

Escuelas para cuidadores

Contribución de las universidades
para el bienestar de las personas
mayores y cuidadores



Dr. Tirso Duran Badillo
Dra. Juana María Ruiz Cerino



LA BIBLIOTECA

**Escuelas para cuidadores:
Contribución de las universidades
para el bienestar de las personas
mayores y cuidadores**

**Escuelas para cuidadores:
Contribución de las universidades
para el bienestar de las personas
mayores y cuidadores**

Dr. Tirso Duran Badillo

Dra. Juana María Ruiz Cerino



LA BIBLIOTECA

Escuelas para cuidadores: Contribución de las universidades para el bienestar de las personas mayores y cuidadores

Dr. Tirso Duran Badillo

Dra. Juana María Ruiz Cerino

Primera edición: diciembre, 2025

D.R. © Grupo Editorial Biblioteca, S.A. de C.V.

Manantiales 29, Colonia Chapultepec

C.P. 62450, Cuernavaca, Morelos.

Tel. 55-6235-0157 y 55-3233-6910

Email: contacto@labiblioteca.com.mx

ISBN: 978-607-5927-81-7

Diseño: Fernando Bouzas Suárez

Queda prohibida la reproducción parcial o total, directa o indirecta, del contenido de la presente obra, sin contar previamente con la autorización expresa y por escrito de los editores, en términos de lo así previsto por la Ley Federal de Derechos de Autor y, en su caso, por los tratados internacionales aplicables.

Impreso y encuadernado en México

Printed and bound in México

Índice

Introducción	7
Descripción del problema	9
Justificación	11
Objetivos	13
Conceptualización	15
Acercamiento Teórico	25
Propuesta de terapéutica de enfermería de las escuelas para cuidadores.	57
Consideraciones finales.	81
Referencias	83

Introducción

La humanidad durante su historia ha experimentado grandes cambios, explorado y descubierto importantes estrategias para incrementar su esperanza de vida, que en conjunto con otros factores han ocasionado un incremento en la población adulta mayor. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) estima que a nivel mundial para el 2030 una de cada seis personas tendrá 60 años o más y en México este grupo poblacional estará integrado por el 15%, con un incremento hasta alcanzar el 23% en el 2050 (Senado de la República, 2021).

El incremento de la población adulta mayor genera preocupación en los profesionales de enfermería, en el sentido de que independientemente de las condiciones en que se envejece, en algún momento surgirá la dependencia para realizar las actividades cotidianas y, por tanto, la necesidad de un cuidador. Los investigadores del área geronto-geriátrica se han encargado de profundizar en la descripción, identificación de factores relacionados y/o causas de dependencia funcional e incluso en intervenciones para retrasar al máximo posible la dependencia funcional en la persona mayor; sin embargo, el presente y futuro a corto plazo evidencian que desde este momento se deben tomar acciones para el mejoramiento de los cuidados de la persona mayor y autocuidado del cuidador.

La Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor (Red ESAM) desde su creación ha centrado su interés en la promoción y protección de la salud de las personas mayores, sus familias y sus cuidadores (Leitón et al., 2021). Como parte del trabajo de la Red ESAM-México en

el año 2016 surgió la iniciativa de constituir los Grupos de Estudiantes de Enfermería para el Fomento del Envejecimiento Saludable, quienes guiados por profesores de diversas universidades de México que cuentan con el programa de Licenciatura en Enfermería han realizado un arduo trabajo en pro del envejecimiento saludable y autocuidado del cuidador.

Tras la experiencia en el quehacer conjunto de estudiantes y docentes/profesionales de enfermería, surge la necesidad de contribuir con las familias en el acompañamiento y capacitación para el autocuidado y cuidado integral de las personas mayores y/o cuidadores.

La experiencia en países como Colombia y Cuba indica que el programa de escuelas para cuidadores ha generado un impacto positivo que va desde el mejoramiento de la intensidad de dependencia en la persona cuidada hasta el incremento en la calidad de vida en el binomio persona cuidada y cuidador (Espín, 2009; Landínez-Parra et al., 2015).

