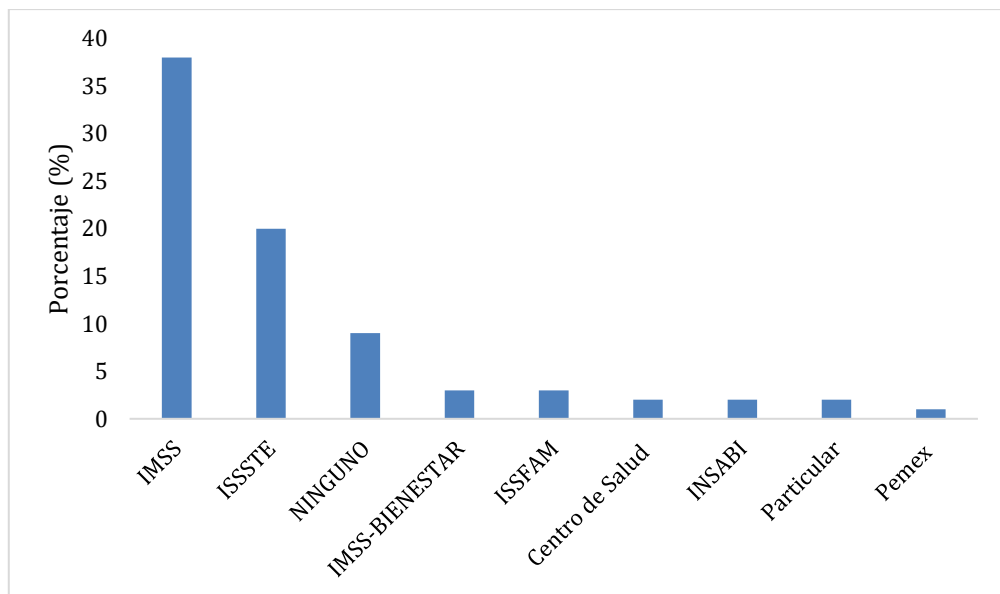


Figura 9.

Seguridad social del AMD (Fuente propia, 2024)



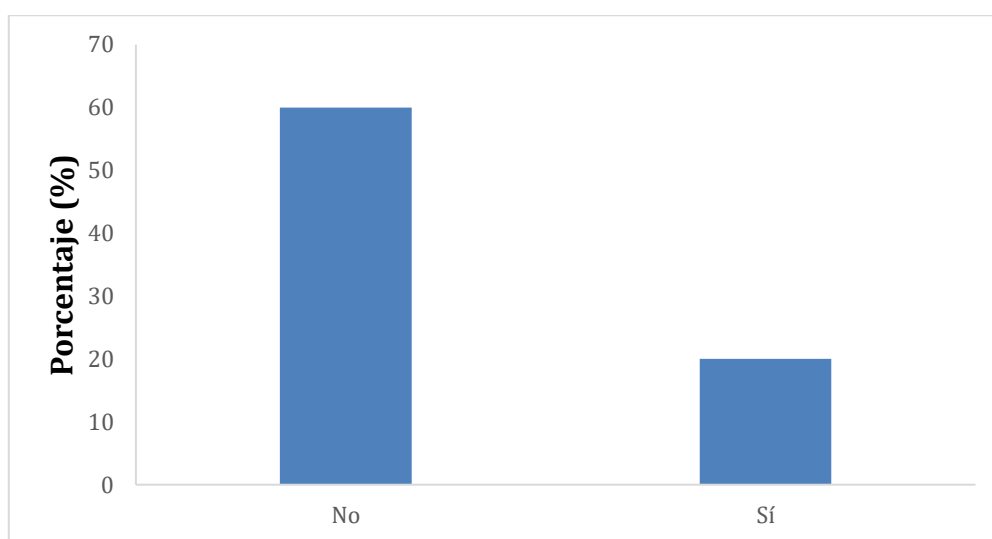
Para el adulto mayor dependiente el 87.5% cuenta con seguridad social (Fig. 9) y el 12.5% no cuentan con ese servicio, de los cuales IMSS (53.5%), ISSSTE (28.2%),

IMSS-Bienestar (4.2%), y el 11.2% (que equivale al 2.8% c/u), son INSABI, Centro de Salud, Particular y por último el 2.8% (equivale al 1.4% c/u), son PEMEX e ISSFAM. En la actualidad, la seguridad social ha tenido gran cobertura principalmente para los Adultos Mayores; El CONEVAL (2020) destacó el 41.1% (2016) de esta población sin acceso a la seguridad social, 41.4% (2018) y 28.8% (2020) respectivamente.

Con respecto a los ingresos que se tienen para gastos del AMD, el 40% de los CPI no cuentan con ingresos mensuales (Fig.10). Sin embargo, se destaca que el 60.0% de esta población no dependen económicamente de los CPI y el 20.0% sí dependen económicamente de los CPI. En la actualidad, de acuerdo con las políticas públicas construidas a nivel nacional, son apoyados por el gobierno al proporcionar una ayuda mensual del sistema de pensiones para personas de más de 60 años.

Figura 10.

Dependencia económica del CPI (Fuente propia, 2024)



Con respecto a vivir, el 63.8% de los CPI viven con el AMD y el 36.3% se trasladan todos los días generando un mayor desgaste personal y económico. Al vivir con el AMD, los CPI reducen los tiempos y menor gasto (Villavicencio, 2017; Quintero, 2012).

Para los adultos mayores dependientes, en su mayoría en un rango de edad mayor de 70 años, padecen al menos una enfermedad (Tabla 5) crónico degenerativo, destacando la diabetes (30.7%) e hipertensión (24.8%), mientras que el (44.5%) de los AMD no padecen enfermedades.

Respecto a las enfermedades que padece el Adulto Mayor Dependiente, se observó que el 18% tiene Diabetes, seguida de esta, se acompaña con la Hipertensión habiendo un 11%, siendo estas, así mismo, se encontró que otros padecimientos como artritis, demencia senil, embolia, etc., (tabla 18), son las que la mayoría de los AMD padecen (32%).

