



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

ESCUELA SUPERIOR DE ATOTONILCO DE TULA

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TESIS

**REORGANIZACIÓN DE LA FAMILIA EN TORNO AL
CUIDADO DE UNA PERSONA MAYOR**

Para obtener el título de

Licenciada en Psicología

PRESENTA

María Guadalupe García Chávez

Director (a)

Dr. Jesús Cisneros Herrera

Codirector (a)

Dr. Gelacio Guzmán Díaz

Comité tutorial

Dr. Edgar Eduardo Montes Castro

Dra. Paola Almitra Vázquez Moreno

Atotonilco de Tula, Hidalgo., febrero 2025

Atotonilco de Tula, Hgo., a 15 de abril de 2024

Asunto: Autorización de impresión formal

LIC. PATRICIA EMILIA GUTIÉRREZ OVIEDO
DIRECTORA DE LA ESCUELA SUPERIOR ATOTONILCO DE TULA

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación del pasante **María Guadalupe García Chávez**, bajo la **modalidad de tesis** cuyo título es: **"Reorganización de la familia en torno al cuidado de una persona mayor"** debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombres de los Docentes Jurados	Función	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dr. Jesús Cisneros Herrera	Presidente	
Dr. Gelacio Guzmán Díaz	Secretario	
Dr. Edgar Eduardo Montes Castro	Vocal	
Dra. Paola Almitra Vázquez Moreno	Suplente	

c.c.p. María Guadalupe García Chávez

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO 1	9
PANORAMA GENERAL DE LOS CUIDADORES.....	9
Esperanza de vida.....	9
Cuidadores.....	11
<i>Tipos de cuidadores.....</i>	12
<i>Características demográficas del cuidador</i>	14
<i>Estudios previos</i>	15
CAPÍTULO 2	21
APLICACIONES DE LA TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS EN LA FAMILIA.....	21
La familia como sistema.	21
Teoría general de los sistemas.....	22
Modelo sistémico	27
CAPÍTULO 3	38
EXPLORACIÓN CUALITATIVA DE LA REORGANIZACIÓN DE LA FAMILIA EN TORNO AL CUIDADO DE UNA PERSONA MAYOR	38
Pregunta de investigación.....	38

Objetivos	38
Justificación.....	39
Método	42
Diseño	42
Participantes	42
Recopilación de datos.....	43
Análisis de datos.....	44
Procedimiento	44
RESULTADOS.....	45
.....	80
DISCUSIÓN	81
CONCLUSIONES	86
BIBLIOGRAFÍA.....	89
ANEXOS.....	97

DEDICATORIA

A

Viviana Chávez Cruz, mi madre

Juan Carlos García, mi padre

Juan Carlos García Chávez y Danna García Chávez, mis hermanos.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por su apoyo incondicional, amor y sacrificios, que han hecho posible llegar hasta este punto, los amo.

A mis hermanos, por su paciencia y apoyo cuando sentía que el camino se ponía difícil. Y por ser unos grandes compañeros de vida.

A mi asesor, Dr. Jesús Cisneros Herrera, por su guía experta, apoyo constante y dedicación durante todo el proceso de investigación. Su compromiso con mi crecimiento académico y su paciencia infinita han sido una inspiración para mí.

A mis amigas Lizeth Quijano y Fernanda Belén Durán, por hacer más ameno este proceso, por su divertida y reconfortante presencia. Gracias por creer en mí y por ser parte fundamental de este logro.

A mis amigos, Luis Manuel Monterrubio y Gabriel Hernández, por sus conversaciones inspiradoras y su compañía.

Gracias a todos.

REORGANIZACIÓN DE LA FAMILIA EN TORNO AL CUIDADO DE UN ADULTO MAYOR

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue identificar los procesos familiares que median entre la necesidad de ser cuidada una persona mayor y la designación del cuidador o la asunción de ese rol. En el primer capítulo se aborda información general acerca de la esperanza de vida en la población mexicana, la cual actualmente ha cobrado mucho interés debido al aumento en los últimos años. Asimismo, se aborda la definición de cuidadores, tipos, prevalencia e investigaciones previas. El segundo capítulo aborda a la familia como sistema desde la Teoría General de los Sistemas (Bertalanffy, 1968), en la que los miembros de la familia, sin dejar de serlo, forman parte de otros sistemas como el escolar y el laboral.

Finalmente, en el tercer capítulo se establece la metodología utilizada. En la que través de una investigación cualitativa, con método del estudio de casos múltiples participaron 3 cuidadores de una persona mayor, los cuales fueron elegidos por un muestreo de conveniencia. Para la recolección de datos, se realizaron entrevistas en profundidad con una duración de 50 a 70 minutos. En la entrevista, se abordó la historia, la dinámica y los roles familiares. El análisis de los datos se realizó identificando en las entrevistas los movimientos de los miembros de cada sistema familiar relacionados con el cuidado de la persona mayor. Los movimientos se identificaron en tres tiempos: 1) antes de los cuidados 2) durante los cuidados y 3) el estado actual. Estos movimientos se relacionaron con causas como motivaciones, conflictos y comunicación; asimismo, con algunos conceptos que propone la Teoría General de los Sistemas (TGS), para así poder explicar los procesos.

Los resultados muestran que la reorganización del caso 1 obedeció al deseo de la persona mayor, quien eligió a su hija como cuidadora, desde hace 25 años. La hija manifiesta que su padre fue ausente, violento y poco afectivo, sin embargo, al aparecer las necesidades de cuidados ella se sintió obligada a cuidar de él. En el caso 2 se observó una reorganización que podríamos llamar ideal. Al aparecer las demandas de cuidado todos los hermanos respondieron con el mismo nivel de compromiso en los cuidados, de modo que al darse cuenta de una necesidad tenían disposición para cubrirla sin que fuera necesario que alguien más se los indicara. En el caso 3, se encontraron más movimientos realizados a lo largo de los cuidados. Al inicio una de las hijas se ofreció a cuidar de su madre; sin embargo, tiempo después derivado de conflictos familiares el sistema puso en práctica distintas alternativas para cuidarle, pero no resultaron eficaces.

Los sistemas familiares antes de los cuidados habían pasado por el proceso de segregación progresiva. Al aparecer las necesidades de cuidados en la persona mayor, se forma un sistema emergente integrado por los hijos en función de la historia familiar y las posibilidades de estos, pues tienen obligaciones en sus familias actuales. Estos resultados brindan bases para diseñar estrategias de apoyo a las familias que se harán cargo de un adulto mayor.

Palabras clave: Personas mayores, cuidadores, familia, teoría sistémica.

ABSTRACT

The objective of this work was to identify the family processes that mediate between the need to be cared for by an elderly person and the designation of the caregiver or the assumption of that role. The first chapter discusses general information about life expectancy in the Mexican population, which has currently gained much interest due to the increase in recent years. It also discusses the definition of caregivers, types, prevalence and previous research. The second chapter deals with the family as a system from the General Theory of Systems (Bertalanffy, 1968), in which family members, without ceasing to be family members, are part of other systems such as school and work.

Finally, the third chapter establishes the methodology used. Through a qualitative research, with a multiple case study method, 3 caregivers of an elderly person participated, who were chosen by convenience sampling. For data collection, in-depth interviews were conducted with a duration of 50 to 70 minutes. In the interview, family history, dynamics and roles were addressed. Data analysis was performed by identifying in the interviews the movements of the members of each family system related to the care of the elderly person.

The movements were identified in three times: 1) before care, 2) during care and 3) the current state. These movements were related to causes such as motivations, conflicts and communication, as well as to some concepts proposed by the General Systems Theory (GST), in order to explain the processes.

The results show that the reorganization of case 1 was due to the wish of the elderly person, who chose her daughter as caregiver, since 25 years ago. The daughter states that her father was absent, violent and not very affectionate; however, when the need for care arose, she felt obliged to take care of him. In case 2, a reorganization that we could call ideal was

observed. When the demands for care appeared, all the siblings responded with the same level of commitment to care, so that when they became aware of a need, they were willing to meet it without the need for someone else to indicate it to them. In case 3, more movements were found throughout the caregiving. At the beginning, one of the daughters offered to take care of her mother; however, some time later, due to family conflicts, the system put into practice different alternatives to care for her, but they were not effective.

Family systems prior to caregiving had gone through the process of progressive segregation. When the care needs of the elderly person appear, an emerging system is formed, made up of the children, depending on their family history and their possibilities, since they have obligations in their current families. These results provide the basis for designing support strategies for families who will take care of an older adult.

Keywords: Elderly, caregivers, family, systemic theory.

INTRODUCCIÓN

La literatura existente sobre cuidadores está orientada a medir variables psicológicas como ansiedad, estrés, depresión y sobrecarga en los cuidadores de diferentes poblaciones (Lemus et al., 2018; López et al., 2009; Dueñas, 2006; Navarro et al., 2019). Asimismo, hay otras que buscaron conocer sus experiencias y vivencias como cuidadores (Ráudez et al., 2017; Moreno et al., 2018; Balladares et al., 2021; Martínez y Prada, 2018; Calderón et al., 2016; Chávez y Mireles, 2018).

Sin embargo, un aspecto que se ha investigado muy poco y resulta importante conocer, tal como sugieren Canga et al. (2011), Salamanca et al. (2018), Cohen et al. (2006) Karasik y Conway (1995), es el entorno familiar para explorar los cambios que suelen ocurrir dentro de su sistema. Además, de acuerdo con el Consejo Nacional de la Población (2013), en el año 2050 en México el 16.8% de la población será de adultos mayores de 65 años de edad o más. Por ello, aumentará la necesidad de cuidadores para esta población. De ahí la importancia de estudiar la dinámica familiar en esta situación.

La teoría sistémica es uno de los marcos más influyentes en la atención familiar. De acuerdo con esta teoría, la familia es una unidad de cuidado, en la que las intervenciones deberían girar en torno a la dinámica, las relaciones familiares internas, la estructura de la familia, sus funciones, las relaciones familiares entre los diferentes subsistemas, la totalidad del sistema y el contexto (Canga et al., 2011). la dinámica familiar se ve significativamente alterada cuando un miembro de la familia asume el rol de cuidador principal de una persona mayor. Este cambio puede afectar las relaciones interpersonales, las responsabilidades familiares y la distribución del tiempo y los recursos.

CAPÍTULO 1

PANORAMA GENERAL DE LOS CUIDADORES

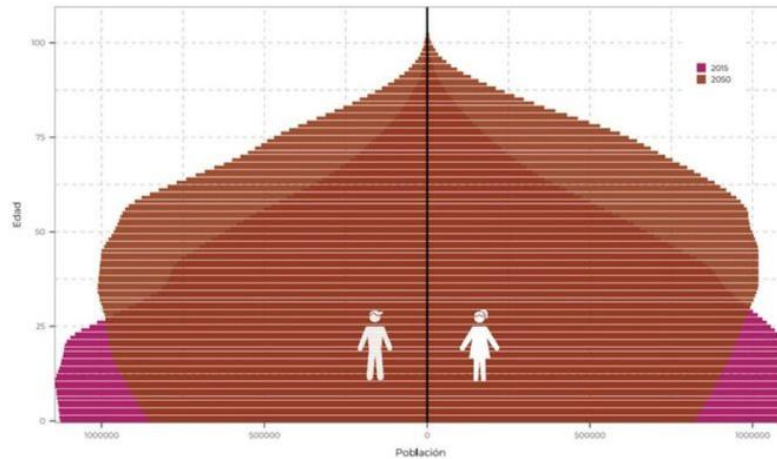
Esperanza de vida.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020) define la esperanza de vida como el número de años en promedio que se espera que una persona viva al nacer. En 1995 las mujeres tenían una esperanza de vida de 75 años, en el 2020 de 78.1 años y para el 2030 se estima que la edad promedio será de 79.6 años. Esta tendencia también se observa en hombres, sin embargo, la suya es casi seis años menor que la de las mujeres.

De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2013), en el año 2050 la estructura poblacional por edad y sexo aún mostrará una forma piramidal con una base amplia, sin embargo, habrá una mayor proporción acumulada en población de edades adultas y avanzadas, a diferencia del año 2015 tal como se muestra en la Figura 1. Esto como consecuencia de la disminución de natalidad y mortalidad, traducida esta última como una mayor esperanza de vida. Por lo tanto, se espera que el grupo de 65 y más años de edad, que en 2015 representaba 6.8%, en 2030 se prevé que represente 10.3% y en 2050, 16.8% de la población total.

Figura 1

República Mexicana. Población base y proyectada, 2015 y 2050



Nota. Proyección del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2013).

Asimismo, el censo de población y vivienda destacó que 52.4% de la población de 60 años y más presenta algún tipo de discapacidad, limitación, problema o condición mental. De este último sector de la población, 39.0% presenta mucha dificultad o no puede hacer sus actividades cotidianas, 60.3% muestra poca dificultad para realizar sus actividades y 2.9% tiene algún problema o condición mental (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020).

El aumento en la esperanza de vida en hombres y mujeres, además de ser una importante transformación demográfica, refleja un alargamiento en el ciclo de vida de los hogares. Es decir, los hogares mexicanos experimentan etapas más avanzadas y nuevos arreglos familiares en donde la presencia generacional se incrementa y el reto de vivir la vejez con calidad trae consigo una nueva distribución de las tareas, entre ellas la provisión de cuidados ante situaciones de deterioro y episodios prolongados de enfermedad crónica (Montes de Oca y Hebrero, 2006).

Las razones por las que la esperanza de vida al nacer aumenta son: la reducción en las tasas de mortalidad infantil, los cambios en los hábitos nutricionales, la adopción de estilos de vida más saludables y el mayor acceso a los servicios de salud (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020).

Cuidadores

Sánchez (2019) define al cuidador como la persona que asiste o cuida de otra afectada por cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad ya sea mental o física, que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales y/o sus relaciones sociales. Este rol cambia su estilo de vida, en el que se descuida gran parte de su rutina, sus hábitos alimenticios y su higiene del sueño. Como consecuencia esto puede generar ansiedad en el cuidador.

De acuerdo con Rivas y Ostigüín (2010), un cuidador es “un recurso, instrumento y medio por el cual se proveen cuidados específicos y muchas veces especializados a los enfermos crónicos, es decir, en ellos se deposita o asume el compromiso de preservar la vida de otro” (p. 50). Asimismo, consideran que el núcleo familiar es en donde se desarrolla y conserva el cuidado, tomando en cuenta que desde su interior nace el cuidador. Las principales tareas que permiten identificar al cuidador son la asistencia, la realización de tareas de apoyo tanto físico como emocional y prestar atención en las necesidades físicas.

Cuando un miembro de la familia se convierte en el cuidador principal de otro, su vida cambia. Es decir, asumir un nuevo rol afecta su armonía y equilibrio emocional, modificando su vida cotidiana y estructura con respecto al tiempo que dedica a actividades personales, descanso, ocio, vida íntima, e incluso el cuidado de sí mismo (García, 2019).

López (2016) explica que las tareas del cuidador son ayudar en las actividades del hogar (cocinar, limpiar, planchar, comprar, etc.), acompañar en las visitas al doctor, apoyar en la higiene personal (bañarse, vestirse, etc.), administrar su dinero y bienes, administrar medicamentos y trabajar en colaboración de enfermería como vigilar que la dieta sea adecuada, curar heridas y observar el estado del enfermo. Si el enfermo tiene déficit de movilidad, el cuidador debe ayudarlo a desplazarse dentro de su espacio.

Entre las características de los cuidadores que más se destacan son la gran parte de tiempo que dedican a atender las necesidades básicas de los enfermos, no cuentan con un horario fijo y generalmente no existe un beneficio económico. Para desarrollar la labor como cuidador no se necesita tener una formación especializada (Zea, 2009 como se cita en López, 2016).

Tipos de cuidadores

Cuidadores informales o no profesionales. El cuidador informal es aquella prestación de cuidados a personas que dependen de ellos, generalmente son familiares, amigos, vecinos u otras personas que no reciben alguna retribución económica por esta ayuda que brindan cuidando a un enfermo. En el cuidado intervienen factores como los recursos socioeconómicos de la familia o el estado civil del enfermo. Consideran al cuidador informal como aquella persona principal responsable del cuidado no profesional del paciente (Ruiz y Moya, 2012). Sin embargo, dadas estas características, es muy probable que esa persona no esté preparada o capacitada para prestar los cuidados que en realidad la persona mayor necesita (Da Silva, 2019).

Comúnmente, el cuidador informal reside en el mismo domicilio que el enfermo, debido a que en ocasiones debe estar disponible todo el tiempo para satisfacer las necesidades

del enfermo sin, como ya se mencionó, recibir retribución económica alguna por la función que desempeña (Ruiz y Moya, 2012).

Para Toro (2007) los cuidadores informales entienden el cuidado como un sentimiento de obligación debido a que, en muchas ocasiones, son los únicos cuidadores con los que cuenta el enfermo. Se sienten tan obligados a cumplir con ese papel, que cualquier otro miembro de la familia les puede generar sentimientos de culpa por cualquier falla en el cumplimiento de ese compromiso que se han generado ellos mismos con el enfermo a quien dedican su tiempo y atención.

El cuidador informal, en determinadas situaciones, tiene un bajo nivel de escolaridad, lo que frecuentemente está relacionado con actividad profesional precaria, remuneración insuficiente, o el desempleo. Esto implica que en algunos casos los cuidadores tengan que vivir con el dinero de la jubilación del mayor, y hacer que sea suficiente para todos los gastos básicos. En los casos en el que los cuidadores tienen una mayor formación y como tal mayor recurso económico, no abandonan su trabajo, prefieren contratar a alguien que realice el cuidado, mientras ellos ejercen su profesión (Da Silva, 2015).

Cuidadores formales o profesionales. De acuerdo con Da Silva (2019) y Toribio et al. (2013) el cuidador formal es toda persona dedicada al cuidado de manera profesional, por lo tanto, ejerce el cuidado del enfermo por una remuneración económica y que de forma habitual no pertenece ni a la familia, ni al entorno más cercano del enfermo. Generalmente el cuidador informal es parte de una institución de salud, por ejemplo: un hospital, un centro recreativo, centro de día, una residencia o, incluso, que preste sus servicios de cuidado a domicilio.

Delgado et al. (2014) mencionan que los cuidadores formales son un conjunto de profesionales que tienen un trabajo de alto riesgo. Las condiciones de trabajo son

complicadas por el hecho de que pueden contagiarse en el caso de que el enfermo tenga una enfermedad viral o bacteriana, podrían tener salarios bajos, numerosas guardias y turnos muy largos, dando énfasis a que ser un cuidador formal es aquel con las capacidades y la eficiencia para realizar o cumplir adecuadamente una función de procurar por las atenciones hacia la persona evitando algún momento de peligro.

Ser un cuidador formal o profesional implica una gran carga aun cuando se esté especializado y preparado para desempeñar esta labor, por tanto, para un cuidador informal, miembro del sistema familiar, cuyos conocimientos no sé comparan resulta ser aún más complejo desempeñar tareas de cuidado.

Roca et al. (2000) consideran que los cuidadores formales, a su vez, necesitan atención ya que su trabajo puede generar problemas tanto físicos como emocionales. Cuidar afecta la salud de los cuidadores; antes de ejercer su papel de cuidador suelen no presentar ningún problema de salud, pero al paso del tiempo perciben su estado de salud como malo o muy malo. Sin embargo, cuando los problemas de salud preexisten al trabajo de cuidador, les es más difícil discernir un aumento de su malestar.

Características demográficas del cuidador

Generalmente son las mujeres las encargadas de prestar cuidados en la mayoría de los casos, ya sea en su rol como esposa, hija o madre, incluso nuera y cualquier otro familiar enfermo o dependiente (López, 2016; Ruiz y Moya, 2012; McGoldrick, 2016; Lara et al., 2008; Sánchez, 2019).

Una característica esencial en el perfil es que el cuidado recae mayoritariamente en mujeres, ya que en ellas se observa un mayor compromiso de cuidados hacia el enfermo. (Lara et al., 2008; Sánchez, 2019). Generalmente los cuidadores son casados, lo que puede

generar numerosos conflictos familiares o laborales, abandono de actividades rutinarias con su familia, tanto por la falta de tiempo o por el agotamiento que provee el cuidado informal (Allen y Martin, 2017; Greenhaus y Beutell, 1985 citado en Clancy et al., 2019; Da Silva, 2019). Además, son las hijas quienes desarrollan principalmente el papel como cuidadoras, debido a que normalmente dentro de sus roles ocupacionales cotidianos, se desempeñan de manera tradicional en tareas de crianza, tienen vínculos emocionales más fuertes con su familia y tienen mayor tiempo libre, a diferencia de los hombres (Horowitz, 1985).

Una situación cada vez más común es que el cuidador presente un promedio de edad que varía entre 40 y 69 años, lo que lleva a indagar sobre una red de apoyo con edad avanzada, sino es que envejecida (Da Silva, 2015). Otros estudios señalan su interés por la generación sándwich, la cual comprende a mujeres de 30 a 40 años que cuidan a niños pequeños teniendo una alta probabilidad de también cuidar de sus padres u otros adultos mayores (Neal y Hammer, 2007 citado en Clancy et al., 2019; Doress, 1994).

Estudios previos

En la literatura se encontraron diversos estudios en relación con los cuidadores de personas con diversas necesidades y no sólo de adultos mayores. Por ejemplo, en el caso de niños y niñas con trastorno de espectro autista Ráudez et al. (2017) exploraron las vivencias de padres y madres que cubren el papel de cuidadores, el estudio se llevó a cabo en la ciudad de Estelí en República de Nicaragua. Los autores realizaron una investigación cualitativa y fenomenológica de tipo exploratorio, la muestra fue seleccionada mediante la técnica de bola de nieve la cual quedó conformada por 1 padre, 4 madres cuidadoras de niños con trastorno del espectro autista y 5 expertas que trabajan con los mismos. Se utilizó un método inductivo y un método de análisis- síntesis; y métodos empíricos (entrevista a profundidad y una

semiestructurada). Los resultados obtenidos indicaron que en su totalidad las madres/padres al enterarse del diagnóstico tienen reacciones similares tales como: confusión, tristeza, pérdida, culpa, dolor, depresión, negación, impotencia, desesperación, baja autoestima y preocupación. Asimismo, se logró identificar que la experiencia vivida de las madres y los padres cuidadores radica en el duelo, de acuerdo a los relatos en todos los casos se enfrentan al sentimiento de pérdida.

Moreno et al. (2018) en su estudio plantearon como objetivo describir la experiencia del cuidado familiar a la mujer con diagnóstico de cáncer de mama durante su tratamiento. Utilizaron un método cualitativo fenomenológico, la muestra fue intencional y secuencial, en donde se realizaron entrevistas a profundidad. En los resultados obtenidos los cuidadores indicaron tanto experiencias positivas como negativas en cuanto a su desarrollo como cuidadores en su contexto familiar. Por encima de la fortaleza de la reciprocidad del cuidado y su recompensa, sobresalen más los momentos críticos, sentimientos negativos y falta de recursos de apoyo durante la experiencia. Asimismo, los participantes también experimentaron un cambio en su identidad como cuidadores y al hacer consciencia de esto, fueron capaces de describir sus propias cualidades, lo que esto les permite incrementar sus estrategias de afrontamiento.