La siguiente propuesta se centra en la creación de escuelas para cuidadores en cada universidad que cuente con GREEFES constituido, donde los profesores, pasantes y estudiantes de enfermería de manera continua capaciten a los cuidadores en su autocuidado y cuidado a la persona mayor para evitar o reducir la sobrecarga del cuidador y prevenir problemas de salud derivados de la actividad de cuidar, así como mejorar la calidad de vida del binomio cuidador y persona mayor.

Descripción del problema

El envejecimiento se caracteriza por cambios y transformaciones que son producidos por factores intrínsecos (genéticos), extrínsecos (ambientales) y factores de riesgo a lo largo de vida, los cuales se manifiestan en un agravamiento del estado de salud, condiciones de deterioro funcional; lo que lleva a la persona mayor a situaciones de incapacidad, tales como la inmovilidad, inestabilidad y deterioro intelectual (Machado et al., 2014) que origina dependencia funcional en la persona mayor, y que requiera de un cuidador para que atienda su necesidades tanto físicas como emocionales.

Desde la perspectiva de las personas mayores, la dependencia funcional se entiende como la necesidad de ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria, principalmente de la familia (Duran-Badillo et al., 2018); la población de personas mayores se ha convertido en una problemática que se manifiesta en un importante porcentaje de la población, donde el 21.7% de la población manifiesta limitaciones para realizar sus actividades básicas de la vida diaria y el 5.1% presenta una dependencia funcional establecida (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020) y este porcentaje se incrementará considerablemente en los próximos años hasta alcanzar en el año 2026 el 18.9% de personas mayores con dependencia funcional leve y el 9.3% con dependencia funcional severa (González-González et al., 2021).

Entre los factores relacionados con la dependencia funcional se encuentra el género femenino, sin pareja y estado negativo de salud (Popoca & Cinta, 2020). Al respecto de la salud, los cambios fisiológicos

que ocurren con el envejecimiento que afectan la funcionalidad física, las enfermedades crónicas no transmisibles y sus comorbilidades y el deterioro de la funcionalidad cognitiva, son los principales causantes de dependencia funcional.

El incremento de personas mayores con dependencia funcional genera la necesidad de un cuidador. En el contexto mexicano, culturalmente el cuidado se otorga en casa, por integrantes de la familia hijos o hijas quienes no reciben capacitación para el cuidado de la persona mayor, es decir, esta práctica la realizan bajo experiencias previas transmitidos por generaciones y/o aprendiendo “sobre la marcha”, situación que genera angustia, incertidumbre, estrés, ansiedad y sobrecarga del cuidador que culmina con impacto negativo de la calidad de vida del cuidador.

La evidencia científica indica que a menor habilidad del cuidado mayor sobrecarga del cuidador (Cantillo-Medina et al., 2018) y los cuidadores con mayor riesgo de sobrecarga son las mujeres, amas de casa, de baja escolaridad, con ingresos económicos bajos y con mayor tiempo al cuidado de la persona mayor (Del Campo et al., 2019).

La experiencia en el contacto con cuidadores indica que es común que, en el proceso de cuidar a la persona mayor, el cuidador abandone su autocuidado y centre su atención en la persona dependiente; por lo que deja de socializar, de practicar su espiritualidad, las actividades de ocio, de descansar y demás actividades que le generan satisfacción. El autoabandono además de dañar la calidad de vida del cuidador, afecta su estado de salud general y se convierte en un riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles que culminarán haciendo que el cuidador se convierta en persona dependiente prematuramente.

Por otra parte, el desconocimiento y una mala práctica de los cuidados a la persona mayor se convierte en una situación de riesgo para el cuidador y la persona dependiente, por ejemplo, una mala técnica de mecánica corporal para la movilización puede generar lesiones en el cuidador y un riesgo de caída que ocasione fracturas en la persona dependiente.

Justificación

La dependencia funcional es un estado de cronicidad que debe ser atendida desde el primer nivel de atención conjugando acciones de Enfermería en colaboración con los cuidadores familiares quienes tienen totalmente conocimiento de los hábitos y costumbres familiares y con amor, empatía y bondad pueden otorgar cuidados de calidad y calidez a la persona mayor si cuentan con la capacitación previa.