Tabla 18. Padecimientos AMD

Enfermedad	Cantidad (%)
Artritis, Demencia Senil, Esclerosis Múltiple, Cálculos Biliares, Retraso Mental, Cirrosis Hepática, Esquizofrenia, Insuficiencia Renal, Tiroides, Hidrocefalia, Parkinson, Cáncer De Tiroides, Gota, Hipertiroidismo, Reumatoides, Asma, Gastropatías Múltiples, Embolia, Cáncer de Colón y Coágulo Cerebral.	32
Diabetes	18
Diabetes e hipertensión	13
Hipertensión	11
Ninguna	9
Embolia	5
Alzheimer	5
Hipertensión y embolia	3
EPOC	2
Cáncer de próstata	2

Fuente (Elaboración propia, 2024).

Los tiempos empleados en promedio del CPI para el cuidado del AM (Fig. 11), fue de ≥ 36 meses (38.8%), de ≤ 6 meses (20.3%), de 7 a 18 meses (20.0%), de 19 a 36 meses (15.0%). Por otro lado, la jornada laboral diaria del CPI (Fig. 12), es ≤ 6 horas (45.0%), de 7 a 12 h (32.5%), ≥ 24 h (16.3%), de 17 a 23 h (6.3%). Algunos autores han destacado el tiempo promedio de cuidado entre 4 a 5 h al día (Villavicencio, 2017), mostrando que la población de estudio en promedio dedica ≤ 6 h/día al cuidado del AMD, por el apoyo recibido de sus familiares, manteniendo una menor sobrecarga de actividades y proporcionando tiempo libre para realizar sus tareas personales y familiares.

Figura 11.

Tiempo empleado del CPI al cuidado del AMD (Fuente propia, 2024)

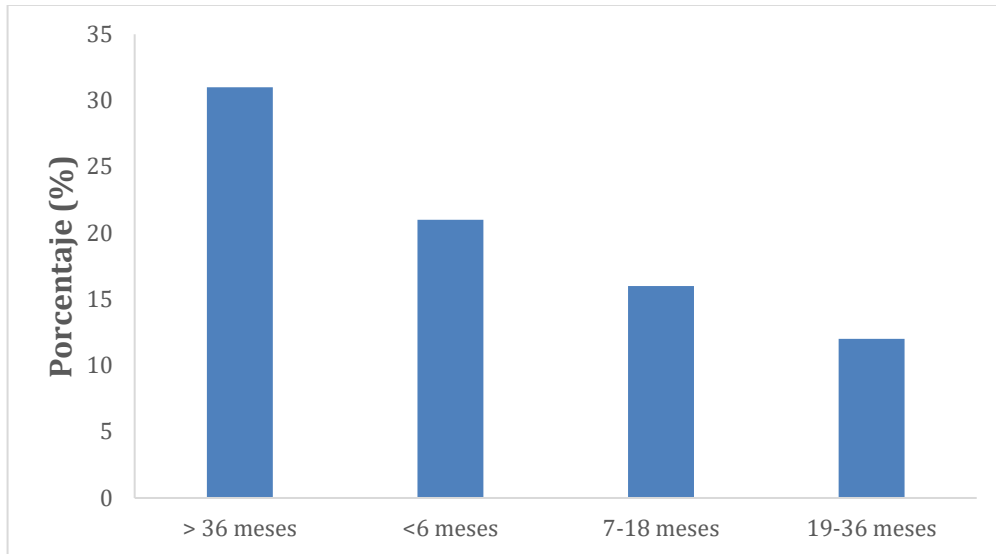
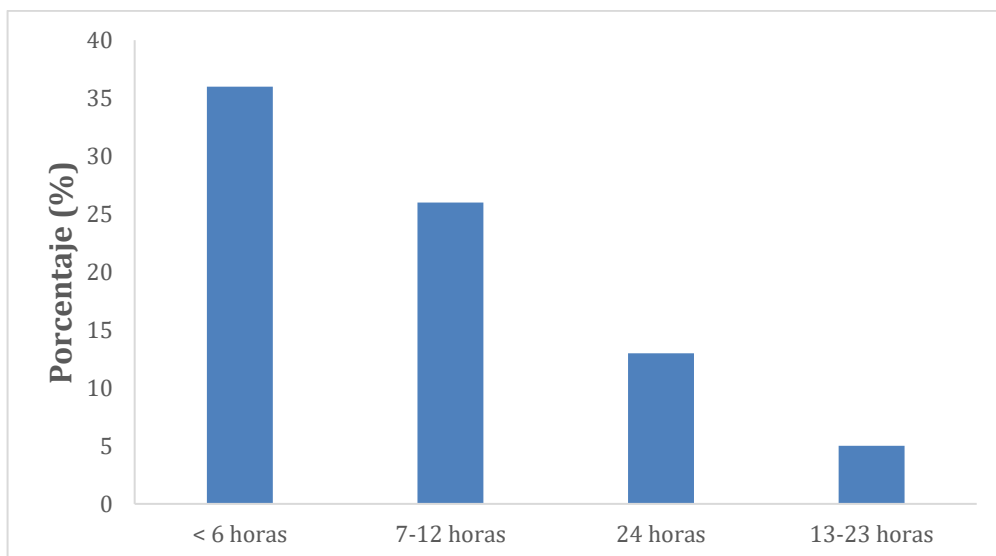


Figura 12.

Jornada Laboral diaria del CPI (Fuente propia, 2024)



El trabajo en coordinación del CPI con la familia para el cuidado del AMD, mantiene una jornada laboral ≤ 6 h, ya que recibe ayuda de otros familiares (76.3%), Sin

embargo, existen casos en donde es el único cuidador (23.8%). Algunos autores han destacado que el CPI no recibe apoyo de otros familiares (Quintero, 2012). Sin embargo, en este estudio el CPI si recibió ayuda y disminuyó la sobrecarga de actividades, no alteró su estado de salud y vida laboral, no descuidar a su familia (56%) y vida laboral (72.5%); no descuidar su persona (70.0%), utilizar tiempo libre para su distracción (65.0%) Quintero (2012).