En el caso de personas mayores, el cuidador puede ejercer esta tarea por diversas razones, ya sea por vocación, la necesidad económica, las normas sociales, las creencias personales asociadas con la ética y la moral (pensar que es lo correcto), por aprobación, obligación, pena e incluso, como una manera de manifestar su arrepentimiento de situación negativa que haya ocurrido en determinado momento de la vida con la persona que necesita ser cuidada, o bien por culpa (Da Silva, 2019), es decir, como una responsabilidad o deber.

En otros estudios se encontraron diversas investigaciones de cuidadores que atienden a los cuidados de personas mayores. Balladares et al. (2021) investigaron y analizaron las percepciones, desafíos y expectativas de cuidadores informales en el contexto de pandemia, debido a la complejidad de atender a las demandas en el sistema de la salud durante la pandemia, ya que, todos los esfuerzos se concentraron en pacientes COVID-19, apartando a los adultos mayores que recibían atención complementaria. En esta investigación se realizaron entrevistas semiestructuradas online durante un periodo de 6 meses. Los resultados obtenidos muestran un incremento en la percepción de abandono y vulnerabilidad en los cuidadores aunado a la falta de apoyo y organización familiar brindada por los servicios públicos.

También con personas mayores, pero con padecimientos delicados, Martínez y Prada (2018) profundizaron en la percepción de la experiencia al desarrollar el rol de cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental por trastornos neurocognitivos a través de un enfoque cualitativo, conformado por una muestra de 30 cuidadores informales, a quienes se les aplicó una entrevista semiestructurada. En los resultados obtenidos se identificó una mayor prevalencia dentro de la muestra de mujeres con un total del 67% y en cuanto al tiempo que se han dedicado al cuidado un 46% de los participantes llevan más de 4 años. Se describieron 8 categorías que engloban la experiencia de los cuidadores: significado y conocimiento del diagnóstico, influencia económica, organización y proyecto de vida, relación previa al diagnóstico e influencia del comportamiento en la vida del cuidador, influencia en la salud del cuidador, la religión o creencia, decisión, significado y motivación del cuidado, apoyo en situaciones difíciles y posibilidad de asistencia.

Asimismo, Calderón et al. (2016) describieron las percepciones de los cuidadores informales ante la experiencia de cuidar a una persona adulta que requiere de cuidados

paliativos. Realizaron un estudio de tipo descriptivo con un enfoque cualitativo e interpretativo, a través de una entrevista semiestructurada. Identificaron dentro de las experiencias de los participantes sentimientos en común tales como: el amor, la desesperanza, sufrimiento, tristeza y preocupación. Además, existe un cambio en su economía, debido a que tienen que hacer una modificación en su vida laboral, para poder desempeñar su rol como cuidador, se enfrentan también a cambios emocionales continuos por la situación en la que viven, sin embargo, estas también se ven equilibradas por la fe y espiritualidad. Este estudio destaca la importancia de contar con una red de apoyo sólida, la cual pueda brindar una solvencia económica o el acompañamiento.

Para personas mayores con demencia Chávez y Mireles (2018) analizaron la experiencia del cuidador primario. Para ello usaron un método de aproximación fenomenológico con el propósito de identificar las diversas características del cuidador y sus experiencias. La técnica utilizada para recolectar los datos constó de una entrevista a profundidad, encontrando como resultados que la tarea de cuidar a alguien, sigue siendo socialmente impuesta al género femenino, además de que se enfrentan al cuidado sin tener conocimiento acerca de la enfermedad. Asimismo, existe una modificación en su estilo de vida, repercutiendo también en áreas como la física, psicológica y social.

Otros autores se interesaron por medir variables psicológicas en los cuidadores, por ejemplo, Lemus et al., (2018) identificaron los niveles de sobrecarga en cuidadores de adultos mayores frágiles y su asociación con características demográficas. Navarro et al., (2017) estudiaron la depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con demencia física. Para López et al., (2009) resultó importante conocer la sobrecarga sentida y percibida por los cuidadores y las repercusiones que este rol representa sobre su calidad de vida, su salud en las esferas física, psíquica y social, y su necesidad de utilización de los

recursos sanitarios. Dueñas et al., (2006) en su investigación encontraron que los cuidadores de adultos mayores discapacitados presentan altos niveles de ansiedad, depresión, disfunción familiar y síndrome del cuidador con mayor predisposición a la morbilidad. Los resultados de este estudio identifican a los cuidadores de adultos mayores discapacitados como un grupo vulnerable con necesidades preventivas y terapéuticas.

Finalmente, Salamanca et al., (2018) se interesó por conocer el entorno familiar de las personas mayores que se encuentran Centros de Vida del Municipio de Villavicencio, debido al aumento de la esperanza de vida, con el propósito de construir a partir de los resultados obtenidos elementos orientadores para formar cuidadores profesionales y así mismo, buscar mejorar la calidad de vida de la persona mayor.

A partir de ello, se puede observar que el rol de cuidador implica cambios en el estilo de vida, estructura, hábitos de sueño e higiene personal, afectaciones físicas y/o emocionales, etc. En el caso del cuidador informal o no profesional, este nace del núcleo familiar en el que prevalece mayormente la mujer; madre, hija, esposa, nuera, etc., de la persona que requiera las atenciones. Además, el cuidado es visto como una obligación, la cual podría generar sentimientos de culpa al tener una falla en el cuidado derivado de lo que los otros miembros puedan pensar al respecto. Es decir, aun cuando los estudios sobre cuidadores están mayormente enfocados en estudiar la figura individual del cuidador, los resultados también manifiestan la participación ya sea positiva o negativa por parte de otros miembros de la familia, tales como escasas redes de apoyo económico y de acompañamiento, críticas, etc., por lo tanto, resulta importante para las próximas investigaciones conocer el contexto familiar.

Ahora que la esperanza de vida ha aumentado notablemente, habrá un mayor número de personas mayores que requerirán cuidados por parte de alguno o algunos de sus familiares.

Estudios previos se han interesado en conocer las vivencias y experiencias del cuidador, sin embargo, pocas investigaciones se han interesado en conocer cómo surge la reorganización familiar a partir de que el adulto mayor comienza a requerir los cuidados, es decir, cómo se organiza la familia ante la situación emergente de cuidado.

CAPÍTULO 2

APLICACIONES DE LA TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS EN LA FAMILIA

La familia como sistema.

La familia es considerada como un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad, se encuentra integrada por un número variable de individuos unidos por vínculos ya sean de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción (Torres et al., 2015; Suárez, 2006).

La familia es un sistema relacional que está en constante transformación, con la finalidad de asegurar la continuidad y el crecimiento psicosocial de los miembros que la integran (Minuchin, 1977; Adolphi, 1991). Asimismo, se trata de un sistema activo el cual es capaz de autogobernarse a través de las reglas desarrolladas y modificadas a lo largo del tiempo por ensayo y error, hasta llegar a una definición estable de la relación entre sus elementos (Adolphi, 1991).

La familia es un sistema organizado y estructurado por individuos que forman una unidad funcional guiada por normas, y una historia propia e irrepetible, la cual siempre está en constante evolución (Vargas y Giraldo, 2012).

Para Bermúdez y Brik (2012) la familia es un sistema social abierto y en constante cambio el cual debe afrontar las tareas propias de cada etapa del ciclo vital. El afrontamiento requiere procesos de adaptación continuos, los cuales suponen cambios en la estructura familiar. Sin embargo, el problema surge cuando la familia mantiene su homeostasis frente

a la necesidad evolutiva de un cambio, ya que impide el crecimiento y la evolución del grupo familiar, es decir, cuando la familia no permite la regulación del sistema.

Teoría general de los sistemas.

La teoría General de los sistemas estuvo influenciada por algunas otras teorías tales como:

- Cibernética: Es una teoría basada en la comunicación, es decir, la transmisión de información entre un sistema y su entorno, así como en el principio de retroalimentación, proporcionando mecanismos para el logro de objetivos y la conducta de autocontrol.
- Teoría de la información: Esta teoría desarrolló los conceptos de transferencia e introdujo la idea de información en física como una proporción medida por la expresión isomórfica de entropía negativa.
- Teoría de los juegos: análisis de la competencia racional entre dos o más oponentes encaminado a lograr el máximo beneficio y el mínimo de pérdidas.
- Teoría de la decisión: responsable del análisis racional de opciones en la organización humana a partir del estudio de una situación específica y sus posibles consecuencias.
- Topología o matemáticas relacionales: Está incluye las teorías de las redes y de las gráficas.
- Análisis factorial: Identificación de factores de fenómenos multidimensionales mediante análisis matemático (Bertalanffy, 1968, p. 93-94).

La teoría general de los sistemas (T.G.S) propone que un sistema es un conjunto de elementos interactuantes e interdependientes. De acuerdo con Bertalanffy (1968) es importante distinguir entre sistemas abiertos y sistemas cerrados. Por un lado, un sistema abierto permite que la materia entre y salga, lo que significa mantener una combinación y

eliminación constante de materia, la construcción y destrucción de componentes, el cual mientras la vida dure no se podrá alcanzar un estado que sea incapaz de experimentar cambios en determinadas condiciones, pero sí podrá mantenerse en un estado uniforme que difiere de aquel. Por otro lado, se le llama cerrado al sistema en el que no entra ni sale materia.

Para Lorenzon (2020) la familia es un sistema abierto que consta de unidades sujetas a reglas de comportamiento y funciones dinámicas, que interactúan constantemente entre sí e intercambian con el mundo exterior. En general, todos los sistemas vivos, por ejemplo, plantas, insectos, células, animales, humanos, grupos sociales, organizaciones, etc., son sistemas abiertos; mientras que los sistemas físicos, por ejemplo, máquinas, minerales, es decir objetos que no contienen materia viva, se consideran sistemas cerrados.

Un sistema abierto puede evitar el aumento de entropía, es decir, evitar que el desorden aumente, sin embargo, no la pueden evitar para siempre. Asimismo, se puede alcanzar el mismo estado final aun cuando las condiciones iniciales no sean las mismas. Sin embargo, en cualquier sistema cerrado, el estado final estará determinado por las condiciones iniciales (Bertalanffy, 1968).

Principios o propiedades de los sistemas

La teoría general de los sistemas establece principios o propiedades para entender cualquier sistema, ya sea físico, biológico o social, uno de ellos es la retroalimentación. Bertalanffy (1968) la define como el mantenimiento homeostático de un estado característico o la búsqueda de una meta, basada en cadenas causales circulares y en mecanismos que devuelven información acerca de desviaciones con respecto al estado por mantener o la meta por alcanzar. Watzlawick et al. (1981) indica que hay dos tipos de retroalimentación, la positiva y la negativa. La primera lleva al cambio, es decir, a la pérdida de estabilidad o equilibrio, mientras que la retroalimentación negativa mantiene la estabilidad del sistema.

Watzlawick et al. (1981) define la homeostasis, como el estado constante o estable que mantiene el sistema a través de mecanismos de retroalimentación negativa. Las familias que permanecen unidas deben caracterizarse por cierto grado de retroalimentación negativa, con el objetivo de enfrentar las tensiones impuestas por el medio y por los miembros individuales.

Otro principio importante es la entropía, la cual, según la teoría termodinámica, es una medida del grado de desorden asociado con la probabilidad de que un estado realmente ocurra entre una gran cantidad de estados potenciales. La cibernética y a la teoría general de sistemas, retoman este concepto en las que definen a la entropía como la cantidad de variedad de un sistema, en el caso de una familia la variedad puede interpretar como la cantidad de incertidumbre que se establece ante una situación de elección de varias alternativas distinguibles (Bertalanffy, 1968).

La segregación progresiva ocurre cuando los elementos de un sistema pasan de un estado de totalidad a uno de independencia, en el que el estado primario es el de un sistema unitario y gradualmente se separa en cadenas causales para funcionar de manera independiente (Bertalanffy, 1968). En una familia, este principio ocurre cuando los hijos crecen y ya no dependen de los padres, por lo tanto, salen del sistema de origen para construir subsistemas.

La diferenciación es la transformación de un estado general y homogéneo a otro estado más específico y heterogéneo. Por lo tanto, cada miembro está determinado para desempeñar una o más actividades definidas, esto ocurre con comunidades altamente diferenciadas. Sin embargo, en cuanto más especializadas están las partes más irremplazables se vuelven, y la pérdida de partes podría llevar consigo la desintegración total del sistema

(Bertalanffy, 1968). En el sistema familiar este principio se puede identificar cuando los miembros tienen tareas específicas y especializadas, las cuales dependen de la otra.

La morfostasis y la morfogénesis, son conceptos importantes. La primera se refiere a la capacidad de mantener frente al entorno su unidad, identidad y equilibrio. Se utiliza para describir cómo el cambio en uno de los miembros de la familia se relaciona con el cambio compensatorio en otro miembro y este restaura el equilibrio. Mientras que la morfogénesis hace referencia a la tendencia que tiene el sistema a cambiar y a crecer, a través de la percepción del cambio, desarrollo de nuevas habilidades o funciones para manejar los cambios, efectuados y la negociación de la nueva redistribución de roles entre los miembros que integran la familia (Bertalanffy, 1968).

La organización familiar de acuerdo con Lorenzon (2020), es un conjunto de lineamientos que aseguran el funcionamiento de las partes de un sistema para lograr un objetivo específico. Bertalanffy (1968) indica que se caracteriza por la totalidad, el crecimiento, la diferenciación, el orden jerárquico, la dominancia, el control y la competencia.

De acuerdo con Minuchin (2004) el orden jerárquico, es la autoridad parental que normalmente se ejerce sobre los hijos, de acuerdo con la estructura jerárquica de la familia, que se basa en cómo se distribuyen el poder y la autoridad dentro de la unidad. La jerarquía debe estar claramente definida, de lo contrario las relaciones familiares serán caóticas. Para Bertalanffy (1968), la jerarquía es una forma de estructurar sistemas en los que sus miembros son sucesivamente sistemas de niveles inferiores. En los niveles se aplican los aspectos de totalidad y sumatividad, mecanización progresiva, centralización, finalidad, etc.

La totalidad establece que un sistema opera como un todo, por lo tanto, lo que afecta a una parte del sistema afecta al todo, y lo que afecta al todo afectará a los elementos que

componen el sistema (Bertalanffy, 1968). En la familia, lo que uno de los elementos haga o deje de hacer, va a repercutir de manera directa en el resto de los elementos. “Los cambios favorables o desfavorables en el miembro de la familia identificado como paciente ejercen por lo común algún efecto sobre otros miembros, sobre todo en términos de su propia salud psicológica, social o incluso física” (Watzlawick et al., 1981, pág. 109).

La mecanización progresiva es el proceso de pasar de un agregado indiferenciado a una función superior donde el trabajo puede dividirse o especializarse. Sin embargo, este principio supone también perder el potencial de las partes y la capacidad reguladora del conjunto (Bertalanffy, 1968). La centralización establece que cuando un sistema tiene un componente central, incluso un pequeño cambio de energía dará como resultado un gran cambio para todo el sistema (Bertalanffy, 1968), es decir, uno de los miembros delega las tareas y actividades del sistema, sin embargo, se podría también convertir en aquella persona sobre la que recae mayormente las responsabilidades y decisiones que impliquen el cuidado de la persona mayor.

La finalidad o equifinalidad es la tendencia a llegar a un estado final característico a partir de diferentes estados iniciales y de diferentes maneras. En un sistema cerrado, el estado final está determinado por las condiciones iniciales, por lo que, si las condiciones iniciales o el proceso cambian, el estado final también cambiará. En el caso de los sistemas abiertos se puede lograr el mismo estado final en función de diferentes condiciones y caminos iniciales. El estado en el que una familia tiene un miembro que necesita cuidados y alguien que le brinde ese servicio se puede lograr de muchas maneras diferentes, por lo que la familia se considera como un sistema abierto. Asimismo, hay tipos de finalidades (Bertalanffy, 1968).

- Teleología estática: Capacidad que es útil para lograr un propósito específico.
- Teleología dinámica: Existe direccionalidad en los procesos.

- a) Dirección de acontecimientos hacia un estado final: Expresado como si el estado final dependiera del comportamiento actual.
- b) Directividad basada en estructura: Facilitará la consecución de los resultados deseados.
- c) Equifinalidad: En sistemas que no pueden depender de estructuras o mecanismos predeterminados, es la encargada de la regulación primaria.
- d) Intencionalidad: Las acciones actuales están motivadas por expectativas de un resultado futuro. Asume que las metas futuras ya están presentes en el pensamiento y guían las acciones actuales.

Por lo tanto, la finalidad de la familia que en este caso debe hacerse cargo de una persona mayor, se da a partir de una teología estática, en donde el nuevo sistema creado o reorganizado será únicamente para cumplir un propósito en específico, que en este caso es mantener con vida y en las mejores condiciones posibles a la persona mayor.

Modelo sistémico

En la década de 1950 surgió el modelo sistémico, inspirado en la teoría general de sistemas (Bertalanffy, 1968), el cual busca comprender a las personas en conjunto, como una unidad, que interactúan y se comunican entre sí. La perspectiva sistémica resulta fundamental debido a que pone el énfasis en la dinámica de los procesos comunicacionales, en las interacciones entre los miembros del sistema y entre los subsistemas que conforman a la familia (Bonadeo, 2017).

Los principales modelos sistémicos de funcionamiento familiar incorporan los conceptos de estructura familiar (se incluyen cuestiones de poder, roles y jerarquías), adaptabilidad (flexibilidad versus rigidez), cohesión (proximidad versus distancia), límites y

comunicación (bloqueada, dañada, desplazada y directa) (Beavers y Hampson, 1990; Epstein, 1978; Minuchin, 1974; Olson, 1993; Olson, Russell y Sprenkle, 1989 citado en Rolland, 2002).

De acuerdo con Viveros y Arias (2006) el rol es el comportamiento que se espera de una persona y que adquiere un estatus particular. Cada persona ocupa varios estatus y se espera que desempeñe los roles apropiados para ellos. En un sentido, estatus y rol son dos aspectos del mismo fenómeno. El estatus es una serie de privilegios y obligaciones; un rol es el desempeño de esta serie de privilegios. Los roles traen consigo una mediación cultural que es la que condiciona a un sujeto para comportarse de una u otra manera en una sociedad. De acuerdo con esto, existen diferencias en la forma como la cultura enseña a un hombre y a una mujer un modelo de comportamiento, ellos tienen específicamente tareas y responsabilidades que los ubican en una función determinada, lo que obviamente los hace diferentes.

Para Zúñiga y Quito (2018), los roles son la forma en que un estatus tiene que ser aceptado y desempeñado por un titular. Con el tiempo estos roles van cambiando y, al llegar a la etapa adulta (el envejecimiento), el individuo se siente obligado por el contexto a abandonar algunos de esos roles que ha desempeñado a lo largo de su vida, para desempeñar otros. Chinchilla (2015) considera que tradicionalmente la familia desempeña un importante rol en el restablecimiento y mantenimiento de la salud, y en el bienestar de la persona mayor y sus miembros.

La cohesión familiar está integrada por vínculos emocionales, independencia, límites internos y externos, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y actividades de ocio. Las familias deben encontrar el equilibrio entre la necesidad de proximidad y conexión, el respeto por la separación y las diferencias individuales (Rolland, 2002).

Los límites son acuerdos que se establecen de manera implícita o explícita y que condicionan los comportamientos. Su función es separar al sistema de su ambiente, proteger y preservar todo aquello que amenace la diferenciación de roles dentro del sistema y las características particulares de ellos, así cada uno conoce cuál es su lugar, el papel que desempeña y la manera como lo hace (Lorenzon, 2020; Vargas y Giraldo, 2012). Son el espacio en el que se permite la protección sin perder la individualización y diferenciación de quienes conforman el grupo familiar (Viveros y Arias, 2006). Las familias tienen límites y fronteras que definen quién es parte de la familia y qué roles y responsabilidades tienen los miembros dentro de ella. Estos límites pueden ser flexibles o rígidos, y su claridad influye en la comunicación y en la resolución de problemas.

Sistema familiar

El sistema familiar está compuesto por un conjunto de personas relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo (Minuchin, 2004). El sistema familiar está conformado por la interrelación de los vínculos que existen entre los subsistemas, por lo tanto, cada acción y cada conducta de sus miembros, afectarán e influirán en los demás (Bonadeo, 2017).

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Las díadas, como la de marido-mujer o madre-hijo, pueden ser subsistemas, sin embargo, estos subsistemas también pueden formar parte de un sistema más grande. Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función (Minuchin, 2004).

De acuerdo con Vargas y Giraldo (2012) los subsistemas familiares más conocidos son:

- Subsistema conyugal (matrimonio): que se instituye cuando dos adultos se unen con la intención expresa de constituir una familia compartiendo intereses, metas y objetivos. Cada uno deberá ceder parte de su individualidad para la construcción de este proyecto de vida sobre bases sólidas cimentadas en el sentido de pertenencia y el equilibrio de la relación.
- Subsistema parental (padres): se constituye al nacer el primer hijo. Requiere que padres e hijos acepten que el uso diferenciado de autoridad es un ingrediente necesario para la formación social de los niños, quienes necesitan aprender cómo autorregularse y relacionarse en situaciones de poder desigual como la que se da entre padres e hijos, o entre jefes y subalternos.
- Subsistema fraternal o filial (hermanos): que es la plataforma en la que los niños experimentan relaciones con sus iguales y en la que aprenden a negociar, cooperar y competir.
- Suprasistema, que engloba los sistemas con los que la familia mantiene contacto. Incluye la familia de origen, el colegio, el trabajo, los amigos, las asociaciones de todo tipo, los antepasados, etc. Las informaciones que allí se originan, enriquecen el sistema familiar y contribuyen a su crecimiento.

Estructura familiar

El modelo estructural sistémico de Minuchin (2004) está enfocado en comprender las transacciones de los integrantes de la familia, en tanto patrones de interacción consistentes, repetitivos y predecibles, que permiten observar a través de la estructura familiar cómo se organizan. El restablecimiento de jerarquías, la reformulación de límites claros entre subsistemas, la redefinición de roles y funciones, ayudarían a regresar a una estructura

familiar adaptativa (Minuchin, 2004). La estructura cambiará con el tiempo, a medida que cambian las demandas familiares y según avance el ciclo vital (Bermúdez y Brik, 2010).

Las alianzas, coaliciones y triangulaciones, son conceptos básicos del modelo sistémico estructural que caracteriza a las familias, Minuchin (2004) los define como:

- Alianzas: La unión y el apoyo mutuo entre sí de dos personas, es decir, son personas que tienen en común actitudes, creencias e intereses. Las alianzas se pueden dar con un familiar, el mismo que dentro del sistema es importante, o se puede dar entre dos personas por tiempos cortos según sea su conveniencia.
- Coalición: Se trata de una alianza que se opone a otra parte del sistema; es decir, oculta e involucra a personas de distintas generaciones aliadas contra un tercero. Esta oposición puede expresarse por medio del conflicto y la exclusión.
- Triangulación: Su función dentro de un sistema es equilibrar la relación de varios miembros que pueden tener relaciones conflictivas, es decir, una unidad de dos se estabiliza y atribuye sentido a su actividad como referencia a un tercero.