En las instituciones de salud de México durante la estancia hospitalaria se le enseñan cuidados básicos al cuidador, no obstante, no se ha identificado un programa que fomente el autocuidado del cuidador y enseñanza para el cuidado de la persona dependiente y que además de seguimiento y soporte a los cuidadores para aclarar sus dudas y/o capacitación cuando lo requieran. La experiencia en la interacción constante con cuidadores y personas mayores dependientes ha permitido identificar que los cuidadores para cuidar dignamente y sin riesgos, necesitan:

1. Acompañamiento en el proceso de cuidar y contacto constante para aclarar sus dudas.
2. Conocimientos confiables de la enfermedad, ya que a través de internet puede adquirir información, sin embargo, no siempre es confiable y clara.
3. Conocimiento de estrategias para mejorar el cuidado.
4. Técnicas de autocuidado.

La sinergia entre la Red ESAM-México con los GREEFES, bajo el apoyo institucional de las Universidades asumiendo el compromiso de re-

tribuir a la sociedad, están en posibilidad de crear espacios óptimos para que los profesores miembros de la Red ESAM-México y los GREEFES suplan las necesidades previstas de los cuidadores de personas mayores dependientes, con lo que se logrará un escenario para que los estudiantes pongan en práctica sus conocimientos en enfermería geriátrica bajo la supervisión de sus profesores, y los cuidadores cuenten con un espacio en el que podrán fortalecer sus conocimientos respecto a la enfermedad de su familiar, técnicas de cuidado, aclarar sus dudas y con ello, lograr una mejor calidad de vida para el binomio persona mayor dependiente y su cuidador.

Objetivos

Objetivo General

Capacitar al cuidador para su autocuidado y cuidado de la persona mayor dependiente para mejorar la calidad de vida y reducir la sobrecarga que permitan una transición saludable en su rol de cuidador.

Objetivos específicos

1. Disponer de un espacio donde el cuidador pueda aprender a cuidarse de manera integral durante el proceso de cuidar a su familiar dependiente.
2. Proporcionar herramientas cognitivas y prácticas al cuidador para fortalecer el cuidado de la persona mayor dependiente.
3. Contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida del binomio cuidador y persona mayor dependiente.
4. Disponer de escenarios en los que el estudiante pueda poner en práctica los conocimientos adquiridos sobre enfermería geriátrica.

Conceptualización

Envejecimiento

El envejecimiento se define como un proceso dinámico, gradual, natural, e inevitable, en el que se dan cambios a nivel biológico, corporal, psicológico y social, que repercuten indiscutiblemente en el estado funcional y físico de las personas, que además transcurre en el tiempo y está delimitado por éste; existe también un aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades degenerativas, en las cuales la edad avanzada constituye por sí misma un factor de riesgo, dichas enfermedades con frecuencia tienden, en su evolución, hacia situaciones de discapacidad (Delgado et al., 2015)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009) define el envejecimiento como el proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales.

Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia la muerte. Estos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa; más

allá de los cambios biológicos, el envejecimiento suele estar asociado a otras transiciones vitales, como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y el fallecimiento de amigos y parejas (OMS, 2022).

El envejecimiento es un elemento natural de la vida, pero no se puede negar que éste conlleva, en algunas ocasiones, una pérdida de funcionalidad y/o autonomía en las personas mayores, es por ello por lo que surge la necesidad de contar con ayuda de otras personas para satisfacer las necesidades básicas e instrumentales, a través del apoyo de una persona cuidadora (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INPAM], 2020). Este es un punto vulnerable de padecimiento de enfermedades crónicas, que disminuyen su capacidad fisiológica, entre ellas las más comunes son: diabetes, artritis, neumonía, insuficiencia cardíaca y alteraciones mentales (Carpio-Ahuana, 2022); tal motivo con lleva a que sí existe el incremento de personas que están en etapa de envejecimiento se requerirá mayor personal de salud y el compromiso de la familia o cuidador que tenga la persona mayor (Álvarez-Carchipulla et al., 2024).

La idea de dependencia en este grupo de edad va permeando sobre todo el núcleo familiar, ya que, al hablar de cuidador con frecuencia se piensa en el contexto familiar como el primer responsable de proveer el cuidado. Sin embargo, cuidar de las personas mayores ya no es exclusivo de la familia, pues existen instituciones que brindan esta atención, tanto a nivel público como privado, aunque pocas veces tenemos el conocimiento de qué es y qué conlleva ser una persona cuidadora (INPAM, 2020).