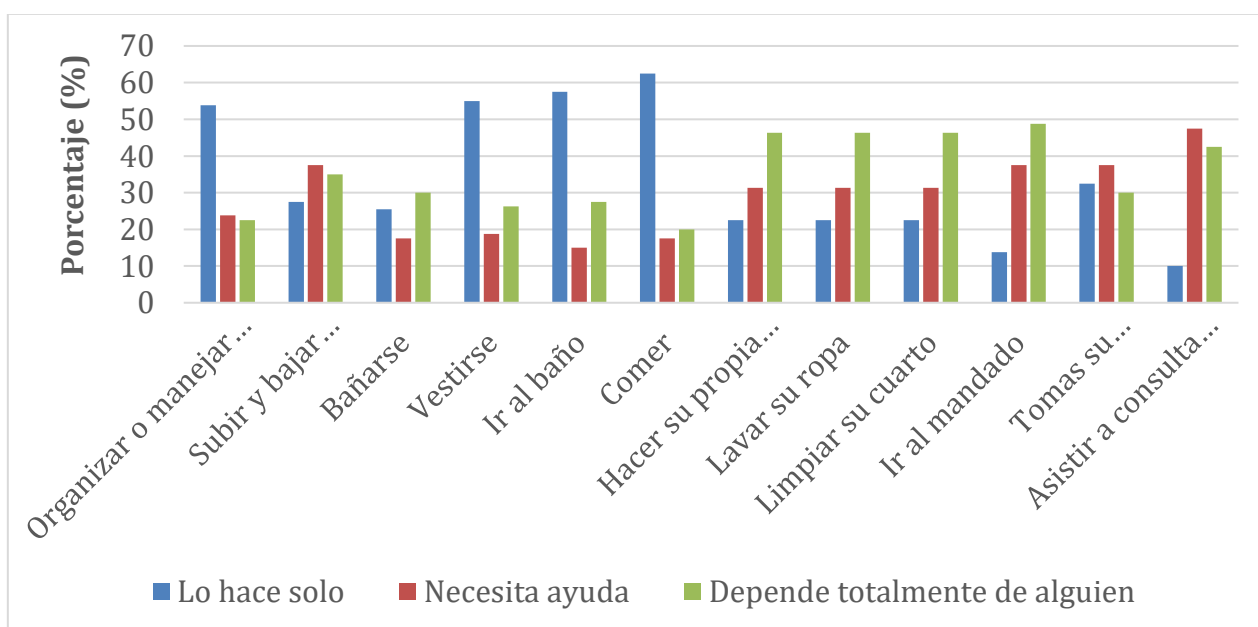
Por otro lado, el CPI ayuda al AMD a cumplir algunas funciones para su día a día. Para **organizar o manejar su dinero** (Fig. 13): el 53.8% lo hacen solos, el 23.8% necesita ayuda y el 22.5% es dependiente. El 68.8% de los CPI no les causa estrés, el 21.3% a veces y el 10.0% siempre; Para **subir y bajar escaleras**, solos (27.5%), necesita ayuda (37.5%), es dependiente (35.0%): no le causa estrés al CPI (63.8%), a veces (23.8%) y siempre (12.5%). **Para bañarse** solos (52.5%), necesitan ayuda (17.5%), es dependiente (30.0%), donde los CPI no se estresan (70.0%), en ocasiones (17.5%), siempre (12.5%). **El vestirse** para el AMD en ocasiones es todo un reto, lo hacen solos (55.0%), requieren ayuda (18.8%), es dependiente (26.3%). Al CPI no le causa estrés (5.0%), a veces (16.3%) y siempre (8.8%). **Ir al baño**: el 57.5% de los AMD lo hacen solos, el 15.0% necesita ayuda, el 27.5% es dependiente y Al 71.3% de los CPI no les causa estrés, al 15.0% siempre y al 13.8% a veces; **Comer**: el 62.5% de los AMD lo hacen solos, el 17.5% necesita ayuda, el 20.0% es dependiente. Al 68.8% de los CPI no les causa estrés, al 18.8% a veces y al 12.5% siempre.

Hacer su propia comida: El 46.3% de los AMD son dependientes, el 31.3% necesita ayuda y el 22.5% lo hace solo; Al 61.3% de los CPI sin estrés, al 27.5% a veces y al 11.3 siempre. **Lavar su ropa**: el 46.3% de AMD son dependientes, el 31.3% necesita ayuda y el 22.5% lo hace solo. Al 70.0% de los CPI sin estrés, al 18.8% a veces y al

11.3% siempre. **Limpiar su cuarto:** el 46.3% de AMD son dependientes, el 31.3% necesita ayuda y el 22.5% lo hacen solos. Al 67.5% de los CPI sin estrés, al 22.5% a veces y al 10.0% siempre. **Ir al mandado:** el 48.8% de los AMD son dependientes, el 37.5% necesita ayuda y el 13.8% lo hacen solos. Al 62.5% sin estrés, al 22.5% a veces y al 15.5% siempre. **Tomar su medicamento:** el 37.5% de los AMD necesitan ayuda, el 32.5% lo hacen solos y el 30.0% dependientes. Al 60.0% de los CPI sin estrés, al 26.3% a veces y al 13.8% siempre. **Asistir a consulta médica:** el 47.5% de los AMD necesita ayuda, el 42.5% dependientes y el 10.0% lo hace solo. Al 47.5% de los CPI sin estrés, al 32.5% a veces y al 20.0% siempre. Todas estas son funciones o actividades son las que el cuidador realiza, aunque también se observaron otras destacando: cargarlo para acomodarlo en algún otro lugar, limpiar sus heces, vigilar su sueño, salir a pasear, conectar su tanque de oxígeno, leerle libros, cepillarse los dientes, etc.

Figura 13.

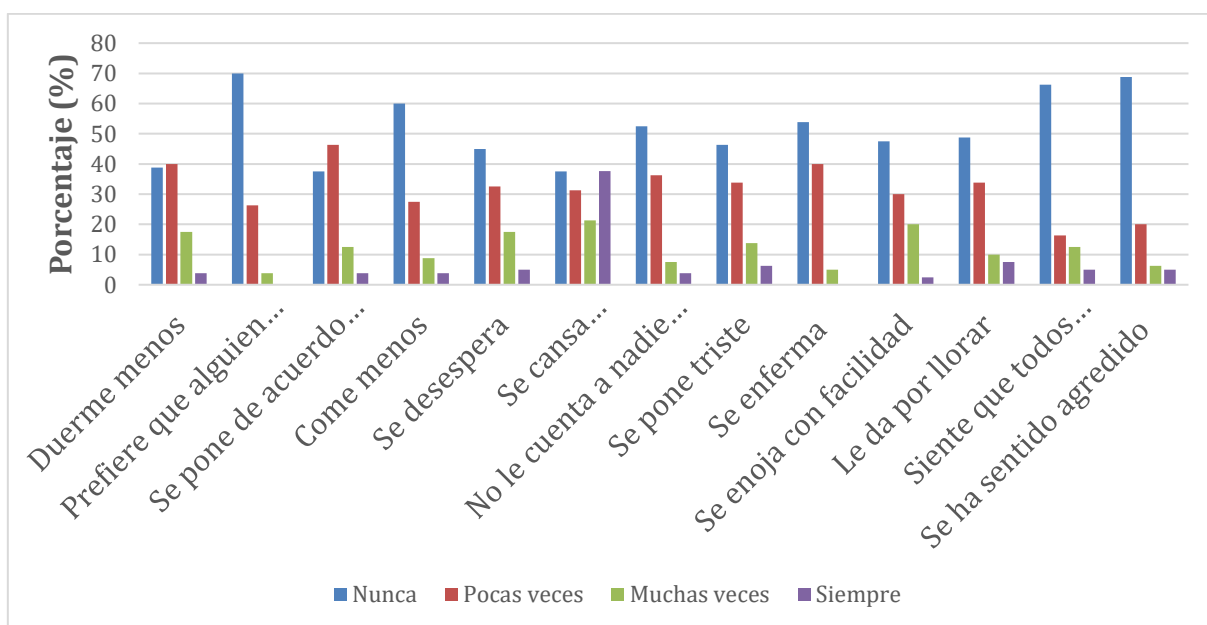
Funciones del CPI para el cuidado del AMD (Fuente propia, 2024)