Ciclo vital familiar

El curso vital de las familias evoluciona a través de una secuencia de etapas. En estas se observan períodos de equilibrio y adaptación, pero también períodos de desequilibrio y cambio. El nacimiento y la crianza de los hijos, la partida de estos del hogar y la muerte de algún miembro forman parte del ciclo vital de la familia. Estos cambios están vinculados a las variaciones en la composición de la familia que precisan una reorganización de los roles y reglas del sistema, así como una modificación de los límites familiares internos y externos (Ochoa, 1995).

Las funciones dentro de la familia dependen de las variaciones relacionadas con los cambios en la estructura y la etapa en la que se encuentran. En la etapa de los hijos pequeños

las funciones son diferentes a las que se ejercen con los hijos adultos o en el hogar de los adultos mayores. Cuando los padres dentro de una familia entran a la etapa de la vejez y son dependientes, pasan a ser cuidados por los hijos (Placeres y De León, 2011).

Las fases del ciclo evolutivo de acuerdo a Ochoa (1995) son:

- **Contacto:** Es la primera etapa para la formación de una nueva familia. Comienza cuando los componentes de la futura pareja se conocen.
- **Establecimiento de la relación:** La pareja negocia cómo comunicarse, el placer y el displacer, cómo mantener y manejar sus lógicas diferencias como personas distintas.
- **Formalización de la relación:** Se da cuando la relación adquiere un carácter formal, mediante el contrato matrimonial, el cual señala la transición de la vida de noviazgo a la nueva vida de casados.
- **Luna de miel:** Los cónyuges comienzan a compartir su nueva vida de casados produciendo un contraste entre las expectativas generadas en la segunda etapa y la realidad que conlleva la convivencia.
- **Creación del grupo familiar:** Abarca desde la aparición de los hijos hasta que estos empiezan a emanciparse de los padres. El nacimiento de los hijos incide fuertemente en la relación de pareja debido a que se requiere una nueva división de roles en el que se incluya el cuidado y la crianza de los niños, así como el funcionamiento familiar de conjunto.
- **La segunda pareja:** En esta fase, se tienen que enfrentar a la jubilación, a la separación, muerte de seres queridos y a la suya propia. Cuando en esta existe deterioro físico y/o psíquico, los roles de cuidadores se invierten. De manera que los hijos tienen que hacerse cargo de sus padres enfermos; aunque en

ocasiones uno de los cónyuges presenta buenas condiciones de salud que le permiten atender a su esposo/a enfermo/a.

Dinámica familiar

Según Viveros y Arias (2006) la dinámica interna de la familia se refiere a las condiciones en las que emergen mecanismos de regulación interna en el grupo familiar tales como el clima, el ambiente, el funcionamiento, las interacciones particulares que tiene la familia para relacionarse, cumplir con las funciones y roles que socialmente se le ha asignado. Toledo (2014) considera que la mayor parte de la población de adultos mayores vive dentro de una familia, la cual es su principal fuente de apoyo psicosocial. Por lo tanto, tener conocimientos sobre la estructura y la dinámica del núcleo familiar es de gran utilidad para comprender mejor las necesidades de la persona mayor y el proceso de su enfermedad, factores que favorecen o disminuyen la aparición de síntomas o malestares y las repercusiones en cada miembro de su familia.

Gallego (2011) define la dinámica familiar como los encuentros mediados por normas, reglas, límites, jerarquías y roles los cuales son reguladores de la convivencia y el desarrollo dentro de la familia. Por lo que es necesario que cada miembro de la familia conozca e interiorice su rol dentro de su núcleo familiar, lo cual facilita su adaptación a la dinámica de su grupo.

Todo tipo de tensiones, ya sea originada por cambios dentro de la familia, ej.: el nacimiento de los hijos, su crecimiento hasta que se independizan, un luto, un divorcio, etc., o provenga del exterior, ej.: mudanzas, modificaciones del ambiente o de las condiciones de trabajo, cambios en los valores, etc., impactará sobre el funcionamiento de la familia y requerirá un proceso de adaptación, es decir, una transformación constante de las

interacciones familiares, la cual deberá ser capaz de mantener la continuidad de la familia y de permitir el crecimiento de sus miembros (Andolfi, 1991).

Comunicación

En la comunicación familiar se encuentran implicados intercambios de pensamientos, emociones y sentimientos que son exteriorizados por medio de acciones y lenguaje verbal o no verbal entre las personas del mismo grupo familiar (Gallego, 2011). De acuerdo con Agudelo (2005), la comunicación tiene diferentes modalidades:

La comunicación bloqueada ocurre cuando a los miembros de la familia no les interesa establecer vínculos afectivos profundos entre sí. Esto se manifiesta en escasos intercambios dialógicos. La comunicación dañada se manifiesta cuando las relaciones familiares están marcadas por intercambios basados en reproches, burlas, sarcasmo, insultos, críticas destructivas y silencios prolongados. La comunicación desplazada se presenta cuando los integrantes de la familia no se sienten competentes para resolver sus diferencias entre sí, por lo que buscan la mediación de una tercera persona. Sin embargo, esto puede provocar una necesidad permanente y distanciamiento afectivo entre los integrantes de la familia. Finalmente, la comunicación directa implica claridad en acuerdos y desacuerdos, y en la coherencia verbal y no verbal. Aún en situaciones de desacuerdo o tensión los implicados generan unión.

Watzlawick et al. (1981) describe 5 axiomas de la comunicación:

- 1) Es imposible no comunicarse: Es imposible no comunicarse: la actividad o la pasividad, el habla o el silencio tienen el significado de comunicación, es decir, no hay no-conducta, se deduce a esto que por mucho que uno quiera o lo intente, no puede dejar de comunicar.

- 2) Toda comunicación tiene un determinado nivel de contenido y relaciones: Al nivel de contenido se le denomina “referencial” y al nivel de relación se le llama “connotativo”. El primero, hace referencia a lo que se transmite y el segundo a lo que no se transmite, es decir, estará representado por el modo de expresión, el afecto existente entre emisor y receptor, el tono de la voz y todo aquello que vaya más allá del significado concreto.
- 3) La puntuación de la secuencia de los hechos: La puntuación organiza los hechos de la conducta y los intercambios de mensajes entre los comunicantes, de ahí que es fundamental conocer cómo es dicha puntuación para entender qué se está transmitiendo y cómo se está haciendo.
- 4) La comunicación humana puede ser digital o verbal, analógica o no verbal. Aunque se ha afirmado que la comunicación implica algo más que lo que se dice, esto no resta importancia al contenido. La manera y los gestos que acompañan al habla determinan si el contenido se interpreta correctamente o no. La comunicación no verbal o analógica constituye una proporción importante del proceso de comunicación, por lo que se necesita una atención especial.
- 5) Los intercambios comunicacionales pueden ser simétricos o complementarios, según estén basados en la diferencia o la igualdad. La interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y diferencia mínima, mientras que la interacción complementaria está basada en una diferencia máxima. Por lo tanto, el caso de intercambios simétricos los participantes igualaran especialmente la conducta recíproca. Sin embargo, en el segundo caso la conducta de uno de los participantes complementa la del otro.

Crisis

Una crisis es un acontecimiento que obedece a un proceso de cambio, de un estado anterior, para configurar un nuevo estado que permita una mejor adaptación (morfogénesis). Pasar de una etapa evolutiva a otra, por ejemplo, es un proceso de crisis, donde se da una acomodación del sistema familiar (Villarreal y Paz, 2015).

Pittman (1989, como se cita en Reusche, 2011), indica la importancia de enseñar a manejar las crisis. Esta lleva implícita el cambio, y para que ese cambio sea positivo, es necesario tener flexibilidad para manejarse con éxito en situaciones nuevas. Por ello, señala cuatro categorías de crisis a las que una familia debe enfrentarse:

- a) Sucesos inesperados: Estos son explícitos, únicos, reales, específicos y extrínsecos, como, por ejemplo, un terremoto que destruye la vivienda familiar. Cuando la familia es funcional, se unen para resolver la crisis.
- b) Crisis de desarrollo: Son universales, por lo tanto, se esperan que ocurran. Surgen desde la biología y la sociedad más que de la estructura familiar misma. Por ejemplo, un hijo adolescente, una hija que se va del hogar porque se casa. La familia tiende a retardar o evitar el cambio, pero el desarrollo no puede ser detenido ni producido prematuramente, sólo comprendido y asimilado.
- c) Crisis estructurales: Son recurrentes, puede ser encubierto o imaginario, por ejemplo, una madre sobreprotectora que impide que su hija salga para evitar su matrimonio. La crisis es un esfuerzo para evitar el cambio. Implican una estructura, personal o familiar, inadecuada, y que deriva inevitablemente, en una disfunción familiar, pues es una de las crisis más difíciles por las que atraviesa la familia.
- d) Crisis de cuidado: Esta se presenta cuando un miembro es dependiente y somete a toda la familia. Por ejemplo, un niño recién nacido, un hijo enfermo, un padre

anciano. Estos dependen de ayuda externa, una niñera, una enfermera, por lo tanto, aumenta el estrés. Para esta investigación, la persona mayor y la familia, se encuentran en este tipo de crisis.

CAPÍTULO 3

EXPLORACIÓN CUALITATIVA DE LA REORGANIZACIÓN DE LA FAMILIA EN TORNO AL CUIDADO DE UNA PERSONA MAYOR

Pregunta de investigación

¿Cómo se reorganiza la familia en torno al cuidado de un adulto mayor?

Objetivos

Objetivo general

Explorar la manera en que los sistemas familiares se reorganizan cuando una persona mayor requiere cuidados.

Objetivos específicos

- Conocer la estructura familiar del cuidador antes de los cuidados y a partir de ellos hasta la actualidad.
- Conocer el funcionamiento familiar del cuidador antes de los cuidados y a partir de ellos hasta la actualidad.
- Identificar los factores que influyen en la reorganización de los sistemas familiares.

Justificación

En la actualidad, los distintos aspectos asociados con el envejecimiento han cobrado un gran interés debido al aumento de la esperanza de vida. De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de la Población (2013), en México el número de personas seguirá en aumento, en 2030 alcanzará un volumen de 138 millones de personas y para el año 2050 se estima que sean hasta 148 millones. Sin embargo, la mayor parte de la población estará conformada por adultos mayores debido a la disminución de la natalidad y la mortalidad, traducida esta última en una mayor esperanza de vida. Por lo tanto, se espera que el grupo de 65 y más años de edad, que en 2015 representaba 6.8%, en 2030 se prevé que represente 10.3% y en 2050, 16.8%. Con ello, la necesidad de cuidados especiales para este sector de la población también aumentará.

La investigación sobre los cuidadores informales de algún miembro de la familia aborda las experiencias asociadas a esta función en el caso, por ejemplo, de cuidar a una persona adulta que requiere de cuidados paliativos, o de adultos mayores con demencia (Calderón et al., 2016; Chávez y Mireles, 2018). Asimismo, otros estudios se enfocan en la calidad de vida y el bienestar psicológico de los cuidadores en relación con las estrategias de afrontamiento y el apoyo social (p. ej., García et al., 2016). También se han comparado las distintas formas de bienestar que conforman la calidad de vida de los cuidadores familiares de niños y adultos con enfermedades crónicas (p. ej., Flórez et al., 2010).

A pesar de la amplia literatura publicada sobre cuidadores de adultos mayores, se encuentran muy pocos trabajos sobre los procesos sistémico-familiares que se ponen en marcha para brindar los cuidados a la persona mayor que los requiere. Salamanca et al. (2018), por ejemplo, estudiaron el entorno familiar de los adultos mayores, pero sin hacer

referencia a los movimientos que ocurren a raíz de que una persona mayor, sea por accidente, enfermedad o deterioro propio del envejecimiento, necesita cuidados especiales. En particular, en México prácticamente no se ha abordado este tema desde esta perspectiva a pesar de que, como ya se mencionó, en nuestro país es cada vez mayor el número de hogares donde reside alguna persona mayor. Aun cuando el tamaño de los hogares en nuestro país se ha reducido, la presencia de adultos mayores en los hogares está en constante aumento (Welti, 2015).

Así, la mayoría de los estudios de las familias en el cuidado de personas mayores están enfocados en el miembro de la familia sobre el que recae la mayor parte de la responsabilidad, el cual se asume como el cuidador principal o primario, dejando de lado el resto de los integrantes (Cohen et al., 2006; Karasik y Conway, 1995). Sin embargo, en el proceso en el que ocurre la asignación o asunción del rol, es importante dirigir la atención a la familia como una totalidad para conocer los cambios que se efectuaron, es decir, ver el cuidado como una unidad familiar y no como una unidad individual que solo le compete a uno de sus miembros (Canga et al., 2011).

La teoría general de los sistemas propuesta por Bertalanffy (1968) permite pensar en la familia como un sistema abierto que está constituido por unidades ligadas entre sí a través de reglas de comportamiento y funciones dinámicas en constante interacción entre sí y con el exterior. La mirada se pone sobre la dinámica y las relaciones familiares internas, así como sobre la estructura de la familia, sus funciones y las relaciones entre los diferentes integrantes de la familia (Canga et al., 2011).

La importancia del estudio que aquí se propone radica en mostrar los procesos que viven familias mexicanas al delegar a uno de sus integrantes el rol de cuidador de manera específica. Por medio de este trabajo, también se obtendrá una mirada sobre las familias

mexicanas desde la perspectiva de los ajustes que se dan en el sistema familiar para cuidar a una persona mayor. Aunque cada familia es diferente, se puede observar los distintos modos en que la cultura, las condiciones socioeconómicas, la historia de la familia, su estructura y las relaciones entre los integrantes; se convierten en factores importantes al aparecer las necesidades de cuidado en la persona mayor.

Además, dado que en los próximos años este es un fenómeno que tomará mayor relevancia debido al aumento en la esperanza de vida, los resultados de esta investigación pueden brindar bases para diseñar estrategias de apoyo a las familias que se harán cargo de una persona mayor. Asimismo, este trabajo puede dar pauta para fomentar una cultura de la familia en la que se anticipe lo que va a pasar con las personas que aún son jóvenes, con la finalidad de que cuando estos sean adultos mayores, en su familia haya menos resentimientos, creencias respecto a los roles de género, problemas en la comunicación, etc., y se construya un ambiente en el que predomine el amor, el respeto, la gratitud, valores, empatía, etc.

El cuidado de una persona mayor puede tener un impacto significativo en la dinámica familiar. Investigar cómo se reorganiza la familia para satisfacer las necesidades del miembro mayor puede ayudar a comprender mejor los cambios en roles, responsabilidades y relaciones familiares. Asimismo, la investigación sobre la reorganización familiar puede proporcionar información valiosa para el desarrollo de políticas y servicios sociales que respalden a las familias que cuidan de personas mayores. Esto puede incluir políticas de licencia laboral, programas de cuidado diurno y subsidios para cuidadores familiares.

Método

Diseño

La presente investigación siguió una metodología cualitativa a través del diseño de estudios de casos múltiples, este diseño de acuerdo con López (2013) se realiza cuando se busca examinar múltiples casos individuales simultáneamente con el fin de analizar la realidad que se pretende explorar, describir, explicar, evaluar o modificar. El objetivo es conocer la manera en que las familias se reorganizan cuando una persona mayor requiere cuidados.

Participantes

Debido al diseño del estudio se decidió trabajar con la técnica de muestreo intencionado o por conveniencia, estas muestras están conformada por los casos a los que podemos acceder (Battaglia, 2008 citado en Hernández y Baptista, 2014). La selección de participantes contempló los criterios de inclusión y exclusión que se muestran en la Tabla 1. En la Tabla 2 se pueden observar las características sociodemográficas de los participantes.

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión de los participantes

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Cumplir actualmente el rol de cuidador primario, encargado de todos o la mayor parte de los cuidados brindados en casa a personas adultas mayores.	Cumplir parcialmente el rol de cuidador de una persona mayor.

Ser cuidador formal o recibir remuneración económica por el cuidado.	No ser cuidador profesional a cargo de una persona adulta mayor dependiente ya sea por enfermedad o deterioro de sus facultades físicas y/o mentales.
--	---

Cuidar a la persona mayor por un espacio mayor a un año.	Cuidar a una persona mayor por un espacio menor a un año.
--	---

Residir en la zona de Atotonilco de Tula en el Estado de Hidalgo.

Nota: En esta tabla se presentan los criterios de inclusión y exclusión de los participantes para el presente estudio.

Tabla 2

Datos sociodemográficos de los cuidadores y personas mayores

Cuidador	Edad	Parentesco con la PM	Tiempo de cuidado	Persona Mayor	Edad
C1	63	Hija	15 años	PM1	93
C2	45	Hijo	1 año	PM2	81
C3	63	Hija	7 años	PM3	100

Nota: C= Cuidador, PM= Persona Mayor

Recopilación de datos

Para la recolección de datos se utilizó entrevistas a profundidad (véase anexo 1), las cuales de acuerdo con Taylor y Bogdan (1994) están dirigidas hacia la comprensión de las

perspectivas que tienen los participantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Las entrevistas estuvieron integradas por preguntas que permitieran conocer la historia familiar, la dinámica, cambios en la estructura y en los roles familiares.

Análisis de datos

Desde la perspectiva sistémica la manera de entender los problemas familiares es a partir de la estructura y el funcionamiento. El análisis de los datos se realizó a partir de identificar en las entrevistas, los movimientos de los miembros de cada uno de los sistemas familiares a los que pertenecían. Estos movimientos se identificaron en tres tiempos: 1) antes de los cuidados 2) durante los cuidados y 3) el estado actual. Los hallazgos se fueron relacionando con las causas, las motivaciones, conflictos y comunicación, asimismo, con algunos conceptos que propone Bertalanffy (1968) en la Teoría General de los Sistemas, para así poder explicar los procesos.

Procedimiento

Para este estudio, inicialmente se tuvo un primer contacto con los cuidadores para explicarles el objetivo de la investigación, establecer fechas, horarios y lugar para llevar a cabo las entrevistas, en caso de que aceptaran participar.

Los participantes fueron entrevistados en fechas y horarios diferentes, según lo acordado. Todos firmaron un consentimiento informado (véase anexo 2) que aseguraba el resguardo de la información y el anonimato. A cada uno de ellos se les informó sobre los objetivos del estudio, el marco en que se insertaba y se aseguró la confidencialidad en el manejo de los datos.

Posteriormente, las entrevistas fueron grabadas en formato de audio para luego ser transcritas en formato Word y finalmente analizadas con la Teoría General de los Sistemas. El periodo de aplicación de las entrevistas a profundidad fue del 25 de enero al 24 de marzo de 2023. Para los primeros dos casos fueron necesarias 2 sesiones de entrevista las cuales duraron entre 30 y 40 minutos cada una; en la primera sesión se abordaron la mayor parte de las preguntas, la segunda sesión consistió en complementar datos (mayormente en cuanto a la estructura familiar). La entrevista del último caso duró 1 hora 20 minutos aproximadamente, por lo tanto, no fue necesaria una segunda entrevista.

RESULTADOS

Para comprender los movimientos ocurrido en los sistemas familiares de los casos, estos fueron representados en figuras y como parte del análisis se requiere conocer los

significados de los elementos incluidos en estos para su interpretación. La Figura 2 muestra los símbolos utilizados y sus significados.

Figura 2

Símbolos y significados de las representaciones

Figuras	Significado
	Hombre
	Mujer
	Difunto
	Entrevistado
	Entrevistada
Líneas (Relaciones)	Significado
	Conflictiva
	Cercana
	Distante
Letras	Significado

(Continuación...)

PM	Persona Mayor
EPM	Esposo (a) de Persona Mayor
Ho	Hijo (de la PM)
Ha	Hija (de la PM)
C	Cuidador
E	Esposo (a) del Cuidador
HoC	Hijo (del Cuidador)
Colores	Significado
	Apoyo económico
	Apoyo en cuidados
	Apoyo para traslado
	Apoyo despesa
	

(Continuación...)

	Cuidados generales
Números	Significados
1	Primer caso
2	Segundo caso
3	Tercer caso

Caso 1

Antecedentes familiares lejanos

En este caso la PM1 que requiere cuidados es un hombre con antecedentes de haber sido un padre ausente, poco afectivo y violento. La cuidadora es una mujer de 63 años quien antes de casarse y tras la muerte de su madre cuidaba de sus hermanos más pequeños, es decir, ya tenía la predisposición para ser cuidadora.

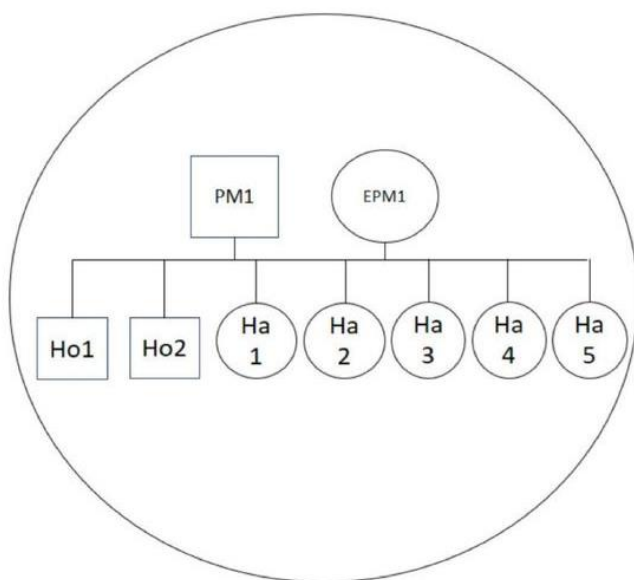
Sistemas familiares antes de los cuidados

En la Figura 3 se muestra la estructura del sistema familiar de PM1 el cual estaba conformado por sus 9 hijos (7 mujeres y 2 hombres) y su esposa. Luego, aparece la segregación progresiva (Bertalanffy, 1968), por lo tanto, los hijos se desprenden del sistema de origen para formar un nuevo subsistema tal como se observa en la Figura 4. Las hijas mujeres vivían en el Estado de México, C1 era la única mujer que vivía más cerca de la casa del padre, y en el caso de los hombres, ambos vivían en el mismo lugar que PM1, incluso uno de ellos vivía en la misma propiedad. Las relaciones afectivas entre los hermanos y el

padre (PM1) como se muestran en la Figura 5 generalmente se tornaban distantes. Asimismo, había un escaso interés e intercambios comunicacionales entre ellos. Desde la perspectiva de la cuidadora, PM1 mantenía una mejor relación con sus hijos varones.