Así mismo, el envejecimiento saludable es el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en edades avanzadas (OPS, 2021).

Cambios fisiológicos del envejecimiento

El proceso de envejecimiento no solo incluye los cambios ocurridos en el organismo en el orden biológico, y psicológico sino también en los ocurridos en el aspecto social pues es en esta etapa de la vida donde el ser

humano comienza una manera particular de relacionarse con la sociedad siendo en la mayoría de las ocasiones nueva para él y con muchísimos retos relacionados con el desarrollo de nuevos roles (OMS, 2018).

Se presentan *cambios físicos* producidos en la persona, como cambios en la postura, forma de caminar, facciones, color de pelo, piel, capacidad visual y auditiva, disminución en la capacidad del almacenamiento de memoria que afecta a los tres tipos de memoria (a corto, mediano y largo plazo), sueño alterado, todo esto relacionado con la modificación en forma notable de las actividades de la vida diaria (Esmeraldas et al., 2019).

En el aspecto sociopsicológico, la persona mayor se enfrenta a nuevas condiciones de vida por la pérdida de roles familiares y sociales que se agregan a un trasfondo de enfermedades y a una disminución de sus capacidades de adaptación; resultan frecuentes los problemas de autoestima, depresión, distracción y relaciones sociales (Esmeraldas et al., 2019).

De acuerdo con la OMS, 2018 se pueden establecer cuatro grandes grupos de alteraciones asociadas al envejecimiento: problemas relacionados con las pérdidas afectivas, más frecuentes en la vejez que en otras épocas de la vida y que a menudo producen depresión y reacciones de duelo, trastornos cerebrales orgánicos incluyendo demencias, trastornos físicos, incluyendo demencias sensoriales, trastornos mentales de cualquier tipo, que no son exclusivos de la vejez como la depresión y que pueden haberse desarrollado en épocas anteriores de la vida.

Los cambios celulares, orgánicos y degenerativos en la persona mayor son: cambios visuales (principales causas de déficit incluyen cambios en el cristalino, retina, cornea); las patologías oculares de especial incidencia en el adulto (cataratas, retinopatía, glaucoma, degeneración macular) y cambios auditivos (presbiacusia, aumento de vellosidad en el odio externo, aumento de producción de cerumen, disminución de la elasticidad de la membrana timpánica) (Suarez & Sebastiao, 2021).

Los trastornos y discapacidades físicas al ser frecuentes suelen tener mayores consecuencias afectivas negativas; aparición de déficit sensorial, tales como la sordera, pérdida de la agudeza visual y auditiva, trastornos osteomioarticulares; y la presencia de estas alteraciones disminuye las

posibilidades de autonomía personal y funcional, incrementa la dependencia y al mismo tiempo fomenta el aislamiento social (Reich et al., 2014).

Dependencia funcional y factores que la ocasionan

El envejecimiento es una etapa inevitable del ciclo vital en el cual la persona cursa con diversos cambios propios de la edad y es la etapa de vida en la que con mayor frecuencia se puede presentar dependencia funcional (Calero & Chaves, 2016), así como alteraciones en el funcionamiento familiar y la percepción de apoyo social, todo ello impacta en su calidad de vida (Escalona & Ruiz, 2016).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud la dependencia funcional es la disminución o ausencia de capacidad para realizar alguna actividad dentro de los márgenes normales (OMS, 2017); para Barthel y Mahoney (1965) la dependencia es la incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria. En las personas mayores se relaciona con la facultad para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), sin supervisión, dirección o asistencia (Ferrer et al., 2012), ya que con los años existe un deterioro progresivo que estimula la fragilidad, la incapacidad funcional y la dependencia (Córdoba et al., 2017).

Diversos estudios han demostrado que la dependencia funcional es más prevalente en personas de 75 años y más, pues quienes se encuentran en edades más avanzadas suelen presentar mayor deterioro físico (Barrantes et al., 2007; OMS, 2015). Además de la edad avanzada, la literatura reporta como factores predictores de dependencia el nivel socioeconómico bajo, las alteraciones cognitivas, la depresión, sedentarismo, restricción de movilidad y alteración de la vista y oído (Al-Sabahi et al., 2013).