El 53.8% de los CPI tienen algún problema familiar que les causa estrés (Fig. 14), teniendo como consecuencia que duerma menos (61.2%), prefieren que alguien más resuelva el problema (30%), se ponen de acuerdo con los demás para solucionar el problema (62.5%), come menos (40%), se desespera (55%), presenta cansancio emocional (62.5%), no le cuenta a nadie (52.5%), se pone triste (53.7%), se enferma (46.2%), se enoja con facilidad (52.5%), les da por llorar (51.2%), sienten que todos están en su contra (33.7%), no se han sentido agredidos (68.8%) les ha causado estrés algún problema familiar (53.8%).

Figura 14.

Funciones que le causan estrés al CPI (Fuente propia, 2024)



Asimismo, el estrés que les causa es un factor de riesgo para su salud mental, el cuidar a una persona es estresante, aunque se observó que el que cuentan con el apoyo de otra persona para el cuidado del AMD, no afecta su vida familiar, laboral y social. Sin embargo, se observó que sufren de insomnio, no comen bien y además

presentan una afectación a su salud emocional, ya que llegan a tener sentimientos de aislamiento, frustración y tristeza.

La salud del Cuidador Primario Informal, se deteriora en menor proporción de forma física y mental, teniendo el apoyo de otros cuidadores del Adulto Mayor Dependiente, sin embargo, en este estudio se presentó un porcentaje menor en el estrés que siente el Cuidador al realizar actividades de cuidado con el AMD. Los factores que afectan la salud de los CPI que se identificaron fueron psicológicos y ambientales.

Desde la PS, para ir hacia el logro de un estado de bienestar psicológico y emocional, así como las afectaciones de los CPI ocasionados por los conflictos familiares o eventos de mucha tensión, deben crearse estrategias, en este caso un taller de Empoderamiento en donde los Cuidadores tendrán la capacidad de afrontar el estrés, la frustración, interacción positiva con la familia, habilidades para la vida, manejo de conflictos, entre otros.

La prevención está dirigida para el público en general, y se les brindaron herramientas necesarias como la capacitación, que puede ayudar a reducir algunos costos asociados con la atención y debe centrarse tanto en los aspectos técnicos como emocionales, así como la creación de redes, círculos de apoyo y asistencia a domicilio, ya que en algún momento se convertirán en cuidadores. De igual manera proponer el apoyo económico tenga cobertura a nivel nacional. En el ámbito laboral, se debe otorgar una licencia de cuidado, con esta intervención, los trabajadores podrán faltar a su trabajo por cuidar al Adulto Mayor Dependiente.

Cabe señalar que debe existir una política de relevo, la cual permita que el individuo que cuida a un miembro de la familia sea relevado por un profesional cuidador, permitiendo que los días libres atiendan situaciones urgentes y/o mejorar su bienestar físico y mental, en caso de que el CPI no cuente con economía suficiente para pagar un profesional, el gobierno se lo proporcione.

A lo largo de la vida, se adquieren habilidades para cuidar de los demás. Quizás sea la actividad que nos hace más humanos. Consultar a un profesional de la salud mental se considera una prueba poco confiable de la fortaleza mental, el equilibrio emocional, la resistencia física, la flexibilidad familiar y la resiliencia personal. Al apoyar a alguien que lo necesita, también fortalecemos nuestra capacidad de crear vínculos interpersonales seguros, fuertes y agradecidos.

Las alternativas del CPI para prevenir una enfermedad deberán seguir haciendo su labor sin afectar su salud y economía, para su prevención, es necesario tomar jornadas de 4 a 5 horas para que al término de su jornada pueda atender su salud.

Como alternativas de difusión se realizó un tríptico (Anexo 3) para cubrir información necesaria y compartir con la comunidad en general o con quien lo requiera. Como promotores de la salud, se debe realizar un censo más amplio al que se realizó en este estudio y acudir a las comunidades para brindarles las herramientas para mejorar su salud mental y un mayor control sobre la misma, empoderando a las personas para tomar decisiones informadas y saludables, al mismo tiempo fomentar la creación de entornos saludables, mediante la educación, el apoyo emocional, el fomento del autocuidado, el acceso a servicios de salud y la sensibilización.

Finalmente trabajar en propuestas de políticas públicas para apoyo a los CPI y reconocer que su labor es importante, ya que con el paso de los años la población de la tercera edad aumentará su crecimiento poblacional.

VIII. CONCLUSIONES

El estado emocional de los Cuidadores Primarios Informales, se ve afectado principalmente por el estrés y la falta de horas de sueño, que está relacionado con el grado de dependencia del adulto mayor. A pesar de que la mayoría pueden realizar sus actividades, existen tareas que requieren del apoyo del CPI destacando: el traslado del AMD para tomar su medicamento, cita médica, ir al mercado, limpiar el cuarto, hacer la comida y lavar la ropa.

Los CPI son principalmente mujeres y los roles de cuidado han cambiado, en años anteriores presentaban baja escolaridad, eran amas de casa, casadas y presentaban sobrecarga por el cuidado. En este estudio, algunos de los CPI son profesionistas, tienen una jornada laboral e invierten una jornada de cuidado menor de 6 h/día ya que se involucran otros familiares, disminuyendo así la sobrecarga y procurando mantener su salud, no descuidando a su familia y generando un respiro.