Figura 3

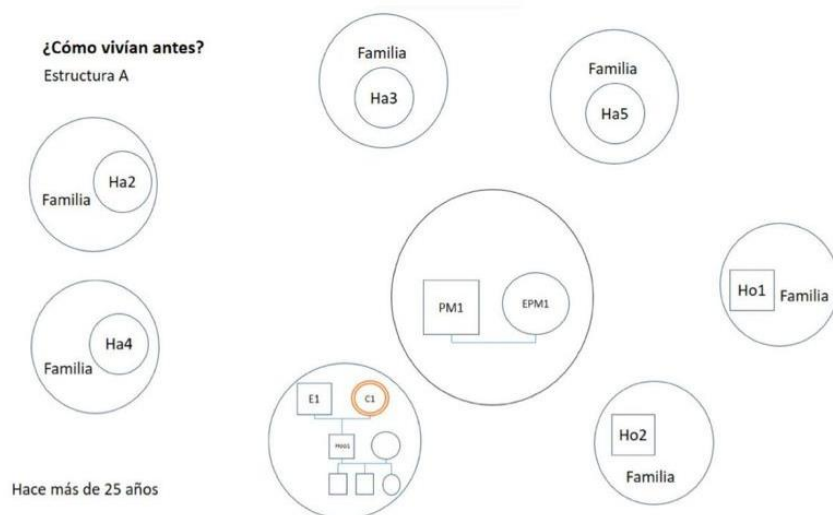
Sistema familiar de PM1 antes de la segregación progresiva



Nota. En esta figura se muestra el matrimonio entre la PM1 y EPM1 antes de requerir los cuidados y sus hijos.

Figura 4

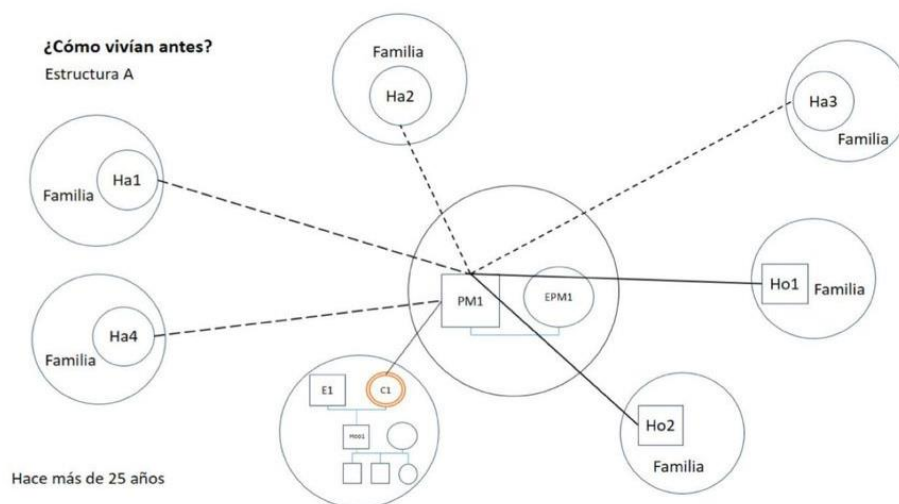
Estructuras familiares a partir de la segregación progresiva



Nota. La presente figura muestra la estructura de cada subsistema una vez que los hijos se separaron del sistema familiar de origen.

Figura 5

Relaciones familiares a partir de la segregación progresiva

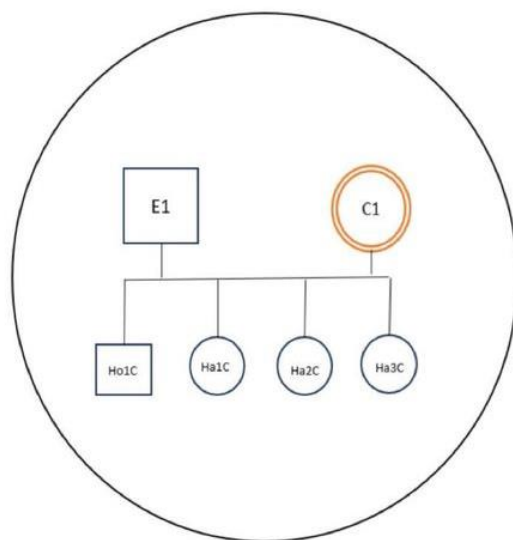


Nota. En la presente figura se muestran las relaciones de los hijos hacia la PM, esto hace 25 años aproximadamente. Ha1, Ha2, Ha3 e Ha4, mantenían una relación distante con la PM, mientras que Ho1, Ho2 y C1, la relación era cercana.

La Figura 6 muestra el sistema familiar de C1 antes de la segregación progresiva estaba conformado por su esposo (E1), 3 hijas mujeres (Ha1C, Ha2C e Ha3C) y 1 hombre (Ho1C). Para cuando apareció la necesidad de cuidados, el sistema familiar de C1 antes de los cuidados estaba integrado por su esposo (E1), su hijo varón (Ho1C), su nuera y sus tres nietos (Figura 7). El resto de sus hijos, vivían de manera independiente con sus propias familias.

Figura 6

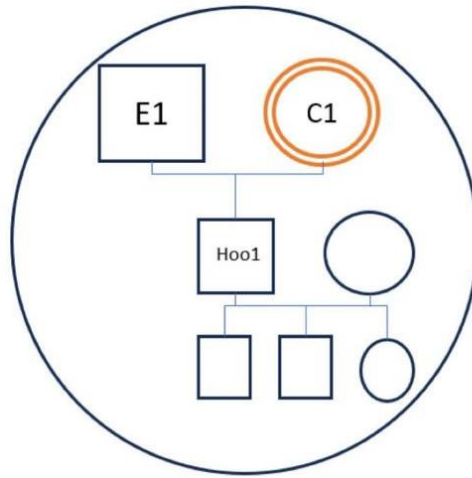
Sistema familiar de C1 antes de la segregación progresiva



Nota. Esta figura muestra la estructura familiar de C1 antes de que sus hijos crearan sus propios sistemas.

Figura 7

Sistema familiar de C1 antes de los cuidados



Nota. La figura muestra la estructura del sistema familiar de C1 antes de asumirse como cuidadora de la persona mayor.

Aparición de las necesidades de cuidado y reorganización

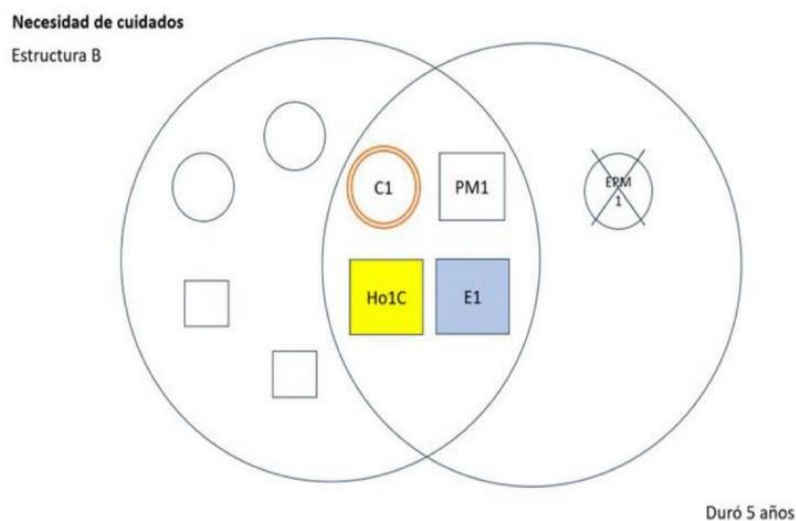
En la Figura 8 se muestra la estructura B que se conformó cuando la PM1 solicitó atención de su hija (C1), para llevar a cabo tareas que se dejaron de cumplir tras la muerte de su segunda esposa. Aun cuando PM1 podía valerse por sí mismo, decidió que él no podía realizar aquellas actividades las cuales, desde su perspectiva de género, creencias sociales y culturales debían ser ejercidas por las mujeres. Por lo tanto, tenía que buscar a otra mujer para llevar a cabo dichas tareas. C1 aceptó la responsabilidad de atender a la solicitud de la PM1, sin embargo, la decisión se vio influenciada mayormente por sentimientos de obligación y el deber ser.

Asimismo, esta figura muestra la manera en que se estructuró y organizó el nuevo sistema; al que llamaremos sistema emergente, el cual ocurrió a partir de la necesidad de cuidados de PM1. Este sistema estaba integrado por C1 quien se hacía mayormente

responsable del cuidado, el esposo de C1 (E1) brindaba compañía y en algunas ocasiones apoyo a ciertas tareas y, el hijo de C1 (Ho1C) ayudaba de manera económica. El resto de los integrantes de la familia de PM1, no se involucraron de ninguna manera durante los primeros 5 años de cuidado, aproximadamente. Es decir, de los 7 hijos vivientes de PM1 sólo uno asumió la responsabilidad de cuidado. Debido a esto, C1 se convirtió en un miembro central del sistema familiar, en el que desempeñó funciones diferenciadas y especializadas.

Figura 8

Aparición de la necesidad de cuidados y reorganización del sistema familiar de C1



Nota. Sistema creado a partir de la necesidad de cuidados de PM1, esta estructura duró aproximadamente 5 años.

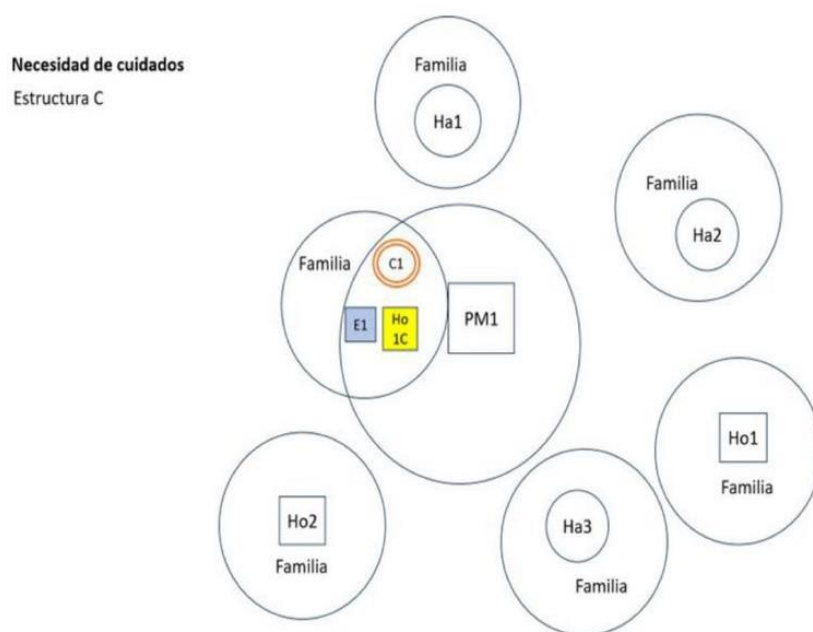
Proceso de reorganización en los subsistemas familiares

La estructura C (Figura 9), ocurrió una vez que incrementaron las dificultades en la PM1, esto como consecuencia de la avanzada edad. C1 cuando tenía oportunidad les comentó

a los hermanos la importancia que implicaba que ellos se involucraran de algún modo en el cuidado. Al principio los hermanos se mostraron indiferentes ante la situación, sin embargo, las reiteradas ocasiones en las que C1 se los decía, permitió un ligero acercamiento de los subsistemas al nuevo sistema emergente. Sin embargo, los elementos continuaron sin involucrarse directa y afectivamente en el sistema emergente, es decir, la distancia entre ellos y entre el padre hasta ese momento se conservaron. Además, de la distancia, otro factor que probablemente pudo repercutir para que los hijos asumieran nuevas tareas o no, está involucrada con la historia familiar, en la que pudo existir algún sentimiento de rencor o resentimiento por parte de los hijos hacia el padre.

Figura 9

Sistemas familiares derivados del incremento de necesidades en PM1

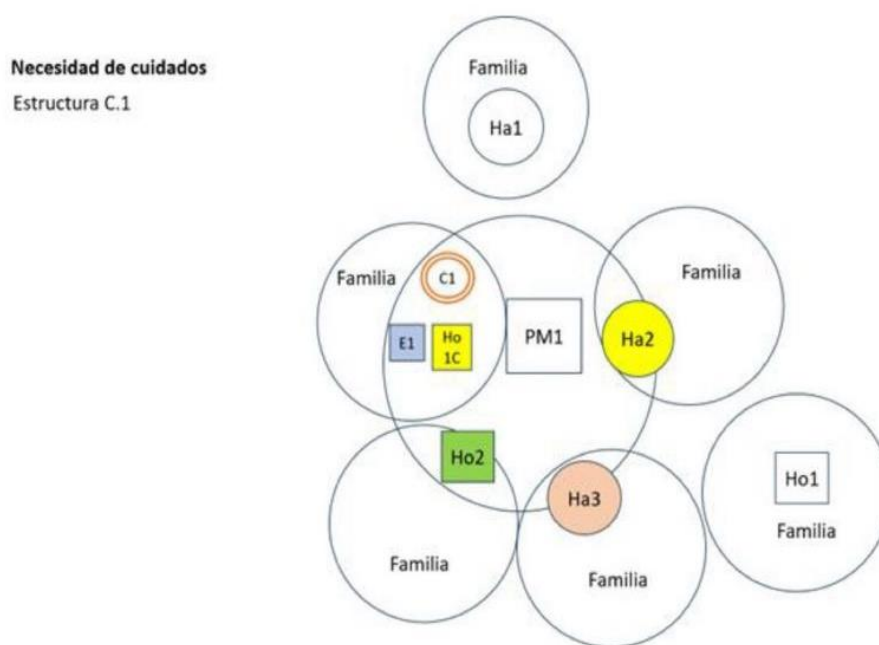


Nota. En esta figura se muestra un ligero acercamiento de los hijos de PM1 al sistema emergente, sin embargo, aún no aportaban de alguna manera.

En la Figura 10 se muestran las modificaciones realizadas en el sistema tanto en la estructura como en el funcionamiento. Esta figura, muestra la manera gradual en la que los elementos se integraron al sistema; Ha2 por su parte, brindó apoyo de manera económica y Ho2 apoyó en el traslado de la casa al hospital (cuando fuera necesario). Sin embargo, el acercamiento que hubo por parte de los elementos estuvo mayormente influenciado por el sentimiento de obligación y compromiso, es decir, la participación de los elementos se dio de acuerdo a las constantes peticiones de apoyo por parte C1.

Figura 10

Autorregulación y retroalimentación en de los sistemas



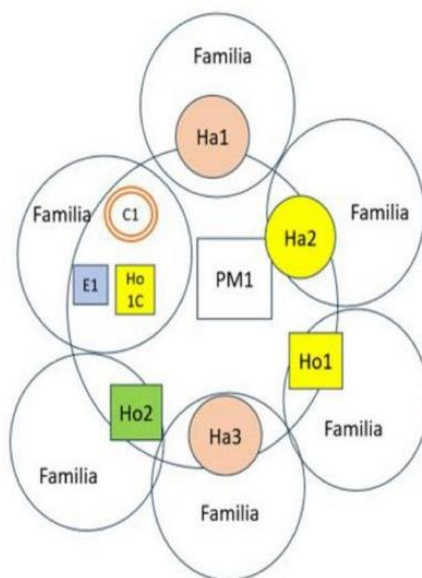
Nota. En esta figura se muestra la participación gradual de los hijos ante la situación de cuidados.

En la Figura 11, se observa la integración de los elementos Ha1 e Ho1. Sin embargo, las tareas que realizaban no eran especializadas o específicas llevadas a cabo de manera regular y homogénea, sino que, surgieron conforme a las posibilidades de cada uno, en donde se muestra que mayormente los apoyos que recibía C1 eran económicos, es decir, los elementos no se involucraron para realizar las tareas que implican los cuidados del padre.

Figura 11

Tareas no diferenciadas de Ha1 e Ho1

Necesidad de cuidados
Estructura C.2



Nota. Integración de Ha1 e Ho1 al sistema de PM1, con tareas no diferenciadas, en este esquema su participación es económica.

Estado actual del sistema

Actualmente, la familia conserva la misma estructura desde hace 5 años aproximadamente, en donde parecería que la estructura es organizada y equilibrada, sin embargo, las funciones no son diferenciadas y esto provoca que la sobrecarga no disminuya

para el cuidador principal. Esto se puede observar en las Figuras 12 y 13, en donde las aportaciones ocurren en función de las posibilidades de los elementos.

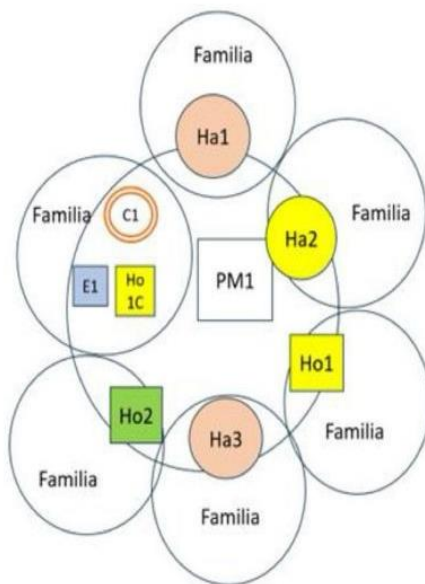
Además, los elementos del sistema familiar consideran que con lo que hacen es suficiente y así evitan confrontaciones entre ellos. Sin embargo, lo interesante de este caso de acuerdo a la perspectiva de la cuidadora es que pareciera que los elementos sólo aportan para no sentir culpa, es decir, no hay un interés afectivo por el otro. Otro de los elementos importantes es el principio de centralización, en el que se piensa que C1 es aquel elemento central en el sistema emergente que se formó derivado de las necesidades de cuidado en el que C1.

Figura 12

Estructura y funcionamiento familiar actual

¿Cómo viven ahora?

Estructura D



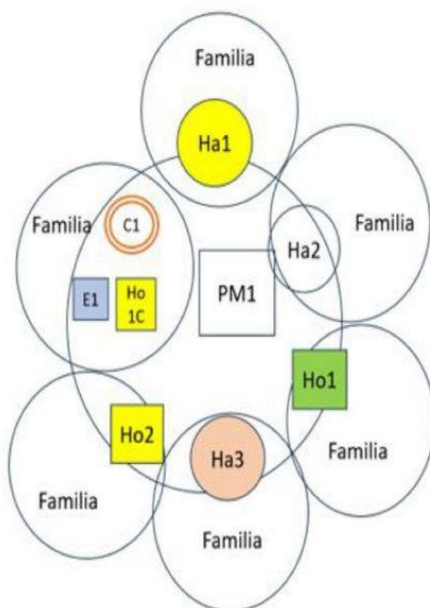
Nota. En esta figura Ha1 e Ha3 aportan con despesa, Ha2, Ho1 e Ho1C aportan de manera económica, Ho2 traslado. C1 y E1 con cuidados generales

Figura 13

Estructura y funcionamiento familiar actual

¿Cómo viven ahora?

Estructura D.1



Nota. En esta figura Ha3 aportan con despensa, Ha2 e Ho1 aportan de manera económica, Ho1 traslado. C1 y E1 con cuidados generales. La estructura en esta figura y en la anterior es la misma, lo diferente es el funcionamiento.

Caso 2

Antecedentes familiares lejanos

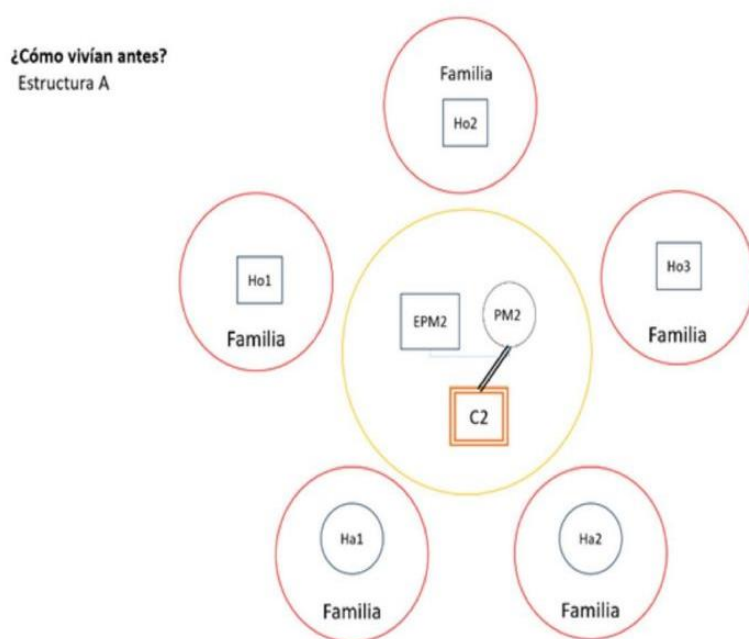
La persona mayor del caso 2, es una mujer de 84 años de edad. Durante su vida activa fue una madre responsable, amorosa, atenta y cálida con sus hijos. Con el apoyo de su esposo les brindaron educación y los criaron con valores. El cuidador entrevistado es un varón de 45 años, quien se muestra agradecido por lo que su madre hizo por su familia.

Sistemas familiares antes de los cuidados

En la Figura 14, se muestra el sistema familiar antes de los cuidados, el cual estaba conformado por la persona mayor (PM2), su esposo (EPM2) y su hijo (C2). La segregación progresiva, en el sistema familiar ocurre cuando los hijos crecen y se vuelven independientes del sistema familiar de origen. Por lo tanto, en este caso el resto de los hijos de la PM2 construyeron sus propios subsistemas, integrados por ellos y sus familias (véase figura 14; círculos rojos). Los vínculos establecidos antes entre las distintas familias eran por relaciones afectivas.

Figura 14

Estructura familiar de PM2 antes de los cuidados



Nota. Esta figura muestra como estaban estructurados los subsistemas antes de los cuidados de la persona mayor.

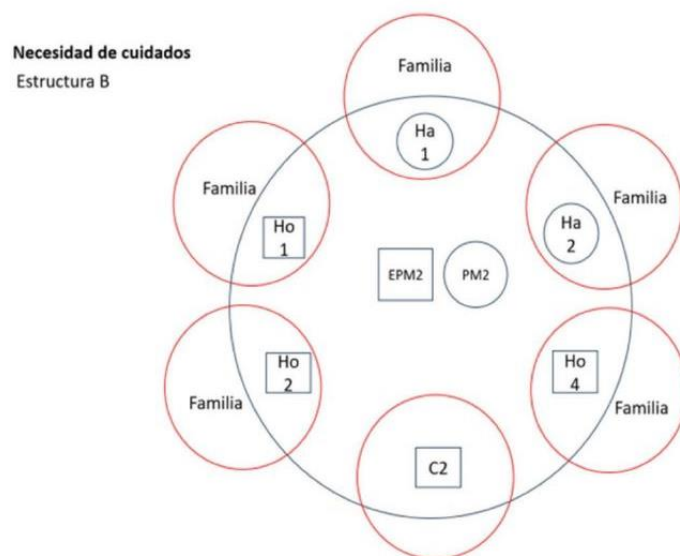
Aparición de necesidades de cuidados

Cuando los integrantes de la familia reciben la información acerca del evento que sufrió la madre, ellos se movilizaron de sus roles cotidianos para hacerle frente al problema. En este caso los factores que influyeron para que se realizará el primer movimiento tiene que ver con el sentimiento de compromiso y agradecimiento hacía la madre. C2 manifiesta que PM2 siempre fue una buena madre, amorosa y responsable con su familia.