Roper, Logan y Tierney (2004) señalan que existen cinco factores determinantes en el proceso de dependencia, los cuales son el factor biológico, psicológico, sociocultural, ambiental y político económico; además se encontró que los diferentes sucesos o experiencias negativas que la persona mayor percibe sobre causas de dependencia funcional

determinan el significado que otorgan a su dependencia (Duran et al., 2018).

El estado emocional de la persona mayor puede estar determinado por su estado de dependencia e impedir el autocuidado para la salud que lo conduzca a una dependencia total, situación que es posible evitar a través del desarrollo de intervenciones de enfermería enfocadas a la rehabilitación y educación (Duran et al., 2018)

En la cultura mexicana, el cuidado se otorga al interior de las familias, quienes, con el paso del tiempo y esfuerzo físico, emocional y económico, además de las modificaciones que deben realizar en su rutina de vida, y puede culminar con disfunción familiar (ISSSTE, 2018)

La *Dependencia física* se refiere a la pérdida funcional de capacidades corporales o sensoriales, incapacidad para realizar actividades de la vida diaria (ABVD) vestirse, acostarse o levantarse, caminar, usar el baño, bañarse, esenciales para el cuidado personal y la autonomía (Barrantes et al., 2007)

Conjuntamente con la dependencia física, se encuentra la asociada con el *deterioro de las capacidades mentales* de la población mayor; ya que los cambios propios del envejecimiento pueden alterar la función cognitiva y conducirlos a deterioro leve o a la demencia; los trastornos mentales con por naturaleza de carácter crónico, progresivo y lento que incluyen aspectos de cognitivos, afectivo, ansioso, psicótico, de sueño, adicciones y abuso de sustancias (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2012).

Respecto a la *dependencia económica*, las personas mayores dejan de ser proveedores del hogar y se convierten en dependientes de otros miembros de la familia, sobre todo de los hijos; ya que, a mayor edad, menores opciones de obtener empleo, lo cual influye en la reconfiguración de los papeles dentro del hogar en la provisión económica (Ham & Ramírez, 2010).

Con relación a los factores de dependencia futura de las personas mayores en México, los resultados destacan que tener antecedentes de dependencia, mayor edad o alguna enfermedad crónica (hipertensión,

artritis, diabetes y embolia cerebral), haber sufrido una caída, son algunos de los factores asociados con mayores riesgos de tener dependencia leve, severa o de fallecer (González et al., 2021).

Cuidado Informal

El cuidado informal está ligado al envejecimiento de la población, ya que enmarca la disponibilidad de situaciones de vulnerabilidad, discapacidad o enfermedad, donde se involucre a este tipo de cuidado para potenciar la salud en personas dependientes; dentro de este contexto, la persona que realiza esta acción denominada cuidado informal, siendo principalmente la familia, el cual brinda el cuidado a la persona dependiente sin formar parte de una institución sanitaria con remuneración económica (Álvarez-Carchipulla et al., 2024).

De acuerdo con Faronbi et al. (2019), el cuidado informal es alguien cercano como un familiar o una persona significativa, que colabora en la mayoría, o incluso en todas, las necesidades cotidianas de cuidado del paciente. Salazar-Barajas et al. (2019) refiere que el cuidado es el aquel acto por el cual una persona asiste a otro individuo durante periodos de enfermedad o vulnerabilidad.

El cuidado informal, es un pilar fundamental tanto para la parte física como para la mental de la persona mayor, su objetivo principal será cubrir las necesidades domésticas, actividades de recreación, funciones básicas y velar por la salud de la persona mayor. Consiste en las intervenciones brindadas por los cuidadores familiares, de allí que, mientras mayor número de discapacidades relacionadas a la capacidad funcional, mejor acompañamiento se ejecutará en los cuidados informales y formales que precisa la persona mayor ya sea en su domicilio o unidad hospitalaria; por lo cual es muy importante la capacitación hacia los cuidadores informales en el desarrollo de sus actividades como cuidadores, de manera que se exista un mayor potencial en el cuidado direccionado a la persona mayor (Carpio-Ahuana, 2022).