Desde la Promoción de la Salud, se promueven alternativas como la elaboración de un tríptico para informar a la población de los centros de apoyo para los CPI. También se propone el desarrollo de talleres para la prevención de problemas psicológicos, emocionales, terapia ocupacional.

Como Promotor de la salud, se busca orientar a los CPI de los centros de capacitación gratuita por las instancias correspondientes, así como la creación de asesorías domiciliarias, centros de apoyo, rutinas de ejercicio y terapia ocupacional para mantener su salud de forma integral.

IX. REFERENCIAS

- Alcántara, M. G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens: Revista Universitaria de Investigación*, 9(1): 93-107. [04-03-2023]. Desde: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
- Bezanilla, J. M. y Miranda M. A. (2013). 5. La familia como grupo social: una re-conceptualización. *Revista Alternativa de Psicología*, 29:58-73 [30-052023]. Desde: <https://alternativas.me/index.php/num29/45-5-la-familia-como-grupo-social-una-re-conceptualizacion>
- Brizuela, T. G. B., González B. C. M., González B. Y. y Sánchez P. D. L. (2021). La educación en valores desde la familia en el contexto actual. *MEDISAN*, 25(4):982-1000 [05-12-2023]. ISSN: 1029-3019. Desde: <https://www.redalyc.org/journal/3684/368468848015/html/>
- Camacho E. L., Hinostraza A. G. Y. y Jiménez M. A., (2010). Sobrecarga del cuidador primario de personas con Deterioro Cognitivo y su relación con el Tiempo de Cuidado. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 7(3): 35-41. [16-04-2023]. Desde: <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v7n4/v7n4a6.pdf>
- Cantú M. P. C. (2012). Promoción de la Salud. 164. [16-04-2023], Desde: <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Promocion-Salud-Mexico.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2013). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud 1986, Canadá. [24-06-2023]. Desde: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

- Carrillo G., G. (2010). Cuidando a los cuidadores. Familiares de personas con enfermedad crónica. Grupo de cuidado de enfermería al paciente crónico. [20-03-2023]. Desde: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/82738>
- Chapela M. M. C., (2019). Una utopía emancipadora de promoción de la salud. 10-17. Enlaces Xochimilco. Información que vincula. [24-06-2023]. Desde: <https://enlacesx.xoc.uam.mx/wp-content/uploads/2022/10/chapela.pdf>
- Consejo Nacional de Derechos Humanos CNDH. (2015). Los derechos humanos de las personas mayores. 1-24. [18-03-2023]. Desde: <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/27-DH-Adultos-Mayores.pdf>
- Consejo Nacional de Población. (2023). Día internacional de las personas de edad. [19-03-2023]. Desde: <https://www.gob.mx/conapo/es/articulos/dia-internacional-de-las-personas-de-edad-284170?idiom=es>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), (2020). Pobreza y personas mayores en México. 1-61. [15-04-2023]. Desde: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/adultos_mayores/Pobreza_personas_mayores_2020.pdf
- Coronel C., J, y Marzo P., N. (2017). La Promoción de la Salud: evolución y retos en América Latina. MEDISAN, 21(7): 926-932. [25-05-2023]. Desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000700018&lng=es&tlng=es.
- Cuellar R. L. X. (2018). La Salud Mental, un verdadero problema de salud pública. Revista Colombiana Salud Libre, 13(1): 5-8. [8-07-2023]. Desde: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/rcslibre/article/view/4985>

- De la Guardia G. M. A. y Ruvalcaba L. J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *J. Negative & No Positive Results*. 5(1): 81–90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- Declaración de Alma Ata. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 - Facultad de Medicina - Universidad de Chile. [24-06-2023]. Desde: <https://medicina.uchile.cl/vinculacion/extension/declaracion-de-alma-ata>
- De los Reyes, M. C. (2001). Construyendo el concepto cuidador de ancianos. IV Reunión de Antropología de Mercosul. Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur Curitiba. Brasil. 1-15. [16-05-2023]. Desde: https://gerincon.files.wordpress.com/2010/05/construyendo_el_concepto_de_cuidador.pdf
- De Larrinoa P. F., Rodríguez, S. M., Ortiz M. N., Carrasco Z. M., Solabarrieta E. J. y Gómez M. I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*. 23(3): 388-393. [17-08-2023]. Desde: <https://www.psicothema.com/pdf/3899.pdf>
- Durán M. N. N. y Mendivil R. F. (2011). Análisis estructural de la familia actual. 1-49. [17-08-2023]. Desde: Biblioteca Digital - Universidad de Sonora
- Flores, M. E. Fuentes, L. H. L., González, P. G. J., Vega L. M. G., Flores M. I. J., y Valle B. M. A. (2016). Perfil del cuidador primario informal del adulto mayor hospitalizado, *Editorial Academia J*. 585-590. [17-03-2023]. Desde: http://saludpublica.cucs.udg.mx/tem/_6l01CT7IN.pdf
- Fundación Carlos Slim. (2021). Doc.com: La aplicación desarrollada por mexicanos para la atención psicológica. *Salud Digital*. [25-11-2024]. Desde: <https://saluddigital.com/es/plataformas-digitales/doc-com-la-aplicacion-desarrollada-por-mexicanos-para-la-atencion-psicologica/>

- García I. M., Velos M. T. y Domínguez G. M. T. (2014). Preocupaciones y problemas percibidos por cuidadores familiares de adultos mayores dependientes funcionales. 15-29. [17-03-2023]. Desde: <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/1401381/Capitulo2.pdf>
- García F. E., Manquían E. y Rivas. G. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. Redalyc.org. [25-11-2023]. Desde: <https://www.redalyc.org/journal/1710/171048523010/html/>
- Gobierno de la Ciudad de México, (2018). Constitución Política de la Ciudad de México. [26-05-2024]. Desde: https://infocdmx.org.mx/documentospdf/constitucion_cdmx/Constitucion_%20Politica_CDMX.pdf
- Gobierno de la Ciudad de México, (2024). PILARES para el Bienestar. [26-11-2024]. Desde: <https://pilares.cdmx.gob.mx/>
- Gómez, G. S. (2016). Reflexión sobre la promoción de la salud en el trabajo. Salud de los Trabajadores. (Maracay) 24(2): 139-143. [12-04-2023]. https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382016000200008
- González, M. A., Pérez F. C. M., Baracaldo L. Y. (2023). A propósito del artículo “Calidad de vida en el cuidador primario informal familiar del niño con parálisis cerebral profunda”. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación, 15(1): 1-5. [15-08-2023]. Desde: <https://revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/818>
- González, K. D. (2015). Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. 113-129. [17-03-2023]. Desde:

http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2702/06_envejecimiento.pdf

Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental. (2014). ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma. 1-5. [8-07-2023]. Desde: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>

Gutiérrez, R. L. M., García P. M. D. y Jiménez B. J. E. (2014). Envejecimiento y Dependencia. CONACYT. Academia Nacional de Medicina. 1-22. [18-04-2023]. Desde: <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf>

Guzmán, M. L. L. (2017). La familia. 1-35. [17-08-2023]. Desde: <https://www.cch.unam.mx/padres/sites/www.cch.unam.mx.padres/files/archivos/La-familia-completo.pdf>

Hurrell, J. J., Murphy, L. R., Sauter, S. L. y Levi, L. (2001). Salud mental. El cuerpo humano. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo. 1-23. [9-07-2023]. Desde: https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=004929548151442167585:hivetmgqfdl&q=https://www.insst.es/documents/94886/161958/Cap%25C3%25ADtulo%25205.%2520Salud%2520mental.pdf/8ebe1414-573e-449d-a3c2-94114c46f61b%3Fversion%3D1.1%26t%3D1544631510591%26download%3Dtrue&sa=U&ved=2ahUKEwj4u6_Op4WCAxW5omoFHavvAVsQFnoECAYQAQ&usg=AOvVaw0M6N503wCN7vVuYIzFfs2t

- Hurtado, V. J. C. (2021). Impacto psicosocial e intervenciones de apoyo para cuidadores informales de personas dependientes en México. *Psicología Iberoamericana*, 29(1): [9-07-2023]. Desde: <https://doi.org/10.48102/pi.v29i1.339>
- IMSS-Bienestar*. (2024). [25-11-2024]. Desde: <https://imssbienestar.gob.mx/>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2023). Capacitación en el INAPAM. [25-04-2024]. Desde: <https://www.gob.mx/inapam/acciones-y-programas/educacion-para-la-salud>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. (2010). *Perfil socio demográfico de adultos mayores*. [12-11-2024]. Desde: https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf
- INEGI. (2021). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores*. [12-11-2024]. Desde: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULMAYOR_21.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. (2023). Estadísticas a propósito del día Mundial de la Población. [14-04-2023]. Desde: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_DMPO23.pdf
- INEGI. (2022). Estadísticas a propósito del día Internacional de las Personas Adultas Mayores. [14-04-2023]. Desde: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.pdf

- INEGI. (2020). Censo de población y vivienda. 1-8. [14-04-2023]. Desde: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Nal.pdf
- Jara, H. O. (2018), "Capítulo II: Algunas Herramientas útiles en los procesos de sistematización de experiencias, en la Sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles. Javegraf, Colombia, 1a Edición., 258. [15-05-2023]. Desde: <https://cepalforja.org/sistem/bvirtual/wp-content/uploads/2019/09/La-Sistematizaci%C3%B3n-de-Experiencias-pr%C3%A1ctica-y-teor%C3%ADa-para-otros-mundos-posibles.pdf>
- Juárez, M. P. (2023). Estudio sobre Sistemas de Cuidados, aportes para la Ciudad de México. [25-04-2024]. Desde: <https://genero.congresocdmx.gob.mx/wp-content/uploads/2023/09/CELIG-Estudio-Cuidados-Ago-2023.pdf>
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. International Journal of Psychological Research. 4(1): 70-79. [13-06-2023]. Desde: <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299022819009.pdf>
- Mayo Clinic. (2023). Estrés de las personas encargadas del cuidado: Consejos para cuidarte a ti mismo. [28-11-2024]. Desde: <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/caregiver-stress/art-20044784>
- Mental Health America. (2023). Qué influye en el desarrollo de los problemas de salud mental. [26-07-2023]. Desde: <https://www.mhanational.org/que-influye-en-el-desarrollo-de-los-problemas-de-salud-mental>
- Organización de los Estados Americanos OEA, (2022). Ley Modelo Interamericana de Cuidados. Comisión Interamericana de Mujeres (CIM). [08-04-2024]. Desde: <https://www.oas.org/es/cim/docs/LeyModeloCuidados-ES.pdf>

- Organización Mundial de la Salud OMS, (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. [13-08-2023]. Desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OMS. (2022). Trastornos mentales. [4-07-2023]. Desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- OMS. (2016). IX Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. [7-08-2023]. Desde: <https://www.who.int/es/news/item/21-11-2016-9th-global-conference-on-health-promotion-global-leaders-agree-to-promote-health-in-order-to-achieve-sustainable-development-goals>
- OMS. (2013). Declaración de Helsinki: conferencia ministerial de la OMS para la Salud Mental, Confederación Salud Mental España. [7-08-2023]. Desde: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/declaracion-helsinki/>
- OMS. (2009). La llamada la Acción de Nairobi para cerrar la brecha de Implementación en Promoción de la Salud. 1-9. [25-07-2023]. Desde: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10212/Nairobi_2009_sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (OPS, 2013). Carta de Ottawa. (1986). Promoción de la Salud. [8-08-2023]. Desde: <https://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- OPS. (2013). Salud Mental: Guía del Promotor Comunitario. 2-33. [6-04-2023]. Desde: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31342>
- OPS. (2003). Promoción de la Salud. [25-07-2023]. Desde: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=list&slug=promocion-salud-9772&Itemid=270&lang=es#gsc.tab=0
- OPS. (1993). Carta del Caribe para Promoción de la Salud. 1-5. [8-08-2023]. Desde: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/45802>

- Psychology and Psychotherapy S. C. (*PSY & PSY*, 2024), [25-11-2024]. Desde:
<https://www.psico.mx/psicologos/psy-psy-psychology-and-psychotherapy-s-c>
- Quintero, V. M. G. y Domínguez, G. T. (2012). Relación del apoyo social y la percepción de sobrecarga con el bienestar subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores. 5-30. [17-04-2023]. Desde:
<http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/22685/Capitulo2.pdf>
- Restrepo, H. E. (2001). Promoción de la Salud, como construir vida saludable (primera). Médica Panamericana. 24-33. [19-05-2023]. Desde:
<https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud.%20C%C3%BDmo%20construir%20vidad%20saludable.pdf>
- Revuelta, G. M. (2016). Cuidador Formal e Informal de Personas Mayores Dependientes. 1-32. [20-03-2023]. Desde:
<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/13437/TFM000507.pdf>
- Rogero García, Jesús. (2010). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Index de Enfermería*, 19(1), 47-50. [18-11-2024]
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962010000100010&lng=es&tlng=es
- Ronzón, H. Z. y Montoya, A. B. J. (2013). La seguridad social entre la población envejecida del Estado de México: alcances y limitaciones de las políticas públicas. *Papeles de Población*, 19(77): 61-82. [13-03-2023]. Desde:
<http://www.redalyc.org/pdf/112/11228794003.pdf>