La Figura 15 muestra la estructura familiar, la cual se conformó en función de la necesidad de cuidados. En esta estructura, los elementos del sistema llevaron a cabo funciones no diferenciadas, en las que participaron de manera espontánea y variada, debido a las posibilidades de cada uno de los integrantes de la familia. Por lo tanto, lo que decidieron al inicio de los cuidados fue que aportarían de manera que no afectará en sus actividades cotidianas, en el caso de los hombres las tareas que les brindaba el sustento económico y en el caso de las mujeres sus responsabilidades y obligaciones con sus hijos y esposos. Es decir, un factor importante para consolidar esta estructura fue el compromiso, las relaciones cordiales entre los hermanos y el respeto hacia las posibilidades del otro.

Figura 15

Estructura familiar en la aparición de las necesidades de cuidados



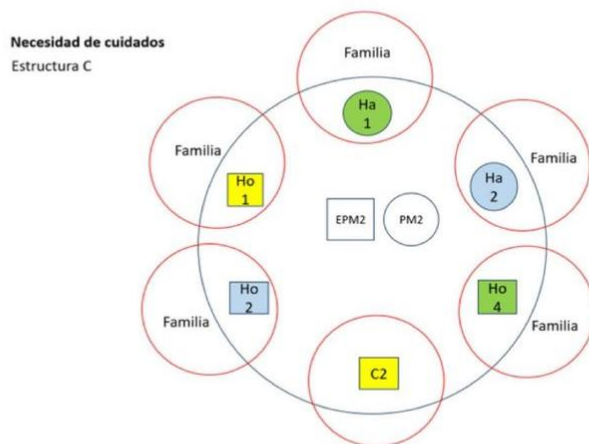
Nota. Los hijos de PM2 fueron informados sobre el cuidado que requerían, los hermanos se reunieron para atender a las necesidades.

La Figura 16 mantiene la misma estructura que la Figura 15, la diferencia entre estas dos se ve marcada en el funcionamiento. Los hermanos aportan conforme a sus posibilidades, indudablemente unos más que otros, pero se conservó el compromiso. Las funciones de cada uno ocurrieron conforme aparecían las necesidades de la PM2, en ocasiones el Ha1 e Ho4 apoyaban con el transporte, Ha2 e Ho2 realizaban tareas conforme al cuidado, Ho1 y C2 aportaban económicamente.

En esta estructura y funcionamiento familiar, aparece la retroalimentación, como un componente central, dado que los miembros de la familia actuaron en función de las necesidades que observaron, por lo tanto, fueron capaces de regular al sistema a través de su participación en el cuidado y esto les permitió seguir funcionando sin necesidad de hacer una diferenciación en las tareas, es decir, los integrantes de la familia eran capaces de autorregularse en la Figura 17. Esto permitió que no se generarán conflictos y reproches entre los miembros, debido a que todos se involucraron y comprometieron.

Figura 16

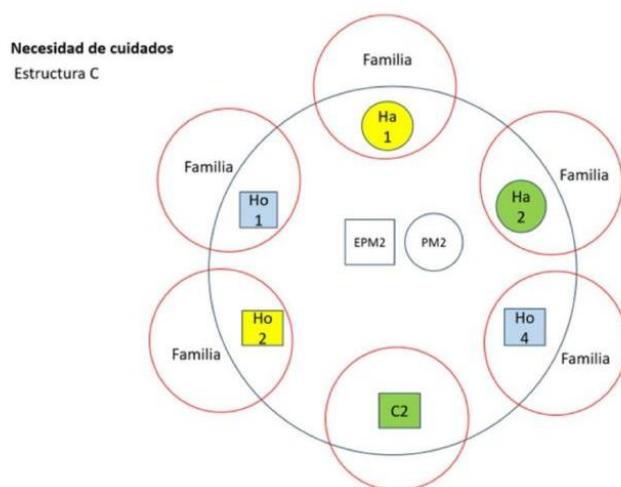
Funcionamiento de la familia cuando apareció la necesidad de cuidado



Nota. Esta figura corresponde al funcionamiento de los elementos al inicio de los cuidados, en los que Ha1 e Ho4 aportaban con traslado, Ho1 y C2 apoyaban de manera económica, e Ho2 e Ha2 brindaban los cuidados generales.

Figura 17

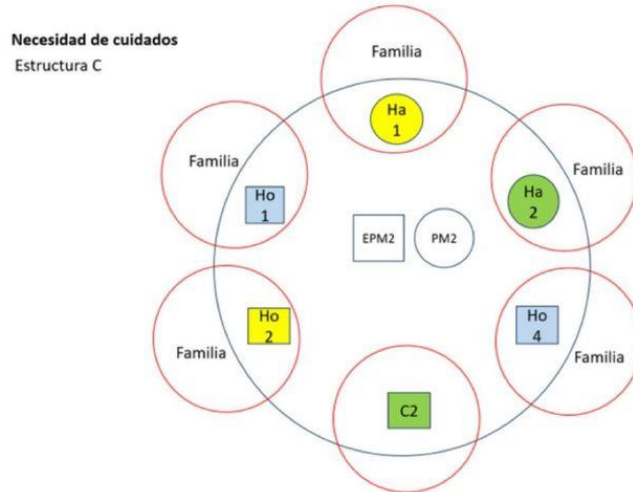
Retroalimentación familiar



Nota. Las funciones en esta estructura son diferentes a las de la Figura 15. Ha2 e C2 aportaban con traslado, Ho2 y Ha1 apoyaban de manera económica, e Ho1 e Ho4 brindaban los cuidados generales

Figura 18

Retroalimentación familiar



Nota. Las funciones en esta estructura son diferentes a las de la Figura 15. Ha2 e C2 aportaban con traslado, Ho2 y Ha1 apoyaban de manera económica, e Ho1 e Ho4 brindaban los cuidados generales.

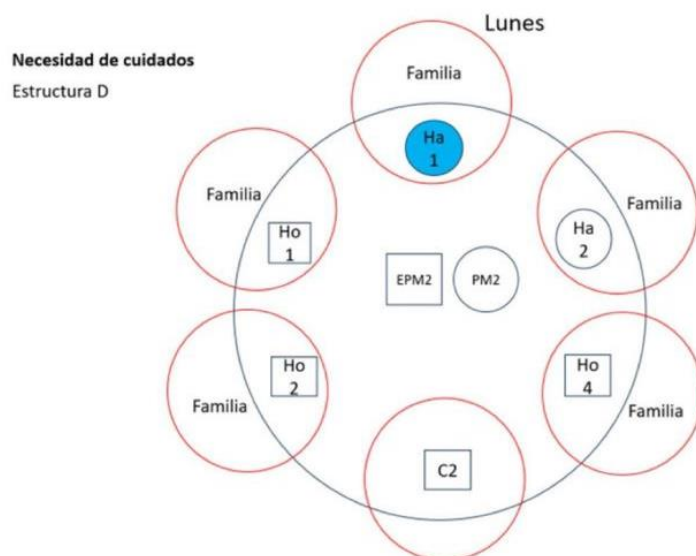
Proceso de reorganización en el sistema y estado actual

Derivado de la gravedad en la que se encontraba la persona mayor en esos momentos, en el que fueron aproximadamente tres meses en los que no estaba muy lúcida y era incapaz de reconocer a sus hijos y a su esposo, presentó lapsus en los que perdía la memoria. Los hijos decidieron establecer un tipo programa que les permitiera llevar a cabo el cuidado de tiempo completo, pero distribuido de manera homogénea y equilibrada entre los integrantes. Los elementos se distribuyeron la responsabilidad de cuidado por días, por lo tanto, el lunes Ha1 se hacía cargo durante todo el día de la PM (véase Figura 19), martes Ha2 (Figura 20), miércoles Ho4 (Figura 21) y así sucesivamente (Figura 22, 23 y 24), es decir, se estableció

el principio de mecanización progresiva. Sin embargo, en este caso, aun cuando alguno de los elementos no pueda llevar a cabo sus actividades algún día, el sistema no dejaría de funcionar, es decir, las partes no perderían su potencial. La estructura D es la que permanece hasta el momento actual.

Figura 19

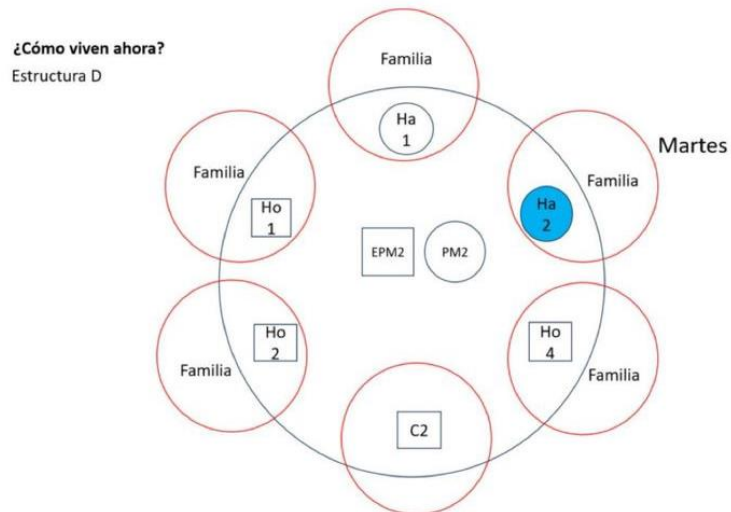
Mecanización progresiva en la familia.



Nota. Esta estructura muestra que el día lunes la Ha1 llevaba a cabo los cuidados generales de la PM2.

Figura 20

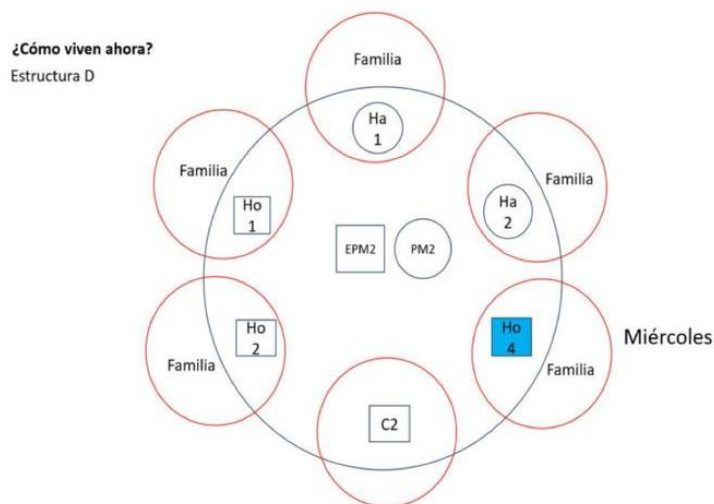
Mecanización progresiva en la familia



Nota. El martes el cuidado fue llevado a cabo por Ha2.

Figura 21

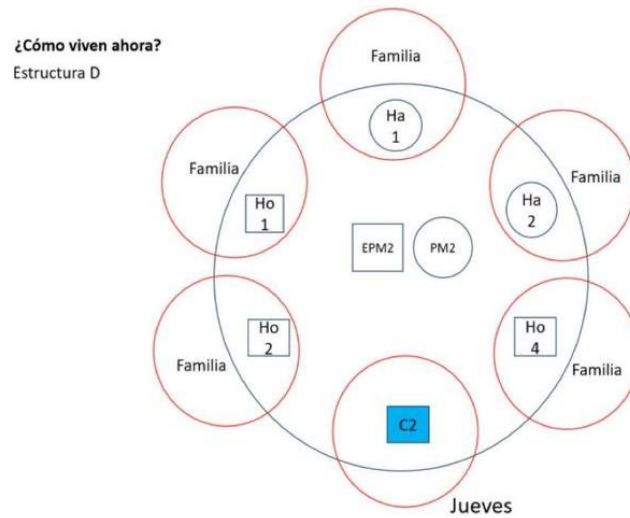
Mecanización progresiva en la familia



Nota. El día miércoles Ho4 se encargaba de los cuidados generales.

Figura 22

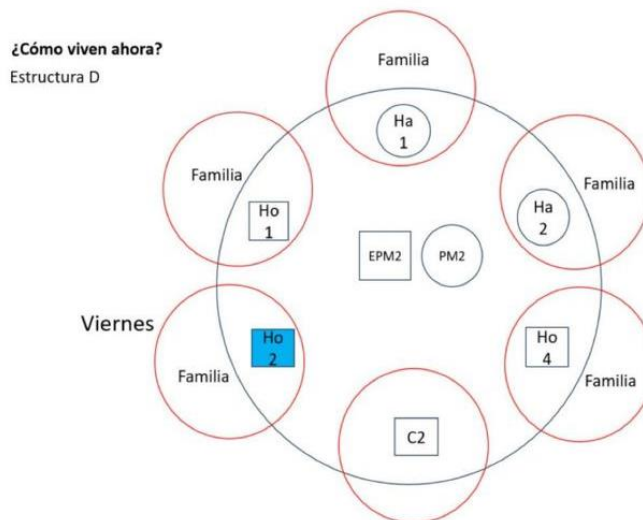
Mecanización progresiva en la familia



Nota. El día jueves C2 se encargaba de los cuidados generales.

Figura 23

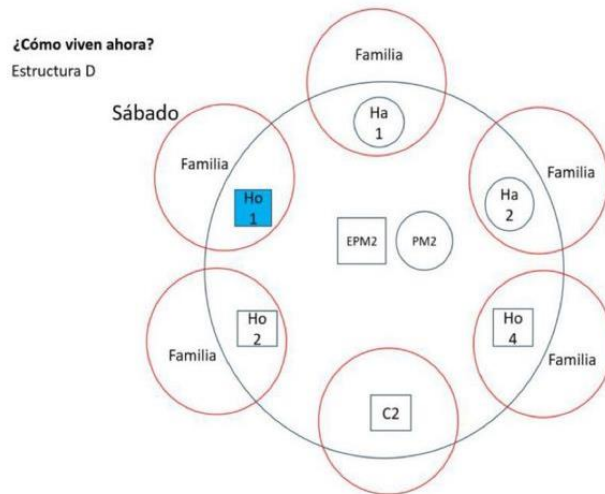
Mecanización progresiva en la familia



Nota. El viernes Ho2 se hacía cargo de los cuidados generales.

Figura 24

Mecanización progresiva en la familia



Nota. El sábado Ho1 se encargaba de los cuidados generales.

Caso 3

Antecedentes familiares lejanos

La persona mayor es una mujer de 100 años de edad. Durante su vida activa trabajaba para poder solventar los gastos del hogar. La cuidadora es una mujer de 63 años, con nivel educativo básico.

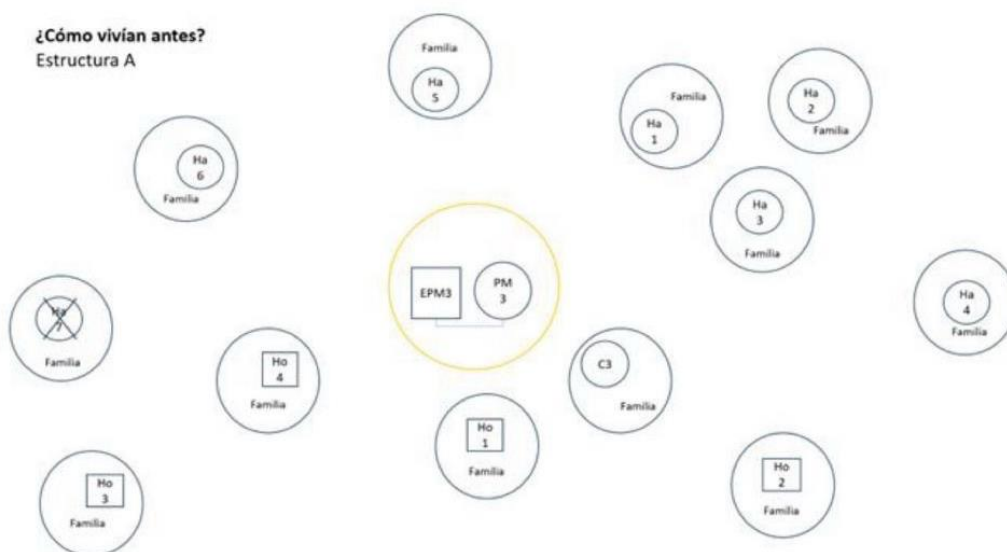
Sistemas familiares antes de los cuidados

El sistema de la PM3 antes de los cuidados, estaba conformado por su esposo (EPM3) y ella, sus hijos habían creado sus propios sistemas (Figura 25). La relación entre la PM3 con Ha5 e Ha6 era distante, mientras que con Ho4 era conflictiva, con Ha1 y C3 mantenía una

relación cercana y, con el resto de los hijos no tenía mucho contacto. En este caso las familias se mantenían unidas por conflictos y problemas entre sus elementos (Figura 26).

Figura 25

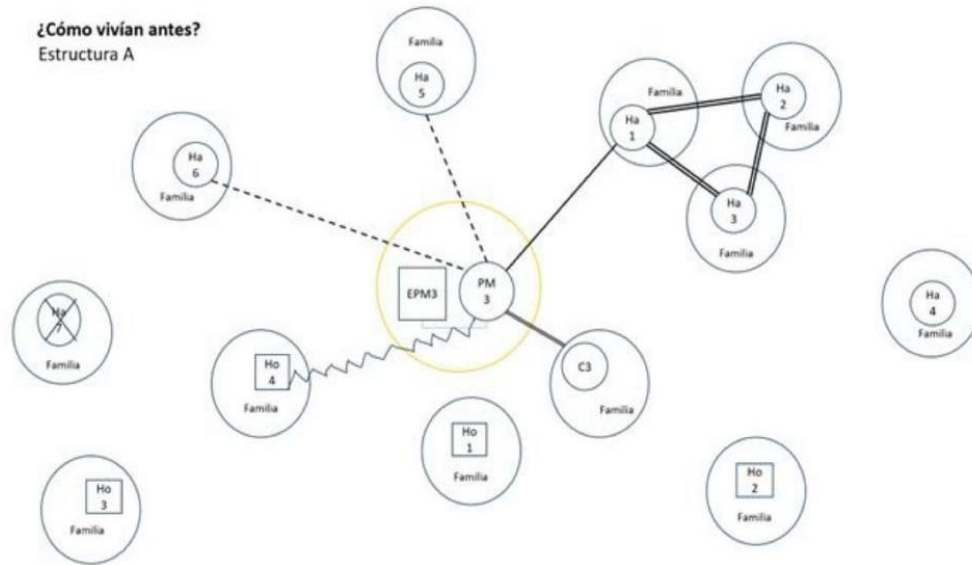
Sistema familiar de PM3 antes de los cuidados



Nota. Esta figura muestra la estructura de los subsistemas segregados antes de los cuidados de la PM3

Figura 26

Relaciones familiares antes de los cuidados



Nota. Esta figura muestra las relaciones entre algunos miembros de las familias.

La información sobre la enfermedad de la persona mayor fue difundida entre los elementos. Lo que llevó a pasar de la estructura A, a la estructura B. Esta se integró en función de las posibilidades de cada uno de los integrantes de la familia, debido a que 3 de las hermanas y todos los hermanos varones vivían cerca de la casa de la madre, las otras 3 más lejos. Las posibilidades de las hermanas que vivían lejos eran limitadas dadas las condiciones económicas que dificultaban visitarla con regularidad. Los hombres, por su parte, realizaban

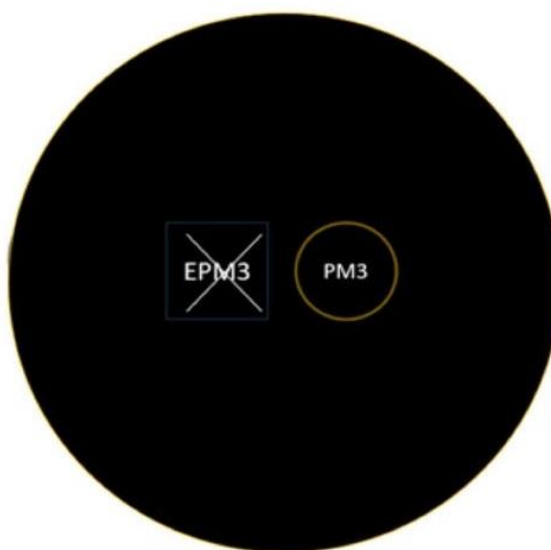
las labores que le brindan el sustento económico a sus familias. Además, tras la muerte del esposo de la persona mayor, desaparece ese subsistema (Figura 27)

Al inicio Ha1 se asume cuidadora de su madre una vez que sale del hospital, Ha1 se la llevó a su casa para brindarle las atenciones necesarias. El apoyo que recibió por parte de 3 hermanas era poco, quienes cuando visitaban a Ha1 y PM3, les llevan despensa, también recibió apoyo económico por parte de Ho1 tal como se muestra en la Figura 28.

Figura 27

Desaparición del sistema de PM3 tras la muerte de su esposo

Necesidad de cuidados
Estructura B

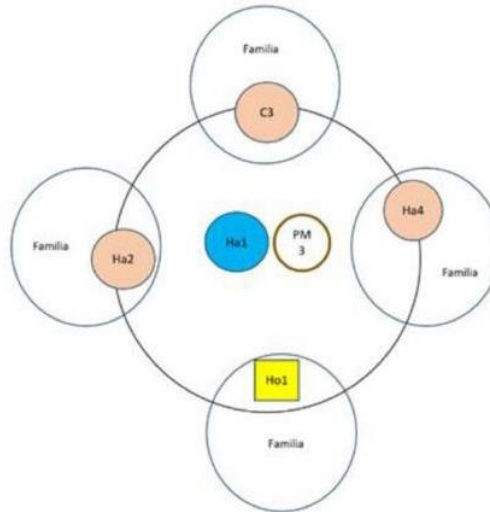


Nota. Este sistema desaparece una vez que muere el esposo de la persona mayor.

Figura 28

Estructura del sistema emergente al inicio de los cuidados

Necesidad de cuidados
Estructura B



Nota. En esta figura se muestra el primer movimiento llevado a cabo por algunos miembros del sistema familiar, en el que Ha1 se asume como cuidadora principal de la PM3.