Cuidador

Una persona cuidadora es quien asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo. Generalmente es un miembro del círculo social inmediato (familiar, amigo/a o incluso vecino/a), que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente (Manzano, 2007).

La cuidadora o el cuidador, es, en la mayoría de las ocasiones, el recurso, instrumento y medio, por el cual se proveen atenciones específicas y muchas veces especializadas a los enfermos crónicos, es decir, en ellos se deposita o descansa el compromiso de preservar la vida de otro. Por ello, una persona cuidadora cumple la función de facilitar y/o proporcionar cuidados para las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana que una persona mayor no pueda realizar o en la que requiera algún tipo de apoyo, debido a una incapacidad física o mental (INPAM, 2022).

Existen diferentes términos empleados para la persona que cuida de otro uno de ellos es cuidador principal es la persona familiar o cercana que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otro de manera permanente y comprometida (Venegas, 2006).

La clasificación más común de personas cuidadoras es la de informales y formales; informales son quienes no disponen de capacitación alguna en los cuidados, no son remunerados por su tarea y tienen un elevado grado de compromiso caracterizado por el afecto y una atención sin límites de horarios (principalmente familiares, amigos y vecinos); formales son aquellos profesionales y técnicos que recibieron una formación previa sobre los cuidadores que necesitan las personas mayores, ofrecen atención con límites de horarios y tienen un menor vínculo afectivo que los cuidadores formales (INPAM, 2022).

Por lo anterior, existen diferentes definiciones y términos para referirse a el cuidador informal y a las actividades que realizan, las que podemos encontrar son las siguientes:

- *Cuidador*, aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales (Reyes, 2001).
- *Cuidador principal*, es la persona familiar o cercana que se ocupa de brindar, de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otra persona de manera permanente y comprometida (Venegas, 2006).
- Cuidador informal, persona que no pertenece a ninguna institución sanitaria ni social, que cuida a personas no autónomas y que vive en el domicilio del receptor de cuidado (Celma-Vicente, 2001).
- *Cuidador familiar*, persona que presta atención a quienes necesitan supervisión o asistencia en la enfermedad o la discapacidad. El cuidado se puede proporcionar en el hogar, en un hospital o en una institución, el concepto se refiere a padres, cónyuges u otros familiares y amigos (Maeyama et al., 2007).
- *Cuidador primario*, persona que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juega el/la esposa/o, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente (Alvarado-Aguilar, 2009).
- *Cuidador primario informal*, asume la responsabilidad total del paciente ayudándole a realizar todas las actividades que no puede llevar a cabo; generalmente es un miembro de la red social inmediata (familiar, amigo o incluso vecino), que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente (Islas-Salas et al., 2006).
- *Cuidador principal familiar*, aquel familiar reconocido como agente primordial que da asistencia básica a las personas en su condición de enfermedad crónica. Se constituye en apoyo continuo que lo asiste en lo cotidiano y quien asume las principales decisiones sobre su cuidado (Izquierdo, 2009).

De acuerdo con la literatura, el cuidador informal cumple con un perfil característico y es quien realiza las actividades que la persona mayor no puede llevar a cabo, sin recibir remuneración económica (Contatto & De Sousa, 2020). Los cuidadores informales otorgan múltiples servicios de cuidado, asistencia, atención y apoyo a las personas mayores dependientes; las actividades que realizan incluyen, cuidados sanitarios de índole médica y de enfermería, atención personal e instrumental, vigilancia, acompañamiento, apoyo emocional y socia y gestión y enlace con los servicios de salud; el cuidado que realizan pasa desapercibido, no es reconocido, se basa en relaciones afectivas y de parentesco en el terreno de lo privado y es así que queda oculto en el ámbito público (Villarreal-Reyna et al., 2017).

En México, el cuidado de la salud corresponde en mayor medida a la familia, la cual constituye un pilar básico en la provisión de cuidados de las personas mayores; a pesar de eso se conoce poco sobre el efecto de las enfermedades en los cuidadores que comprometen su vida privada y están sobrecargados por su papel; la experiencia de cuidado conlleva sufrimiento junto con sentimientos de abandono, ansiedad y dudas sobre la provisión de cuidados (Alfaro et al., 2008).