Ruiz, J. L. (2005). VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. 55-62. [11-04-2023]. Desde:

<https://pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/8/documentos12-1.pdf>

Santos, V. M. X., Ortega, A. P. y Galindo, V. O. (2022). Propiedades psicométricas de la escala de malestar psicológico (K-10) en cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud* 33(1): 253-261.

<https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2788>

Secretaría del Bienestar, (2021). Manual General de Organización del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. [29-04-2023]. Desde:

<https://www.bienestar.gob.mx/pb/images/INAPAM/Norm4t3ca/Norm4sIntAdmin/MOGINAPAM2021.pdf>

Secretaría de Salud. (2006). Manual de apoyo para personas que brindan cuidados a otras. Centro Oncológico Integral Diana Laura Rioja Colosio. [10-06-2023]. Desde:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/250019/IG_Manual_personasBrindan_cuidadosOtros.pdf

Secretaría de Salud. (2015). Promoción de la Salud. [29-04-2023]. Desde:

<https://www.gob.mx/salud/articulos/promocion-de-la-salud-9799>

Secretaría de Salud de la Ciudad de México. (2024). Salud en tu casa. SEDESA-CDMX. [26-05-2024]. Desde:

<https://www.salud.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/salud-en-tu-casa>

SEDESA. (2024). Directorio Nacional de Unidades de Especialidades Médicas Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones. [26-05-2024]. Desde:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/896378/DIRECTORIO_UNEME-CECOSAMA_Enero_2024.pdf

Siqueiros, B. J.C. y Mendivil, R. F. (2011). El matrimonio y el concubinato constituyen familia en el código de familia para el estado de Sonora. 1-35. [20-05-2023]. Desde: <http://repositorioinstitucional.uson.mx/handle/20.500.12984/2219>

Terranova, B. A. E., Viteri, C. E. A., Medina, M. G. M. y Zoller, A. M. J. (2019). Desarrollo cognitivo y funcionalidad familiar de infantes en las comunidades urbano-marginales de Ecuador. *Revista de Ciencias Sociales*. 331-340. <https://doi.org/10.31876/rcs.v25i1.29626>

Tomasone, A. O. (2019). Capítulo IV. Ciclo Vital Familiar. 1-14. [10-04-2023]. Desde: <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2019-03/Ciclo%20Vital%20Familiar.pdf>

UNAM. (2021). *Salud Mental*. [25-11-2024]. Desde: <https://saludmental.unam.mx/psicologia-3.htm>

UNAM, Dirección General de Atención a la Comunidad (2023). *Instrumento para la detección de riesgos a la salud mental*. [25-11-2024]. Desde: <https://misalud.unam.mx/>

Vargas, S. M. L., Rodríguez, G. C., Ruiz, M. A. O., y Ruelas, M. G. (2022). Afectaciones personales, familiares y productivas en el cuidador primario: un estudio predictivo. *Ciencia latina* 6(4): 3568-3583. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i4.2861

Valdivia, S. C. (2018). La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue du REDIF* 1:15-22. [18-04-2023]. Desde: <https://www.edumargen.org/docs/2018/curso44/intro/apunte04.pdf>

- Vaquiro, R. S. y Stiepovich, B. J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer informal. *Ciencia y enfermería XVI (2): 9-16*, ISSN 0717-2079 [18-04-2023]. Desde: https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_02.pdf
- Villa, S. S. (2019). Las Políticas de cuidados en México. ¿Quién cuida y como se cuida? [25-04-2024]. Desde: <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/mexiko/15303.pdf>
- Villar, A. M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Med Per 28(4): 237-241*. [20-04-2023]. Desde: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>
- Villavicencio, F. M. E., Laguna, L. H. L., González, P. G. J., Meza, F. I. J., Cervantes, C. G. A., y Valle B. M. A. (2017). Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. *NURE Investigación. 14(88):1-16*. [4-04-2023]. Desde: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1045/778>
- Viveros, C. E. F. y Vergara, M. C. E. (2013). Familia y dinámica familiar. 5-38. [13-04-2023]. Desde: https://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/167_Familia_y_dinamica_familiar.pdf

X. Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Hola, mi nombre es Sharon Mejía y estoy realizando la tesis. Como le mencioné, su participación es voluntaria y no le afectará en nada.

A continuación, le presento unos puntos importantes que debe saber antes de aceptar ayudarme:

- Su participación es totalmente voluntaria. Si en algún momento ya no quiere seguir participando, puede declinar.
- La contestación será de 15 minutos máximo.
- En mi trabajo no usaré su nombre, por lo que nadie conocerá su identidad.
- Al finalizar la investigación y si está interesado(a), podrá acercarse para brindarle información que requiera.

Marque con una (x) según su interés de participar en mi investigación.

¿Quiero participar en la investigación?

SÍ _____ NO _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Anexo 2. Encuesta para el CPI sobre cuidado del adulto mayor

Datos socioeconómicos

Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino

Nivel de estudios: _____

Ocupación: _____ Estado civil: _____

1.- ¿Cuál es su parentesco que tiene con el paciente?

2.- ¿Su paciente cuenta con algún servicio médico?

SI NO Si su respuesta fue afirmativa, indique cuál: _____

3.- ¿Cuál es su ingreso mensual? \$ _____

4.- ¿El paciente depende económicamente de usted?

SI NO

5.- ¿Vive con el adulto mayor?

SI NO

6.- ¿Qué enfermedades padece el paciente?

7.- ¿Cuánto tiempo lleva cuidando al paciente?

0-6 meses 7-18 meses 19-36 meses Más de 36 meses

8.- ¿Cuántas horas diarias dedica a su cuidado?

Menos de 6 horas 7-12 horas 13-23 horas 24 horas

9.- ¿Es el único cuidador?