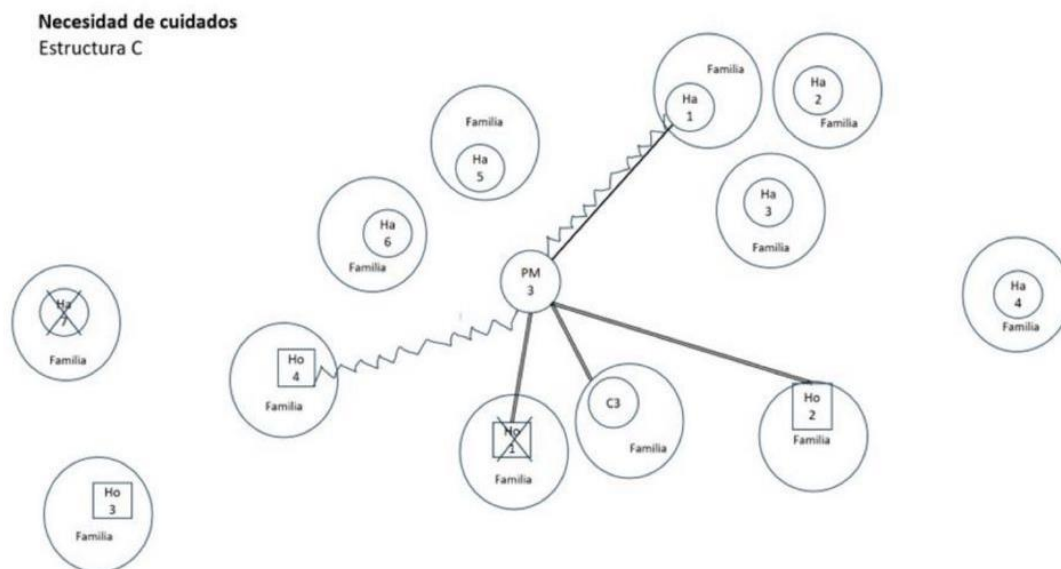
Proceso de reorganización en el sistema

En la Figura 29 se muestra la estructura C que se originó a raíz de que la PM se quejó de recibir malos tratos por parte de Ha1, los elementos entraron en conflicto, sin embargo, no establecieron ningún acuerdo. Por lo tanto, la PM vuelve a su casa y se queda sola durante algunos días. Aunque en esta estructura se puede observar una cercanía mayor entre los

elementos, comparado con antes de los cuidados, siguieron sin mostrar compromiso e interés suficiente.

Figura 29

Desintegración del sistema emergente



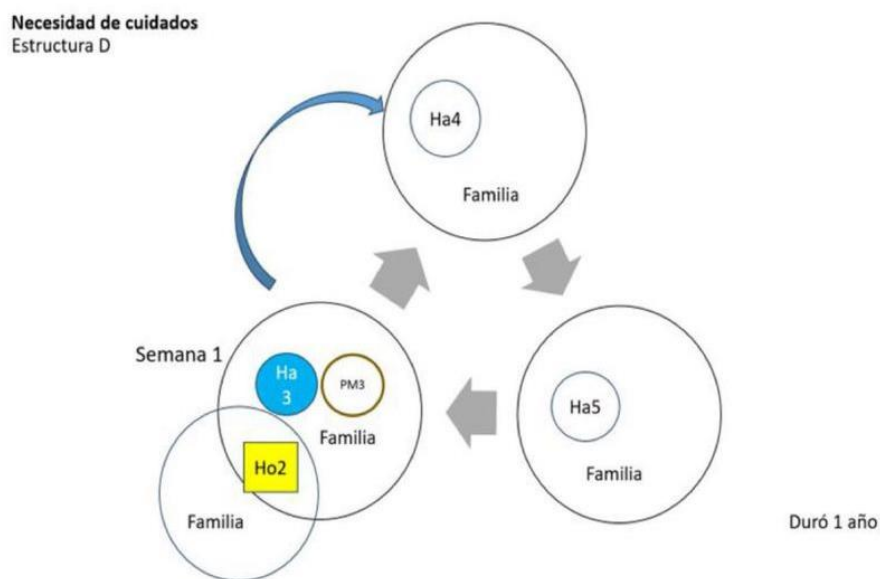
Nota. Esta figura muestra la desintegración del sistema emergente, por lo tanto, la PM3 se vuelve a quedar sola, esto por un lapso de un mes, aproximadamente.

Es hasta que Ha3, Ha4 e Ha5, toman la iniciativa para distribuirse los cuidados entre ellas, si bien, no sé requerían cuidados especializados, era importante que la PM no permaneciera sola. Posteriormente, las hijas de la persona mayor optaron por una distribución de los cuidados una semana cada una. De la Figura 30 a la Figura 32 se explica el proceso de mecanización progresiva que llevó a cabo la familia para distribuir, la primera semana le

correspondía a Ha3, la segunda semana a Ha4, la tercera a Ha5 y así respectivamente. Esta estructura duró aproximadamente un año.

Figura 30

Mecanización progresiva en la familia

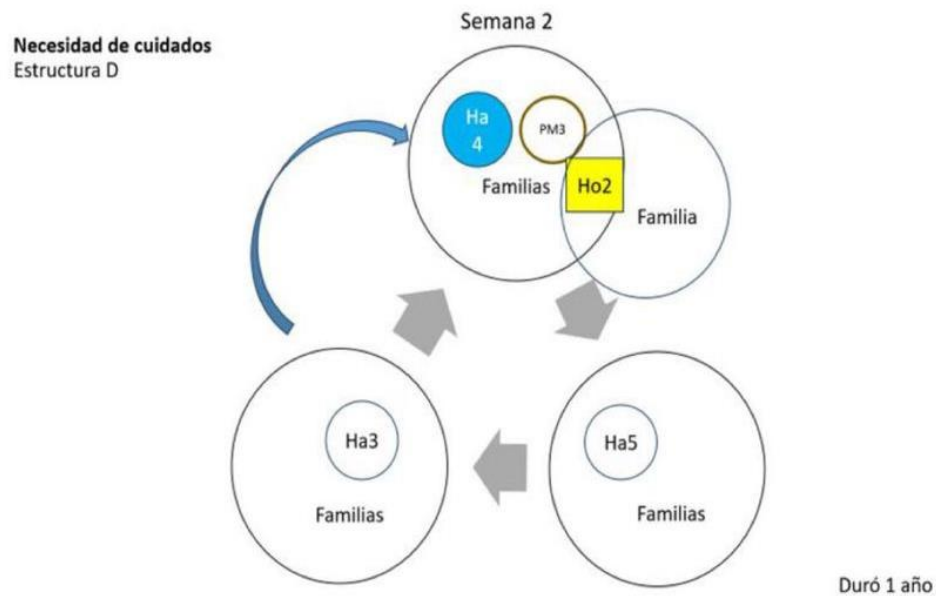


Nota. Los cuidados durante la primera semana se llevaban a cabo por la Ha3 y Ho2 apoyaba de manera económica.

Cuidados durante la primera semana. Ha3= Hija 3, círculo azul= cuidados generales. Ho2= Hijo 2, círculo amarillo= apoyo económico.

Figura 31

Mecanización progresiva en la familia

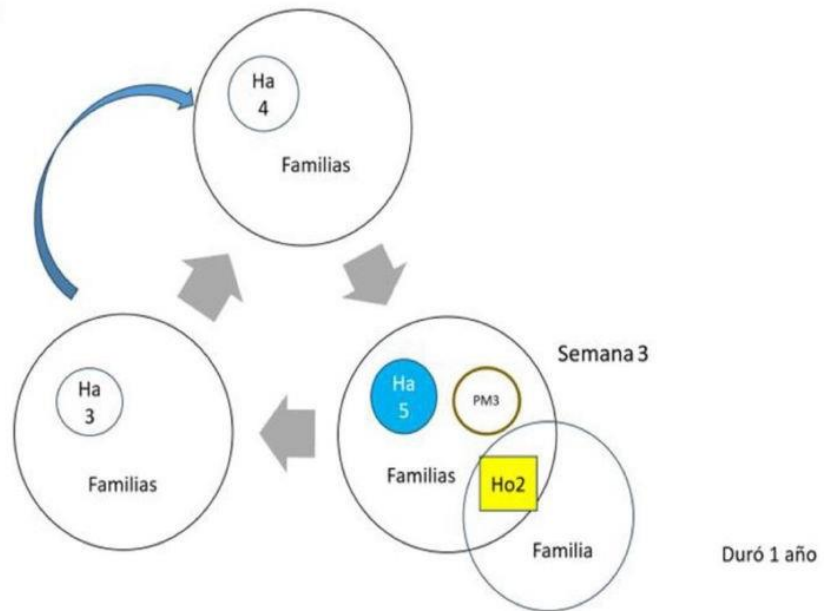


Nota. Los cuidados durante la segunda semana se llevaban a cabo por la Ha4 e Ho2 continuaba apoyando de manera económica. Cuidados durante la segunda semana. Ha4= Hija 4, cuidados generales; Ho2= Hijo 2, apoyo económico.

Figura 32

Mecanización progresiva en la familia

Necesidad de cuidados
Estructura D



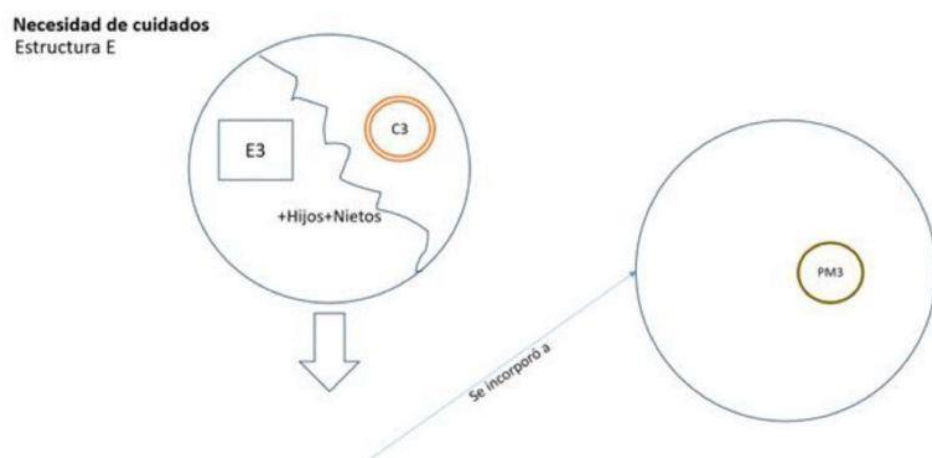
Nota. Los cuidados en la semana 3 eran llevados a cabo por Ha5 y el apoyo económico lo seguía brindando Ho2.

Las razones que llevaron a una nueva reorganización en la estructura D, fueron que la PM se sentía más desorientada al tener que cambiar de casa cada semana, es decir, un factor importante y a diferencia del caso 2, que quien se movía de un subsistema a otro, era la PM y no el cuidador. La estructura E, implicó que C3 dejará su casa en el Estado de México

(Figura 33) para mudarse con la PM (Figura 33, 34 y 35). Los factores que llevaron a C3 a tomar la decisión fue el amor que le tenía a su madre.

Figura 33

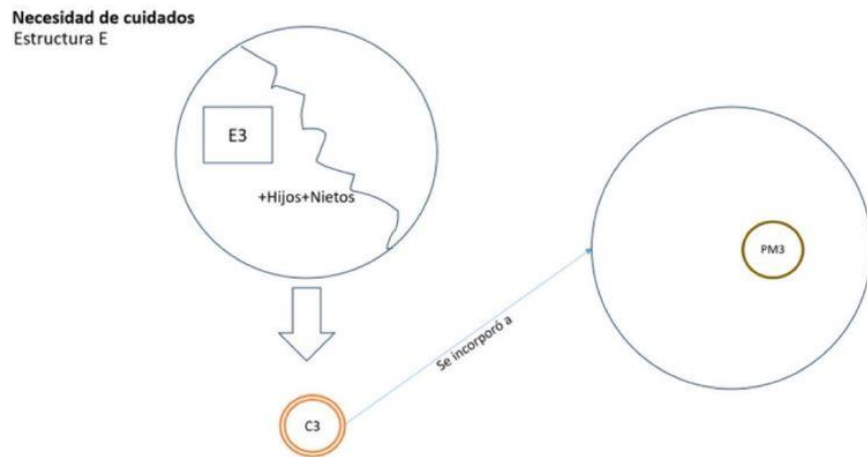
Reorganización familiar del sistema de C3



Nota. Esta figura muestra la separación de C3, de su esposo, hijos y nietos.

Figura 34

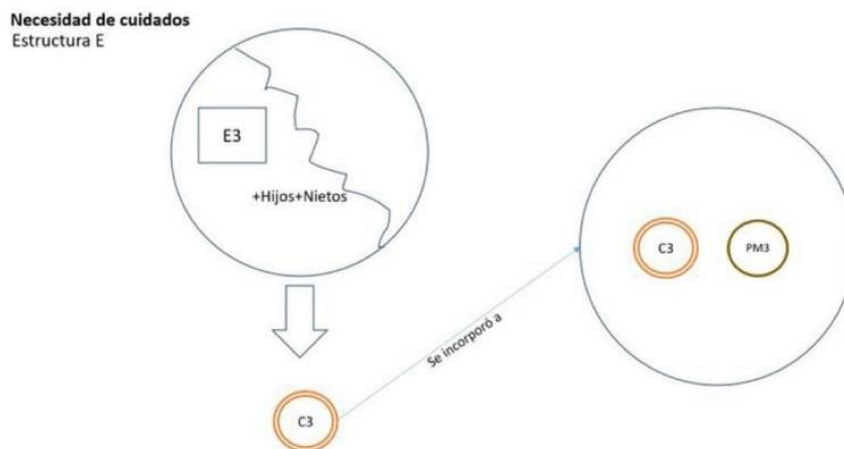
Reorganización familiar del sistema de C3



Nota. C3 sale de su subsistema familiar para entrar al sistema de PM3 y asumir los cuidados que requiere.

Figura 35

Reorganización familiar del sistema de C3



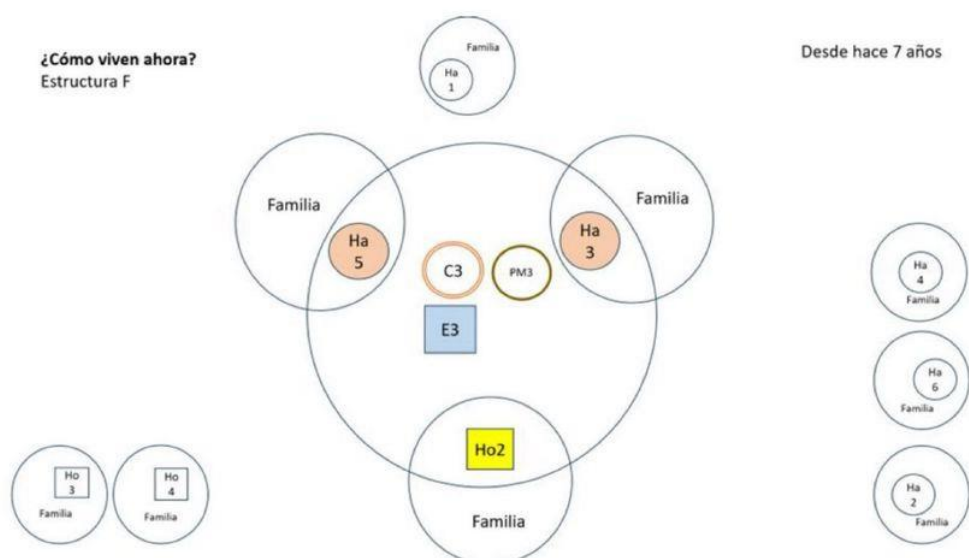
Nota. C3 sale de su sistema familiar para incorporarse al sistema de PM3.

Estado actual del sistema

La figura 36, representa la manera en cómo vive actualmente la familia. Después de que C3 se hace mayormente responsable de los cuidados, recibe el apoyo de Ha5 y Ha3 con despensa y del Ho2 con apoyo económico. Los otros elementos no se involucran, únicamente se encuentran estáticos en sus propios subsistemas. Además, las relaciones entre algunos de los miembros permanecen distantes y conflictivas (Figura 37)

Figura 36

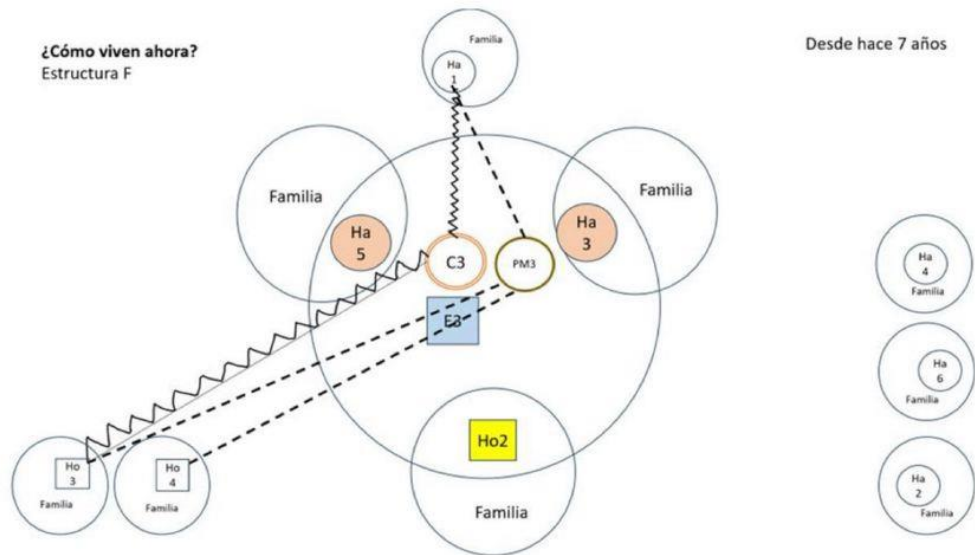
Sistema familiar actual



Nota. Esta figura muestra la estructura familiar y el funcionamiento del sistema familiar emergente.

Figura 37

Sistema familiar actual



Nota. Esta figura muestra las relaciones que existen entre los elementos que conforman el sistema emergente.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo conocer cómo se reorganiza la familia en torno al cuidado de una persona mayor. Las investigaciones previas sobre cuidadores están orientadas a medir variables psicológicas como ansiedad, estrés, depresión y sobrecarga en los cuidadores de diferentes poblaciones (Lemus et al., 2018; López et al., 2009; Dueñas, 2006; Navarro et al., 2019). Asimismo, otras han buscado conocer las experiencias y vivencias desde su rol como cuidadores (Ráudez et al., 2017; Moreno et al., 2018; Balladares et al., 2021; Martínez y Prada, 2018; Calderón et al., 2016; Chávez y Mireles, 2018). Sin embargo, un aspecto que se ha investigado muy poco y resulta importante conocer tal como sugieren Canga et al. (2011), Salamanca et al. (2018), Cohen et al. (2006) Karasik y Conway (1995) es el entorno familiar para explorar el modo en el que ocurren los cambios dentro de los sistemas familiares.

Un punto importante para comenzar esta discusión son los participantes que la conformaron, el estudio estuvo integrado por 2 mujeres de 63 años de edad, cuidadoras de un hombre de 93 y a una mujer de 100 años, respectivamente. El tercer participante fue un hombre de 45 años cuidador de una mujer de 84 años. En los tres casos, los participantes son hijos de las personas mayores. Asimismo, las dos mujeres cuidadoras tienen edades que las convierte en personas mayores, es decir, entre los participantes de esta investigación hubo personas mayores que cuidan de personas mayores. Los resultados de esta investigación coinciden con la idea de Da Silva (2019) en la que menciona que la edad promedio de los cuidadores oscila entre 40 y 69 años. Neal y Hammer (2007) citado en Clancy et al. (2019); Doress (1994) señalan que personas de 30 a 40 años que cuidan a niños pequeños tienen una alta probabilidad de también cuidar de sus padres u otros adultos mayores. Los jóvenes son

una población que en el tema del cuidado no están teniendo tanta participación, son los adultos más grandes quienes han tomado esta responsabilidad. Es importante concientizar a los jóvenes para el cuidado de las personas mayores como una manera de promover no solamente el cuidado de sí mismos, sino del otro.

Además, la literatura existente indica que son las mujeres en las que recae mayormente esta responsabilidad (López, 2016; Ruiz y Moya, 2012; McGoldrick, 2016; Lara et al., 2008; Sánchez, 2019; Horowitz, 1985). Aun cuando la población de la presente investigación no es representativa, en dos de los casos se entrevistó a 2 mujeres cuidadoras, independientemente de que en su sistema familiar también hubiera hombres, las tareas de cuidado son atendidas principalmente por las mujeres y la participación de algunos hombres integrantes de la familia de la persona mayor radica en desempeñar su rol como proveedores. En cambio, el participante varón forma parte de un sistema familiar en la que las funciones y responsabilidades están repartidas equitativamente, es decir, no es el cuidador principal como las participantes mujeres.

Toda persona que asuma el cuidado de otro, necesariamente deja de hacer o renuncia a algo ya sean proyectos personales, actividades recreativas, trabajo, etc., para poder llevar a cabo las tareas relacionadas con los cuidados. Esta investigación permite reconocer que no es solamente una persona la que está implicada en el cuidado, lo que significa que algunos otros integrantes de la familia participan para apoyar en la nueva tarea. Es por ello, que este estudio propuso analizar los casos desde una perspectiva que permitiera conocer el contexto familiar.

Desde el modelo estructural sistémico pensado en el ámbito terapéutico las familias son catalogadas como funcionales o disfuncionales, en la primera son capaces de generar los recursos necesarios para llevar a cabo las tareas que requiere cada etapa del ciclo vital,

mientras que la disfuncionalidad está marcada por la falta de esas habilidades, las cuales se pondrán en manifiesto a través de un síntoma o problemas (Bermúdez y Brik, 2012). Sin embargo, establecer si una familia es funcional o disfuncional, de acuerdo a las pautas organizacionales que establece el modelo sistémico tales como la cohesión, adaptabilidad, límites, etc., (Beavers y Hampson, 1990; Epstein, 1978; Minuchin, 1974; Olson, 1993; Olson, Russel y Sprenkle, 1989 citado en Rolland, 2002), implicaría etiquetar o categorizar a la familia en los niveles de cada uno de estos y dejar de lado los factores encontrados en esta investigación, como lo es la historia familiar, el amor, el sentimiento de obligación, agradecimiento, compromiso, rencor, etc.

Por ello, para este estudio se decidió utilizar la Teoría General de los Sistemas de Bertalanffy (1968), la cual propone abordar cualquier tipo de sistema, ya sea físico, natural o social. La teoría define al sistema como un conjunto de elementos interactuantes e interdependientes (Bertalanffy, 1968).

Los sistemas familiares de los participantes de esta investigación, en el momento en el que surgió la necesidad de cuidar a la persona mayor, habían atravesado por el proceso de segregación progresiva, es decir, los hijos en su mayoría tenían ya una familia propia independiente de su familia de origen. Por ello, la interacción e interdependencia se había debilitado, sin embargo, los sistemas se mantenían unidos ya sea por vínculos afectivos o de conflictos. La interdependencia en el caso de las familias se pierde con la separación de los hijos del sistema de origen, pero se recupera en el decrecimiento de los padres. Esto significa que cuando nace un hijo los padres dependen de que ese hijo esté bien, aunque este no pueda realizar ningún tipo de acción aún. Cuando los hijos crecen la interdependencia lo hará también, porque estos ya pueden aportar algo al sistema. Cuando forman una nueva familia, los vínculos con la familia de origen no se cortan, es decir, estos pueden mantenerse por

relaciones afectivas o conflictivas. Otra de sus funciones también será la de procrear y proteger a la siguiente generación. Sin embargo, ahora que la esperanza de vida ha aumentado tanto, es muy común que los padres, ahora abuelos, siguen vivos y en un estado de dependencia que sólo puede aumentar, nunca disminuir, lo inverso que con los hijos. Los abuelos tienen poco o nada que aportar a los hijos y nietos, que se encuentran integrados cada uno en su propio sistema familiar. Sin embargo, ahora los hijos van a depender de que el adulto mayor se encuentre bien.

Al aparecer las necesidades de cuidados en la persona mayor se forma un sistema emergente integrado por los hijos en función de la historia familiar y las posibilidades de estos, pues tienen obligaciones con sus familias actuales. En los tres casos presentados en este estudio el objetivo central del cuidado y de los cuidadores es darle una vida digna y en las mejores condiciones posibles a la persona mayor, aun cuando hayan tomado maneras y procesos diferentes para hacerlo los sistemas siguen funcionando, a esto es lo que la TGS de Bertalanffy (1968) definiría como equifinalidad. A través de estrategias y dinámicas familiares diferentes crearon un sistema emergente derivado de las necesidades de cuidados. Por ello, cuando la persona mayor muera, muy probablemente el sistema emergente desaparecerá, dado que fue constituido con un propósito en específico el cual era cuidar de la persona mayor, es decir, los hijos de la persona mayor volverán a dedicarse al sistema familiar que ellos formaron.

Los orígenes de los compromisos de lealtad se inician a partir de lo que se le debe a un progenitor, o a una imagen interna de representación paterna (Vargas y Giraldo, 2012). En los casos en donde la persona mayor es mujer, los factores que influyen para llevar a cabo el cuidado son el sentimiento de amor y agradecimiento. Mientras que, en el caso en el que la persona mayor es hombre, aparece más el sentido del deber, el cual proviene de las

creencias sociales y culturales. Y estos factores podrían estar determinados por la historia familiar de cada uno de los sistemas.

Aunque en el caso 1 y 2 en algún momento del cuidado parecen tener estructuras similares, su funcionamiento es diferente y con ello también su historia familiar. En el caso 1, la mujer cuidadora fue elegida por su padre, quien durante la infancia de ella fue un hombre golpeador, ausente y poco afectivo, mientras que en el caso 2 se trata de una persona mayor mujer que fue amorosa y responsable con sus hijos, y su cuidado fue atendido por todos. Asimismo, el caso 2 atravesó durante el cuidado por el proceso de mecanización progresiva, en la que los cuidados y las tareas eran repartidas equitativamente, cuando el sistema familiar del caso 3 lo intentó, únicamente participaban algunos hermanos y a diferencia del caso 2, los cuidados fueron repartidos por semanas y quien se movilizaba era la persona mayor, no el cuidador.

El nivel académico de los cuidadores, aunque no es determinante, permite pensar en la responsabilidad que tuvieron como padres quienes ahora son las personas mayores, quienes le brindaron acceso a la educación a sus hijos. Sin embargo, un factor que se podría atribuir a esta falta de oportunidad es el número de hijos, los casos 1 y 3 comparten un mayor número 9 y 12, respectivamente, y un escaso acceso a la educación. A diferencia del caso 2, los cuales son 6 y la mayoría tienen escolaridad en nivel medio superior o superior. Además, entre mayor es el número de hijos, la organización resulta ser más compleja. El cuidador informal, en algunas situaciones tiene un bajo nivel académico, lo que provoca una actividad profesional precaria, una remuneración insuficiente, y algunas veces se relaciona con el mismo desempleo. Muchas veces los cuidadores tienen que vivir con la pensión de la persona mayor, y hacer que ese dinero sea suficiente para todos los gastos básicos. Cuando los cuidadores tienen una mayor formación académica y como tal mayor recurso económico,

regularmente no abandonan su trabajo y prefieren contratar a alguien que realice el cuidado, mientras ellos ejercen su profesión.

Finalmente, es importante mencionar que las personas mayores a las que cuidan los participantes no tienen una enfermedad diagnosticada, se recomienda para futuras investigaciones indagar sobre sistemas familiares con alguna patología específica en la persona mayor.

CONCLUSIONES

En una sociedad con una mayor población de adultos mayores es importante tener en cuenta las necesidades que van a surgir a partir de la situación. Los resultados de esta investigación pueden brindar bases para diseñar estrategias de apoyo a las familias que se harán cargo de un adulto mayor. Asimismo, este trabajo puede dar pauta para fomentar una cultura de la familia en la que se anticipe lo que va a pasar con las personas que aún son jóvenes, con la finalidad de que cuando estos sean adultos mayores, en su familia haya menos resentimientos, creencias respecto a los roles de género, problemas en la comunicación, etc., y se construya un ambiente en el que predomine el amor, el respeto, la gratitud, valores, empatía, etc. O bien, que las personas ahora jóvenes puedan generar estrategias económicas, sociales o culturales para enfrentar la etapa de la vejez con una mejor calidad de vida.

El cuidado es una tarea que tienen mayormente arraigada las mujeres dados sus roles en la sociedad y en la familia. Asimismo, es una tarea que debería ser compartida de manera homogénea y equilibrada entre todos los miembros de la familia. La reorganización de la familia en torno al cuidado de una persona mayor requiere una planificación cuidadosa, comunicación abierta y colaboración entre los miembros de la familia para garantizar que la

persona mayor reciba la atención necesaria y que el cuidado sea sostenible a largo plazo. En esta investigación se pudo observar que posiblemente un modelo “ideal” de reorganización en la familia cuando una persona mayor requiere cuidados es como el proceso que llevó a cabo la familia del caso 2, sin embargo, es importante tener en cuenta los distintos factores que influyen en el proceso, tales como la historia familiar, posibilidades, motivaciones, estructura, funcionamiento, la colaboración familiar, recursos disponibles, la salud y necesidades del adulto mayor.

Las familias mexicanas cuando aparecen necesidades de cuidados se ven en la obligación de reorganizarse y arreglarse como sus posibilidades se los permitan, ya que no hay una institución que respalde el cuidado de estas personas mayores. A partir de estos resultados, se propone elaborar talleres o estrategias que permitan mejorar la reorganización de la familia al asumir el papel de cuidadores de una persona mayor.

1. Talleres de comunicación efectiva: Ayudar a los miembros de la familia a mejorar sus habilidades de comunicación para expresar sus necesidades, preocupaciones y expectativas de manera clara y respetuosa.

2. Talleres de manejo del estrés: Brindar herramientas y técnicas para lidiar con el estrés y la ansiedad que puede surgir al cuidar de una persona mayor, promoviendo el autocuidado y la resiliencia.

3. Talleres de cuidados básicos: Capacitar a los familiares en aspectos básicos de cuidado, como higiene personal, movilización segura y administración de medicamentos, para garantizar una atención adecuada.

4. Estrategias de organización familiar: Enseñar métodos para organizar tareas y responsabilidades de manera efectiva, estableciendo horarios y roles claros para cada miembro de la familia.

5. Talleres de autocuidado: Promover la importancia del autocuidado entre los cuidadores familiares, fomentando la atención de su propia salud física y emocional.

6. Talleres de apoyo emocional: Proporcionar espacios seguros para que los cuidadores familiares compartan sus emociones, inquietudes y experiencias, brindando apoyo mutuo y solidaridad.

Estas propuestas pueden ayudar a fortalecer la unidad familiar, mejorar la calidad de vida de la persona mayor y facilitar la reorganización de la familia en su rol de cuidadores.

BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo, M. E. (2005). Descripción de la dinámica interna de las familias Monoparentales, simultáneas, extendidas y compuestas del municipio de Medellín, vinculadas al proyecto de prevención temprana de la agresión. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(1), 1-19.
- Andolfi, M. (1991). *Terapia familiar: un enfoque interaccional*. Paidós.
- Balladares, J., Carvacho, R., Basualto, P., Coli, J., Molina, M., Catalán, L., Gray, N., & Aracena, M. (2021). Cuidar a los que cuidan: Experiencias de cuidadores informales de personas mayores dependientes en contexto COVID-19. *Psicoperspectivas*, 20(3), 1-12. <https://www.scielo.cl/pdf/psicop/v20n3/0718-6924-psicop-20-03-55.pdf>
- Bermúdez, C., & Brik, E. (2010). *Terapia familiar sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica*. Editorial Síntesis.
- Bertalanffy, L. (1968). *Teoría general de los sistemas fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. Fondo de cultura económica.
- Bonadeo, M. (2017). *Mirar la familia: manual práctico de acompañamiento familiar*. Editorial de la Universidad Católica Argentina.
- Calderón, S., Cardona, J., Echenique, D., & Fonseca, A. (2016). *Percepción de los cuidadores informales, frente a la experiencia de cuidado de una persona adulta, en cuidado paliativo con patología oncológica, asistentes al Centro Javeriano de Oncología (CJO), durante el periodo de junio y julio del año 2016* [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Javeriana]. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/21096>

- Canga, A., Vivar, C., & Naval, C. (2011). Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. *An. Sist. Sanit. Navar*, 34(3), 463-469.
<https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n3/revision3.pdf>
- Chávez, M., & Mireles, A. (2018). Demencia: Experiencia en cuidadores primarios de adultos mayores. *Revista Psicología UNEMI*, 2(3), 43-52.
<https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/faso-unemi/article/view/832/681>
- Chinchilla, R. (2015). Trabajo con una familia, un aporte desde la orientación familiar. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 15(1), 1-27.
<https://www.redalyc.org/pdf/447/44733027039.pdf>
- Clancy, R., Fisher, G., Daigle, K., Henle, C., McCarthy, J., & Fruhauf, C. (2019). Eldercare and Work Among Informal Caregivers: A Multidisciplinary Review and Recommendations for Future Research. *Journal of Business and Psychology*, 35, 9–27. <https://doi.org/10.1007/s10869-018-9612-3>
- Cohen, J., Parpura, A., & Golander, H. (2006). Salience of self-identity roles in persons with dementia: Differences in perceptions among elderly persons, family members and caregivers. *Social Science & Medicine*, 62(3), 745-757.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.06.031>
- Consejo Nacional de la Población. (2021). 11 de julio Día Mundial de la Población.
<https://acortar.link/X7Kp9g>
- Consejo Nacional de Población. (2013). Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050.
http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Cuadernillos/33_Republica_Mexicana/33_RMEX.pdf

- Da Silva, C. (2019). *Ser cuidador: estrategias para el cuidado del adulto mayor*. Manual Moderno.
- Delgado, E., Suarez, Ó., De Dios, R., Valdespino, I., Sousa, Y., & Braña, F. (2014). Características y factores relacionados con sobrecarga en una muestra de cuidadores principales de pacientes ancianos con demencia. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 40(2), 57-64. 10.1016/j.semerg.2013.04.006
- Doress, P. (1994). Adding Elder Care to Women's Multiple Roles: A Critical Review of the Caregiver Stress and Multiple Roles Literatures. *Sex roles*, 31(9,10), 597- 615. Boston College.
- Dueñas, E., Martínez, M., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara, A., & Herrera, J. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica*, 37(2), 31-38.
<https://www.redalyc.org/pdf/283/28337906.pdf>
- Flórez, I., Montalvo, A., Herrera, A., & Romero, E. (2010). Afectación de los bienestar en cuidadores de niños y adultos con enfermedad crónica. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 754-764.
https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v12n5/v12n5a06.pdf
- Gallego, A. (2011). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 35, 326-345.
<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>
- García, R. (2019). Cuba: envejecimiento, dinámica familiar y cuidados. *Novedades en población*, 29, 129-140. <http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v15n29/1817-4078-rnp-15-29-129.pdf>

- Hernández, R. & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación (6ta ed.)*. McGraw-Hill.
- Horowitz, A. (1985). Sons and daughters as caregivers to older parents: Differences in role performance and consequences. *The Gerontologist*, 25, 612–617.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Mujeres y hombres en México 2020. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/mujeresyhombresenmexico2020_101353.pdf
- Karasik, R., & Conway, K. (1995). Role of Siblings in Adult Daughters' Anticipation of Caregiving. *Journal of Adult Development*, 2(4), 257-263.
- Lara, G., González, A., & Blanco, L. (2008). Perfil del cuidador: Sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(4), 159-166. <https://www.redalyc.org/pdf/473/47326420003.pdf>
- Lemus, N. M., Linares, L. B., & Linares, L. P. (2018). Nivel de sobrecarga de cuidadores de adultos mayores frágiles. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 22(5), 894-905. <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v22n5/rpr08518.pdf>
- López, E. (2016). Puesta al día: Cuidador informal. *Revista Enfermería CyL*, 8(1), 71-77. <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/164/144>
- López, M., Orueta, R., Gómez, S., Sánchez, A., Carmona, J., & Alonso, F. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 232. 239. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v2n7/original3.pdf>

- López, W. (2013). El estudio de casos: una vertiente para la investigación educativa. *Educere*, 17(56), 139-144. <https://www.redalyc.org/pdf/356/35630150004.pdf>
- Lorenzon, E. (2020). *Sistemas y organizaciones*. Editorial de la Universidad Nacional de la Plata.
- Martínez, M., & Prada, T. (2018). *Experiencia de rol en cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental por diagnóstico de trastorno neurocognitivo* [Tesis de Licenciatura, Universidad Pontificia Bolivariana]. https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/5552/digital_37262.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- McGoldrick, M., García, N., & Carter, B. (2016). *The Expanding Family Life Cycle: Individual, Family, and Social Perspectives* [La expansión ciclo de vida familiar: individual, familiar, y perspectivas sociales]. Pearson.
- Minuchin, S. (2004). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
- Montes de Oca, V., & Hebrero, M. (2008). Dinámica familiar, envejecimiento y deterioro funcional en México. *Revista Kairós*, 11(1), 143-166. <https://acortar.link/T79iBW>
- Moreno, M., Galarza, D., & Tejada, L. (2018). Experiencias del cuidado familiar durante el cáncer de mama: la perspectiva de los cuidadores. *Rev Esc Enferm USP*, 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018012203466>
- Navarro, C., Uriostegui, L., Delgado, E., & Sahagún, M. (2017). Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 17, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 25-39. <https://www.redalyc.org/journal/4577/457749297013/457749297013.pdf>
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Herder.

- Placeres, J., & De León, L. (2011). La familia y el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica*, 33(4), 472-483. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010
- Ráudez, L., Rizo, L., & Solís, F. (2017). Experiencia vivida en madres/padres cuidadores de niños/niñas con Trastorno del Espectro Autista. *Revista Científica de FAREM-Estelí. Medio ambiente, tecnología y desarrollo humano*, 21, 40-49. <https://www.camjol.info/index.php/FAREM/article/view/3484/3237>
- Reusche, R. (2011). Dinámica psicológica de la familia. *Temát. Psicol*, 7(1), 7-16. https://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/revista_tematica_psicologia_2011/reusche_lari.pdf
- Rivas, J., & Ostigüín, R. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNPM*, 8(1), 50-53. <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n1/v8n1a7.pdf>
- Roca, M., Úbeda, I., Fuentelsaz, C., López, R., Pont, A., García, L., & Pedreny, R. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención primaria*, 26(4), 217-223. <https://acortar.link/KYR1YD>
- Rolland, J. (2002). *Familias, enfermedad y discapacidad*. Gedisa.
- Ruiz, N., & Moya, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, 22-30. http://reme.uji.es/reme/3-albiol_pp_22-30.pdf
- Salamanca, E., Velasco, Z. & Díaz, C. (2019). Entorno familiar del adulto mayor de los centros vida de la ciudad de Villavicencio, Colombia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 21(1), 1-20. <https://doi.org/0.11144/Javeriana.ie21-1.efam>
- Sánchez, A. (2019). Ansiedad y autoeficacia en cuidadores de pacientes con Alzheimer. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. *International*

- Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 259-262.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349860126025>
- Suárez, M. (2006). El médico familiar y la atención a la familia. *Revista Papeña de Medicina Familiar*, 3(4), 95-100.
https://issuu.com/coordtic/docs/el_medico_familiar_y_la_atencion_a_la_familia
- Toledo, M. (2014). Apoyo sociofamiliar y capacidad funcional de los adultos mayores adscritos a la umf 66. *Instituto Mexicano del Seguro Social*.
<https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Protocolo-Maricela.pdf>
- Toribio, M., Medrano, V., Moltó, J., & Beltrán, I. (2013). Red de cuidadores informales de los pacientes con demencia en la provincia de Alicante, descripción de sus características. *Neurología*, 28(2), 95-102. <https://acortar.link/XmIw19>
- Toro, S. (2007). Perfil del cuidador principal del enfermo en situación terminal y análisis del riesgo de desarrollar duelo patológico. *Medicina Paliativa*, 14(3), 1-2.
<https://acortar.link/Pe9Z0a>
- Torres, L., Reyes, G., Ortega, P., & Garrido, A. (2015). Dinámica familiar: formación de identidad e integración sociocultural. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20(1), 48-55.
<https://www.iztacala.unam.mx/giah/pdfs/linea2/Dinamic%20familiar%20formacion.pdf>
- Vargas, C., & Giraldo, M. (2012). *Constelaciones familiares: fundamentos de Bert Hellinger*. Abako Editorial Ltda.
- Villarreal, D., & Paz, A. (2015). Terapia familiar sistémica: una aproximación a la teoría y la práctica clínica. *Interacciones. Revista de Avances en Psicología*, 1(1), 45-55.
<https://www.redalyc.org/pdf/5605/560558782003.pdf>

- Villarreal, D., & Paz, A. (2017). Family Cohesion, Adaptability and Composition in Adolescents from Callao, Peru. *Propósitos y Representaciones*, 5(2), 21-64.
<http://dx.doi.org/10.20511/pyr2017.v5n2.158>
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana: Interacciones, patologías y paradojas*. Herder
- Walti, C. (2015). *¡Qué familia! La familia en México en el siglo XXI. Encuesta Nacional de Familia*. Universidad Nacional Autónoma de México.
[http://www.librosoa.unam.mx/bitstream/handle/123456789/451/Coleccion Mexicanos_familia.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://www.librosoa.unam.mx/bitstream/handle/123456789/451/Coleccion_Mexicanos_familia.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Zúñiga, G., & Quito, A. (2018). *Dinámica familiar en el adulto mayor con enfermedades crónicas* [Tesis de Licenciatura, Facultad de Ciencias Sociales].
<https://acortar.link/7oIJce>

ANEXOS

Anexo 1: Carta de consentimiento informado

Consentimiento informado para la participación en el estudio “reorganización de la familia en torno al cuidado de un adulto mayor)

En la Licenciatura en Psicología de la Escuela Superior Atotonilco de Tula (ESAT) de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), la alumna María Guadalupe García Chávez con número de cuenta 420747, como parte de su formación profesional, lleva a cabo una investigación asesorada por el Dr. Jesús Cisneros Herrera, Profesor Investigador de Tiempo Completo (correo electrónico: jesus_cisneros@uaeh.edu.mx; tel: 771 717 2000 ext. 5868). La investigación es acerca de la manera en que las familias se organizan cuando una persona mayor requiere cuidados. Para ello, se solicita su participación, que consiste en responder una entrevista con preguntas sobre la vida familiar antes y después de que la persona mayor requiere cuidados. A continuación, se explican las condiciones de su participación.

- I. Su participación es por completo voluntaria.
- II. Usted puede cancelar su participación en cualquier momento de la entrevista.
- III. Se grabará en audio la entrevista para poder analizarla posteriormente. Nadie más que el equipo de investigación tendrá acceso a la grabación.
- IV. Los resultados del análisis de la información se reportarán en trabajos científicos (como tesis, artículos de revistas científicas o congresos científicos), pero en ningún momento aparecerán los nombres de usted ni de sus familiares, ni cualquier otro dato que permita identificarlos (como lugar de residencia o de trabajo).

- V. Después de la revisión de la entrevista, es posible que se le solicite una segunda entrevista para obtener información complementaria en el lugar y el momento que usted tenga disponible en el caso de que acepte una segunda entrevista.

En _____, a _____ de _____ de 2023, yo, _____
_____ declaro que he leído este documento y que he aclarado
con el entrevistador mis dudas con respecto a mi participación en la investigación arriba
descrita. También declaro que acepto participar en dicha investigación.

Firma del participante

M. Guadalupe García C.

VoBo Dr. Jesús Cisneros H.

Anexo 2: Entrevista a profundidad utilizada en la investigación.

Temas de la entrevista	Preguntas
Datos de la persona entrevistada	Nombre Edad Ocupación Grado máximo de estudios Estado civil
Datos de la persona mayor	Nombre Edad Ocupación (en su vida laboral activa) Grado máximo de estudios Estado civil Parentesco con la persona entrevistada

Estructura familiar de una persona mayor	Hermanos (nombre, edad, ocupación, escolaridad) Hijos (nombre, edad, ocupación, escolaridad) Nietos (nombre, edad, ocupación, escolaridad) Otros familiares con los que tenga una relación cercana (primos, sobrinos, sobrinos nietos) (nombre, edad, ocupación, escolaridad) ¿Quiénes viven con la persona mayor?
Estructura familiar del entrevistado (en caso de que viva en una casa distinta a la de una persona mayor)	Integrantes de la familia nuclear de la persona entrevistada (nombre, edad, ocupación, escolaridad)
Necesidades de cuidados de la persona mayor	¿Qué cuidados requiere la persona mayor [Usar los nombres durante la entrevista introducidos por “don”, “doña”, “el señor”, “la señora”, según lo juzgues más conveniente en la entrevista y te sientas cómoda tú también] ¿Desde hace cuánto tiempo la persona mayor requiere cuidados?

	¿A qué se debió que requiriera cuidados? (enfermedad, accidente, edad) En caso de que se deba a enfermedad, ¿cuáles, la diagnosticó un médico? Si fue accidente, ¿cómo ocurrió?
Vida cotidiana antes de los cuidados	¿Cómo era la vida cotidiana de una persona mayor antes de requerir cuidados? ¿Cómo era la vida cotidiana del cuidador y de la familia antes de que la persona mayor requiriera cuidados?
Relaciones familiares antes de los cuidados	¿Cómo describiría las relaciones afectivas de la persona mayor con sus familiares directos antes de requerir cuidados (hermanos, hijos)? ¿Recibía algún tipo de ayuda (económica, funciones) por parte de sus familiares? ¿Él daba algún tipo de ayuda a sus familiares? ¿La familia solía reunirse para convivir con regularidad? ¿Había algún tipo de conflicto entre el adulto y sus familiares o entre ellos? De acuerdo con la historia familiar, ¿qué motivos podrían tener los familiares para sentir resentimiento, gratitud, amor,

	miedo hacia la persona mayor? ¿Cómo describiría las relaciones de una persona mayor con la familia cuando era joven?
Aparición de la necesidad de cuidados	¿Cómo se enteraron los integrantes de la familia acerca de las necesidades de cuidado de la persona mayor? ¿Cómo reaccionaron los integrantes de la familia ante la nueva situación? ¿Quiénes y en qué momentos hablaron de la necesidad de cuidados de la persona mayor?
Reorganización familiar	¿Cómo se decidió qué cambios haría la familia para poder brindar cuidados a la persona mayor? ¿O cómo se ha hecho si con el paso del tiempo fueron necesarios nuevos cuidados que al principio no lo fueron? ¿Qué responsabilidades asumieron los distintos integrantes de la familia a partir de los cuidados de una persona mayor?