SI NO

10.- ¿Ha descuidado a su familia por cuidar al paciente?

SI NO

11.- ¿Se ha visto afectada su vida laboral?

SI NO ¿de qué manera? _____

12.- ¿Ha descuidado a su persona?

SI NO

13.- ¿Sale a distraerse?
 SI NO

14.- Marque el recuadro según las actividades que como cuidador realiza cotidianamente

Actividades	Lo hace solo	Necesita ayuda	Depende totalmente de alguien	¿En cuáles usted le ayuda?	¿Eso le estresa? (marque X)
Organizar o manejar su propio dinero					Nunca/ A veces /Siempre
Subir y bajar escaleras					Nunca/ A veces /Siempre
Bañarse					Nunca/ A veces /Siempre
Vestirse					Nunca/ A veces /Siempre
Ir al baño					Nunca/ A veces /Siempre
Comer					Nunca/ A veces /Siempre
Hacer su propia comida					Nunca/ A veces /Siempre
Lavar su ropa					Nunca/ A veces /Siempre
Limpiar su cuarto					Nunca/ A veces /Siempre
Ir al mandado					Nunca/ A veces /Siempre
Tomar su medicamento					Nunca/ A veces /Siempre
Asistir a consulta médica					Nunca/ A veces /Siempre

15.- ¿Existe alguna otra actividad en la que usted ayude al paciente?

16.- ¿Hay algún problema familiar que le cause estrés?

17.- Del 1 al 5, ¿qué tanto le estresa ese problema? 1 2 3 4 5

18.- Cuando piensa en el problema que describió arriba, señala lo siguiente:

Actividades	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
Duermo menos				
Prefiero que otra persona lo resuelva				
Pido ayuda a otras personas. Me pongo de acuerdo con los demás para solucionarlo				
Como menos				
Me desespero				
Me canso emocionalmente				
Le cuento a otra persona como me siento				
Me pongo triste				
Me enfermo				
Come más				
Duerme más				
Me enojo con facilidad				
Me da por llorar				
Siento que todos están en mi contra				
Me siento agredido				

ANEXO 3. TRIPTICO CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL

TERAPIA OCUPACIONAL

La Terapia Ocupacional es un uso terapéutico de las actividades de cuidado, trabajo y juego para alcanzar la máxima independencia y para aumentar la calidad de vida.

- **Pilares:** Cualquier persona puede acceder a talleres deportivos, culturales y de capacitación en oficios para la producción, comercialización y emprendimiento que permiten lograr la autonomía económica.

1. Talleres de artes y oficios
2. Educación para la Autonomía Económica.

Para tomar estas y otras actividades que te puedan interesar, acércate a las diferentes sedes cercanas a tu domicilio, las cuales puedes consultar en el siguiente link:

<https://pilares.cdmx.gob.mx/>

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD
PLANTEL CASA LIBERTAD

Dra. Patricia
Bustamante Camilo

Betlem Sharon Mejía
Soñanes

Recuerda reciclar este folleto
cuando termines de leerlo



APOYO PARA EL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL

¡NO ESTAS SOLO!



APOYO ECONÓMICO:

Si resides en la CDMX, Alcaldía Iztapalapa, puedes ser candidato (a) al apoyo económico que ofrece el gobierno federal para personas cuidadoras de familiares directos. Este apoyo es mensual por la cantidad de \$1,000 pesos. Consulta lo que necesitas entregar en el siguiente link:

https://tubienestar.cdmx.gob.mx/detalle_publico/resumen/programa/795/2023_007_02CD09

CAPACITACIÓN:

Si deseas recibir capacitación para mejorar el cuidado tu familiar, existen diferentes Instituciones que te pueden capacitar totalmente GRATIS.

- **INAPAM:** La capacitación dura un año y se divide en 2 semestres y se imparte en línea por videoconferencia. Para más información acércate en Mltla #73, Col. Narvarte, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03020 o bien comunícate al 5556879182 ensenlanzalnapam@outlook.com
- **ISSSTE:** Ofrece una capacitación de cuidados físicos hacia el adulto mayor, esta capacitación la encuentras en el siguiente link:

<http://www.issste.gob.mx/cursocuidadores/>.

APOYO EN SERVICIOS DE SALUD:

Si tu familiar o tú no cuentan con seguridad social, existen diferentes unidades donde puedes acercarte, en la cual te brindarán servicio de manera gratuita tanto presencial como en línea.

- **Presencial:**
 1. **Clínica Comunitaria PSY&PSY:** Brinda atención a personas con alguna discapacidad musculo-esqueléticas. Está ubicada en: Calle Silverio Pérez No. 113, Col. Centro, Texcoco, México. C.P. 56100, con número de contacto 55 38 94 10 46.
 2. **Salud en tu casa:** Es un programa de la CDMX en el cual realizan brigadas de salud, recorriendo casa por casa. Solo debes llamar a LOCATEL *0311 o asistir al Centro de Salud más cercano a tu domicilio.
 3. **IMSS-BIENESTAR:** Ofrece atención médica, medicamentos, consulta, cirugías y estudios. Puedes registrarte en el siguiente link:

<https://imssbienestar.gob.mx/>

- **En línea:**
 1. **App Doc.com:** Es una aplicación móvil sin costo y es la única que ofrece servicio profesional de asistencia y orientación médica. Lo puedes descargar en el siguiente link:

<https://saludigital.com/es/plataformas-digitales/doc-com-la-aplicacion-desarrollada-por-mexicanos-para-la-atencion-psicologica/>

ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Si necesitas atención psicológica, existen diferentes Instituciones que te pueden brindar la atención gratuita, ya sea presencial o en línea.

- **Presencial:**
 1. Unidades de Especialidades Médicas y Centros comunitarios de Salud Mental y Adicciones.Entra al link para ubicar las Sedes de la CDMX.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment_data/filename/896378/DIRECTORIO_UNEME-CECOSAMA_Enero_2024.pdf

- **En línea:**
 2. **Línea de Atención Psicológica CALL CENTER** especializada en salud: Servicio que brinda la Facultad de Psicología, UNAM, de lunes a viernes de 08:00 a 18:00 horas al número telefónico 5550250855.
 3. **Línea UNAM:** Respondes un cuestionario y al finalizar podrás solicitar un especialista en el siguiente link:

link <https://misalud.unam.mx/covid19/>

4. **Línea de Bienestar emocional:** Brinda atención psicológica vía telefónica en 5556246005 ó 5556246500 ext. 6003