Dinámica familiar	¿Alguno o algunos integrantes de la familia ejercen presión sobre otros en relación con el cuidado de una persona mayor? ¿Los integrantes de la familia están conformes con la manera en que se reparten las responsabilidades en relación con el cuidado de una persona mayor? ¿Se aceptan sugerencias de los demás miembros de la familia? ¿Qué ha pasado cuando alguien más intenta opinar?
Vida cotidiana a partir de los cuidados	¿Cómo ha sido la vida cotidiana de la persona mayor desde que requiere cuidados? ¿Cómo ha sido la vida cotidiana del cuidador o cuidadores y de la familia desde que cuida a la persona mayor?
Relaciones familiares a partir de los cuidados	¿Cómo describiría las relaciones afectivas de la persona mayor con sus familiares directos desde que requirió cuidados hasta la actualidad (hermanos, hijos)? ¿Recibe algún tipo de ayuda (económica, funciones) por parte de sus familiares? ¿Él da algún tipo de ayuda a sus familiares? ¿La familia suele reunirse para convivir con regularidad?

	¿Hay algún tipo de conflicto entre el adulto y sus familiares o entre ellos?
Perspectiva del cuidador	¿Considera que la manera en que se organizó la familia es equitativa? ¿Considera que la responsabilidad que asumió y asume cada uno de los integrantes de la familia en relación con los cuidados de la persona mayor es la adecuada? Si de usted dependiera, ¿qué cambios haría en la organización de la familia para cuidar a una persona mayor, de manera que sea más equitativa con todos los integrantes de la familia? ¿Tomando en cuenta los cuidados que brinda la persona mayor, cuáles son las necesidades de usted (de descanso, de diversión, económicas, de apoyo, emocionales, afectivas, de salud)? ¿Se satisfacen estas necesidades? ¿Qué ha significado para usted cuidar a una persona mayor? ¿Qué lo impulsa a cuidar a la persona mayor?

Anexo 3: Transcripción del caso 1

La cuidadora no. 1 (en adelante C1) es una mujer de 63 años de edad que se hace cargo de su padre, una persona mayor (en adelante PM1) de 93 años. C1 cuenta con educación básica y se dedica a la venta de productos por catálogo desde hace 25 años. Se casó cuando tenía 15 años con E1, él trabajó como chofer de camiones hasta que perdió la vista a consecuencia de la diabetes. La pareja tiene cuatro hijos, 3 mujeres Ha1, Ha2, Ha3 y un varón, Ho1, y también 12 nietos. C1 tiene 7 hermanos, 5 mujeres y 2 hombres; tuvo 2 hermanas más que ya fallecieron. Actualmente, la C1 vive con E1, Ho1, su nuera y 4 nietos, mientras que el PM1 vive solo.

La madre de C1 murió cuando ella tenía aproximadamente 3 años de edad, por lo tanto, la PM1 volvió a casarse. Sin embargo, quienes se hacían cargo de los cuidados de los hermanos menores eran los hermanos mayores: *él nos dejaba solos*. A los 15 años C1 contrajo matrimonio con E1. Una vez casada, empezó a hacerse cargo de alimentar a sus 2 hermanos más pequeños, pues era la única mujer; las demás se habían ido a la Ciudad de México “*cuando me casé mis hermanitos iban a la casa para que les diera de comer*”. Tiempo después C1 tuvo a su primera hija (Ha1). Luego nacieron Ho1, Ha2 e Ha3, respectivamente.

Asimismo, C1 indicó que durante su infancia PM1 fue muy duro con ella y sus hermanos, pocas veces les demostraba atención y afecto, hubo distintos momentos en donde fueron violentados física y verbalmente por él: *mi papá también tenía su genio. De hecho, a veces me regañaba... bueno, ahorita no me golpeaba, pero hubo momentos en que, sí me golpeó, mi papá no fue así, cariñoso; no, siempre fue así su modo muy seco*. Durante su vida laboral activa, PM1 trabajó muchos años en una fábrica de cal, por lo que prácticamente sólo

llegaba a casa a dormir, no pasaba tiempo con su familia, la mayor parte de su vida la dedicó a trabajar.

C1 comenzó a cuidar de la PM1 desde hace 28 años. Cuando él enviudó por segunda vez. Esta atención surgió a partir de la solicitud que le hizo PM1 a C1, para que se hiciera cargo de las principales actividades dentro del hogar: *él me buscó porque mis hermanos no, él fue quien me buscó*. Es decir, PM1 aún podía valerse por sí mismo, sin embargo, quería que C1 preparara comida y lavara la ropa “...*me dijo que estaba buscando a alguien para que le hiciera de comer y le lavará su ropa, y ya luego me dijo que si yo no quería ayudarlo*”. En ese momento PM1 había enviudado por segunda vez, y al parecer consideraba necesario que una mujer se encargara de esas labores, aun cuando los hijos varones vivían más cerca, PM1 decidió recurrir a su única hija mujer que vivía cerca para que desempeñará dichas tareas (C1). Durante este periodo de tiempo la familia no realizó ninguna reunión específica, ni tampoco hubo participación de los hermanos.

Cuando PM1 requirió cuidados más específicos derivado de su avanzada edad, no se realizó ninguna modificación para que otro u otros miembros de la familia se hicieran responsables de las nuevas demandas: *pues ellos nada más dicen: tú cuídalo, tú puedes y nosotros no podemos, velo tú....* Es importante mencionar que tampoco hubo un intento por alguno o algunos de los miembros de la familia para llevar a cabo las actividades necesarias. Los cuidados realizados por la participante consisten principalmente en proporcionar alimento, suministrar medicamentos cuando se enferma; ya que no tiene enfermedades crónicas, y realizar las actividades de higiene: *yo le llevo de desayunar y comer... Y lo voy a ver, y cuando, pues está mal, pues darle su medicina o le pido de favor a mi hermano que lo lleve al doctor*.

Las atenciones brindadas por C1 comenzaron a partir de una solicitud por parte de PM1. C1 en un inicio se encontraba dudosa en su decisión: *a la vez no quería porque yo recuerdo cómo me pegaba y todo, pero al ver que no tenía a nadie, le dije que sí*. Las creencias y los roles de género introyectados por C1, y compartidos en su familia, dictan que a la mujer corresponde la obligación de atender y servir a los hombres, en este caso se trata del padre: *es mi papá ¿no?, yo digo... es mi obligación, cuando él necesitó esa ayuda, nada más de mujeres estaba yo*.

Asimismo, los hermanos no intervinieron en la decisión que tomó la PM1: *nada más dicen: tú cuidalo, tú puedes y nosotros no podemos, velo tú, ellos siempre me decían “pues tú”, ellos fueron como que mi obligación era mía*. Además, PM1 también manifestó cierta resistencia a que alguien más asumiera el cuidado, mostrando molestia cuando alguien más le llevaba de comer o si tan solo C1 llegaba tarde o no se presentaba un día: *a mí me corría, porque pues mi papá está conmigo siempre para todo, lo que quiere pues todo conmigo, una pastilla que algo yo... todo yo. Pues mi papá a veces también no le gusta, pues no le gusta que ellos les den de comer, porque pues, la otra vez se enfermó a mi esposo y le daba una de mis sobrinas y no... no le gustaba*.

C1 manifiesta que en una ocasión E1 se enfermó, por lo tanto, lo llevó al médico y una de sus sobrinas se ofreció para atender las necesidades de PM1 durante ese día. Sin embargo, PM1 no comió lo que le llevaron y mostró una actitud grosera hacia la sobrina: *no quiso comer, que hasta que llegará yo. Y nadamas se asomaba a cada rato en la puerta a ver si no me veía*. Esta podría ser también una de las razones por las que los familiares no se involucran tanto en el cuidado de PM1. Es decir, la resistencia de la PM1 impide que los elementos puedan involucrarse en las actividades

En el tiempo actual, C1 manifiesta que en ocasiones recibe apoyo por parte de una de sus hermanas, una sobrina y a veces sus hijas: *pero algunas veces... porque como obligación no, nada más yo*. Cuando se trata algún tema de salud de la persona mayor, los hermanos varones opinan respecto a esto, ya que la mayoría de las veces son quienes brindan el apoyo económico y la ayuda para transportarlo al médico en caso de que se requiera. A pesar del apoyo que C1 recibe de manera ocasional, no tiene tiempo para la convivencia con personas externas al sistema familiar: *yo no salgo a algún lado por él, porque no puedo irme*. Es decir, no dedica tiempo a actividades de ocio, recreativas, interpersonales, etc.

Asimismo, tuvo que adaptar los horarios que dedicaba para realizar la venta de sus productos por catálogo y para llevar a cabo sus actividades como cuidadora de PM1. Las convivencias familiares se hacían con menor frecuencia, actualmente los hermanos se reúnen junto con toda su familia en la casa de PM1: *yo les digo a mis hermanos que vengan a verlo, antes de que otra cosa pase. Antes nos juntábamos menos*. Pero C1 no se reúne con sus hijos y nietos de manera independiente, es decir, fuera de estas reuniones familiares, no convive con sus hijos y nietos.

C1 indica que las veces en que todos los hermanos están presentes, intenta hablar acerca de lo que le demanda el hacerse mayormente responsable del cuidado de PM1, sin embargo, ellos no muestran disposición para participar más en los cuidados. Únicamente responden que no pueden: *yo si les digo cada que vienen, pero ellas dicen que están lejos y que yo que estoy cerca lo cuide y lo vea*.

En cuanto a la comunicación entre C1 y PM1, se notó que hay pocos intercambios verbales y así ha sido en su relación desde que ella era niña: *mi papá siempre fue de esos así o sea mi papá no fue cariñoso, siempre fue así su modo muy seco a lo mejor por las cuestiones de la edad, pero mi papá no fue afectivo*. Y actualmente las conversaciones que mantienen

están enfocadas a lo que fue su vida antes y las historias son repetidas de manera constante como si fuera la primera vez que las cuenta.

Anexo 4: Transcripción del caso 2

El cuidador no.2 (en adelante C2) es un hombre soltero de 45 años de edad. Tiene una licenciatura y actualmente se dedica a la docencia por asignatura. Asimismo, C2 se hace cargo de su madre (en adelante PM2) de 84 años de edad, en conjunto con sus 6 hermanos, 4 hombres, Ho1, Ho2, Ho3, Ho4 y 2 mujeres, Ha1, Ha2; desde hace un año aproximadamente. PM2 está casada con EPM2 de 81 años quien en su vida laboral activa fue obrero, el matrimonio tiene 14 nietos. PM2 tiene 6 hermanos, 1 hombre y 5 mujeres; tuvo 2 hermanos y 1 hermana más que ya fallecieron. C2 vive actualmente en el mismo hogar con PM2 y EPM2.

Durante su vida laboral activa PM2 fue enfermera a partir de los 14 a los 25 años. Luego, contrajo matrimonio con E2, convirtiéndose en ama de casa por completo. Cuando podía valerse por sí misma, realizaba los quehaceres propios del hogar como lo era limpiar la casa, cocinar, atender y cuidar a los hijos, y al esposo, brindó amor y apoyo a sus hijos, estaba pendiente de todas las situaciones que conllevan en el hogar: *el amor que ella dio en el tiempo en que nos apoyó desde niños pues es parte de lo que hace una madre*. C2 manifestó que la relación que tiene con PM2, no ha cambiado, sigue siendo la misma, llena de amor y apoyo: *fue hermoso, la relación no ha cambiado es exactamente la misma*. PM2 antes de requerir cuidados era una mujer que se preocupaba por sus hijos, por esposo, cocinaba, realizaba los quehaceres del hogar. Estaba pendiente de las situaciones que conllevan ser ama de casa.

C2 considera que particularmente su vida después del cuidado sigue siendo exactamente la misma: *se requiere de mayor tiempo para los cuidados, sin embargo, llega un tiempo en donde por la edad, por la enfermedad, se deben hacer excepciones para apoyar a nuestros padres*. Asimismo, manifiesta que, aunque su vida de él y de sus hermanos, deben realizar algunas excepciones para poder apoyar a sus padres. Tienen una vida normal, sin embargo, el día que les toca llevar a cabo el cuidado a PM2 es el día que se dedica completamente a ella.

Las relaciones afectivas establecidas entre el PM2 y sus familiares directos (hermanos, hijos, nietos) antes de requerir los cuidados era muy humana y cálida, es decir, en general una muy buena relación: *siempre ha sido todo con calidez, con amor...* Dada la buena relación que ha existido desde siempre C2 manifiesta que dentro de su relación familiar no han existido conflictos: *desde que tengo uso de razón nunca ha habido ningún conflicto*. PM2 no recibe apoyo de ningún otro familiar o por parte del gobierno. Únicamente de los hijos y el esposo. Sin embargo, ella durante su vida activa brindaba apoyo económico a sus padres.

Los cuidados de PM2 surgen a partir de un posible evento vascular cerebral que presentó hace aproximadamente un año, lo cual provocó que ella tuviera una descompensación, convirtiéndose en una situación crítica durante dos o tres meses aproximadamente, en la cual mentalmente no reconocía: *no reconocía a sus hijos, no reconocía a su esposo*. Después PM2 se recuperó un 95%, sin embargo, el 5 % restante necesitó de más atención puesto que en ocasiones se llegó a tambalear y tendía a caer. Sin embargo, desde su punto de vista fue una situación complicada para su madre por el hecho de que de un momento para otro alguien más tenga que apoyar para realizar ciertas actividades que antes se podían hacer de manera independiente.

Cuando C2 y sus hermanos se dieron cuenta de las necesidades de cuidado, comenzaron a apoyar en sus tiempos libres, sin embargo, se dieron cuenta que el cuidado que se requería demandaba tiempo completo. Por lo tanto, se reunieron todos los hermanos y generaron un programa en donde se trató de no interrumpir con las actividades que les daban el sustento económico a cada uno de ellos, es decir, que no interfiriera con sus horarios laborales. De tal manera que no se viera afectada su situación personal y se organizaron para no impactar en las actividades que normalmente cada uno de ellos realizan.

Los cuidados consisten en atender a los servicios de salud, como visitas al doctor, análisis; proporcionarle alimento, apoyar para ir al baño, proporcionar medicamentos, pasar tiempo con ella y de las cuestiones de higiene las atienden generalmente las hermanas. Actualmente, la distribución de los cuidados está repartida en un día de la semana por cada uno de los hijos. Cada uno de ellos realiza las mismas actividades de cuidado, a excepción de las cuestiones de higiene, ya que esas son llevadas a cabo únicamente por Ha1 y Ha2. Asimismo, C2 considera que la manera en la que se distribuyó el cuidado ha sido la adecuada y no cambiaría nada: *cada uno de nosotros somos conscientes de la situación, todos apoyamos a la par... es la manera más correcta de atender la situación.*

C2 manifiesta que la manera en la que la persona fue educada tiene mucho que ver con el cuidado que se le proporcione después a la persona mayor: gratitud, valores, humanidad. Por lo tanto, sus motivos para cuidar de su madre parten del seno familiar, pues fue como sus padres les educaron. La familia no suele reunirse con regularidad, a diferencia de antes. Esto debido a que se requiere de mucha higiene para PM2, por lo tanto, toda la familia no suele reunirse. Sin embargo, esporádicamente PM2 llega a tener convivencia con sus hijos y nietos.

Anexo 5: Transcripción de caso 3

El cuidador no.3 (en adelante C3) es una mujer de 63 años, quien es ama de casa y cuidadora de la persona mayor (PM3) de 100 años. C3 está casada con E3 de 63 años desde hace 45 años. El último trabajo de E3 fue en un restaurante en el área de almacén, actualmente, es jubilado y se dedica a reparar cosas en su hogar. La pareja tiene dos hijas Ha1, Ha2 y un hijo hombre Ho1 fallecido hace 6 años, la familia vivía en Nicolás Romero en el Estado de México. C3 tiene 10 hermanos vivos, 6 mujeres Ha1, Ha2, Ha3, Ha4, Ha5, Ha6 y 4 hombres Hoo1, Hoo2, Hoo3, Hoo4; y 2 fallecidos un hombre Hoo5 y una mujer Ha7.

La relación de C3 con PM3 siempre ha sido buena. Cuando PM3 era joven se dedicó a realizar actividades que conlleva el ser ama de casa, sin embargo, tuvo muchos hijos razón por la cual se dedicó a hacer el aseo en casas ajenas o realizar algunas otras actividades que pudiera darle sustento económico para ella y para su familia: ella decía que era para sacarnos adelante porque éramos muchos, ella lavaba ropa en casas ajenas, hacía tortillas o molía mole para las fiestas.

C3 considera que durante su infancia el PM3 no fue una mala madre, ni mucho menos una mujer agresiva. Por el contrario, fue una mujer que cuidaba de sus hijos y su esposo, realizaba las actividades que el rol de madre le demandaban: cuando llegábamos de la escuela todos nos sentábamos en la mesita a comer, ella no era irresponsable. Sin embargo, C3 indica que actualmente Ha1 y Ha2, tienen una opinión diferente: ellas han dicho eso, qué porque la van a cuidar ellas, si ella no nos cuidó.

El padre de C3 murió cuando ella tenía 45 años. Después de ese acontecimiento ella y sus hermanos comenzaron a acercarse más con PM3, puesto que se había quedado sola en

su casa. Las necesidades de cuidado del PM3 surgen a partir de un evento en el que PM3 se desvaneció un día afuera de su casa. Una sobrina de C3 se percató que PM3 se iba a caer, se acercó para apoyarla, enseguida se puso en contacto con los hijos de PM3 para contarles lo sucedido. Luego, la llevaron al hospital: *el doctor dijo que era del cerebro o parálisis cerebral, algo así... no recuerdo bien. Pero qué bueno que la llevaron porque le mandaron medicamentos, y también nos dijo que desde ese día ella ya no iba a estar bien porque se le murieron muchas neuronas.* A partir de ese momento, Ha1 se encargó de sus cuidados, por lo tanto, se la llevó a vivir a su casa, esta estructura permaneció durante aproximadamente 2 años.

C3 visitaba a PM3 ocasionalmente cada 8 o 15 días: como tuviera tiempo y dinerito para los pasajes. Una ocasión en que C3 la visitó le dijo que ya no quería estar con Ha1 argumentando: *es que ella (Ha1) me dijo que agradezca que me da de comer.* Este hecho provocó que C3 se molestará mucho, y enfrentó a Ha1, a lo que ella respondió: *sí, yo así le dije... y tu quién eres para venir a reclamar, si tu nadamas vienes cuando quieres, pues como tú no la cuidas, ya a mí ya me la dejaron mucho tiempo.*

Posterior al enfrentamiento entre C3 y Ha1, se reunieron todos los hermanos para llegar a un acuerdo, sin embargo, no lo consiguieron. El reunirse para volver a restablecer el cuidado hacia PM3 trajo consigo más discusiones entre los hermanos. C3 manifiesta que Ha1 comenzó a gritar y reprochar sobre el tiempo que ella ya dedicó a su cuidado: *cómo tú no la cuidas a mí ya me la dejaron todo el tiempo, ya estoy harta, ya no la quiero cuidar, ya cuídenla ustedes o páguenme.*

Por lo tanto, Ha1 se siguió quedando durante otros 2 años a cargo del PM3. Tiempo después, Ha3, Ha4 y Ha5 optaron por cuidarla una semana cada quien y esto se mantuvo funcionando durante aproximadamente año y medio. Cuando C3 no podía por lo lejos que

vivía le pagaba \$300 a Ha1 para que la cuidará. Otra de las hermanas (Ha3) en ese momento se había quedado viuda y se dedicaba a la venta de joyería y zapatos. Por lo tanto, cuando le tocaba a ella hacerse cargo de su madre, había ocasiones en las que ella tenía que salir para hacer sus encargos de su emprendimiento y PM3 se quedaba sola. Cuando Ha3 llegaba a su casa, había cosas tiradas por todas partes: *yo decía que pobrecita de mi mamá, ella se sentía perdida porque en una casa, luego en otra... además ya andaba mal de su cabecita, ya no era la misma*. Como siguiente alternativa C3 y Ho1 consideraron contratar a alguien para que se hiciera cargo de los cuidados, pero, PM3 era una mujer con creencias muy marcadas: *ella siempre decía, yo quiero estar en mi casa, en donde me dejó tu papá*. Por lo tanto, permaneció en su casa algún tiempo después de haber vivido con Ha1.

En una ocasión que C3 visitó a PM3, ella le pidió que se fuera a vivir con ella. C3 respondió: es que no es fácil, yo ya tengo a mi familia. Con un tono emocional, C3 narra que cuando ya se iba PM3 la alcanzó llorando para pedirle que se quedará con ella. C3 no pudo contenerse y rompió en llanto: *me partió el corazón en la manera que me lo dijo*. Al llegar al Estado de México, le contó a E3 lo sucedido: *es que mi mamá me pidió que me fuera con ella, y no sé qué hacer, quiero estar aquí y quiero estar allá, pero no se puede*. E3 le motivó a que se fuera con PM3: *pues vete, vete unos 2 meses y yo te voy a ver allá*. Así fue como desde el año 2016 se mudó del Estado de México para cuidar de PM3. Un par de meses después, E3 pudo arreglar el trámite de su pensión y se mudó con C3. Con el tiempo fueron reconstruyendo la casa de PM3, ya que anteriormente solo estaba constituida de dos habitaciones: *nosotros ahorita arreglamos esto con lo que le dieron a mi esposo de su afore... arreglamos mi cocinita e hicimos este cuartito más grande*.

C3 considera que fue un cambio muy difícil, dado que en ese periodo Ho1 quien padecía epilepsia sufrió un golpe en la cabeza, lo cual le provocó un infarto en el miocardio,

lo cual lo llevó a la muerte. Dicho esto, cuando ella se enteró del suceso se encontraba en la casa de PM3: *si yo hubiera estado en ese momento, tal vez a mi hijo no le hubiera pasado eso, yo quería hacerme en cachos, irme para allá, pero estar también acá, pero pues no se podía.*

Desde hace 4 años aproximadamente PM3 usa pañal, ya no camina por sí misma, a menos que entre dos personas la apoyen, ya no escucha ni ve bien. E3 es quien mayormente le ayuda con los cuidados principalmente cuando deben levantarla para darle de comer y volver a recostarla: *a mí me da miedo que se vaya a caer y a esta edad sus huesos son muy frágiles.*

Las relaciones entre los hermanos de C3 eran mayormente conflictivas. La ayuda que recibía constaba principalmente en despensa Ha2, Ha3 y Ha4, apoyo económico por parte de Ho1. Cuando él muere, Ho2 comienza a hacerse cargo de esas funciones.