El cuidado informal a las personas mayores dependientes conlleva un costo humano oculto el cual reduce su valor principalmente por los mismos cuidadores informales y se traduce en agotamiento físico, problemas de sueño, sentimientos de soledad, tristeza, ansiedad, depresión, consumo de alcohol, problemas familiares, aislamiento social, falta de tiempo para disfrutar actividades placenteras, desempleo, ausentismo laboral, trabajo no retribuido, gastos fuga (pañales, materiales de limpieza y arreglo personal), gastos de alimentación, transportación y pago de medicamentos (Lopez-Ortega, 2013; McDaid, 2001; National Alliance for Caregiving, 2007).

El cuidador a menudo presenta síntomas como ansiedad o depresión, insomnio, soledad o aislamiento, pensamientos negativos erróneos y problemas físicos, por lo cual muchos cuidadores que desempeñan el rol no se encuentran preparados emocional, física ni cognitivamente, lo que influye de manera negativa en la calidad de vida de la persona cui-

dada y su familia en general, por lo que necesita desarrollar un conjunto de valores, habilidades y disposición interior para manejar las diversas situaciones difíciles que se presentan en la atención al paciente (Tegglen, 2015).

En el transcurso del cuidado cotidiano que brindan los cuidadores informales a su familiar dependiente, van enfrentando una serie de situaciones para las cuales requieren contar con habilidades específicas de cuidado, conocer las habilidades que a los cuidadores les preocupan, puede convertirse en un importante recurso para la capacitación de cuidadores en nuestro país, por lo que sus experiencias deben ser consideradas por los profesionales de salud a la hora de diseñar programas para cuidadores (Salazar-González et al., 2017).

Acercamiento Teórico

Teoría de las Transiciones

Afaf Ibrahim Meleis menciona las experiencias que surgen durante una transición, así como las estrategias de afrontamiento a las situaciones que causaron un cambio en la vida de la persona, define que una transición es un proceso que es desencadenado por un cambio, además de que la transición se refiere tanto al proceso como al resultado de las interacciones complejas entre la persona y su entorno, y puede involucrar no solo a la persona que sufre ese cambio sino a las personas que están a su alrededor, y está también incrustado en el contexto y la situación; en donde el profesional de enfermería se encuentra con personas que atraviesan una transición que se relaciona con su salud, su bienestar y su capacidad de cuidarse a sí mismos (Meleis, 2010).

En el caso de las personas mayores como en sus cuidadores, al presentarse la dependencia funcional, se enfrentan a diversos cambios, que en ocasiones aparecen de manera repentina. Por un lado, las personas mayores pierden su autonomía y funcionamiento en diversas áreas de su vida, y los cuidadores modifican sus roles a partir del momento en que asumen la responsabilidad del cuidado; este proceso, que es desencadenado por un cambio y que además involucra un resultado derivado de interacciones entre la persona y su entorno, a partir de la Teoría de Afaf Ibrahim Meleis se le puede entender como una transición.

Meleis et al. (2010) al hablar de la naturaleza de la transición mencionan cuatro tipos de transiciones: transiciones de desarrollo (son las

transiciones o roles en el curso normal del crecimiento y del desarrollo, que pueden ser de nacimiento, la adolescencia, la menopausia, la vejez y la muerte; transiciones situacionales (implica la suma o la resta de personas en una constelación preexistente de roles y complementos; la transición de salud/enfermedad (incluye transiciones tales como cambio repentino de funciones que resultan de pasar de un estado de bienestar a una enfermedad aguda, cambios de roles graduales de sano a enfermo); y organizacional (representa transiciones el entorno, pueden ser precipitados por el entorno social, político o económico más amplio o por cambios en la estructura o dinámica organizacional); e indica que los tipos de transiciones pueden presentarse de manera simple, múltiple, secuencial, simultánea, relacionadas o no relacionadas.

La Teoría de las Transiciones puede guiar la práctica de enfermería en personas que estén pasando por un proceso de adaptación o de cambio de discapacidad o dependencia, por lo que es necesario que el profesional de enfermería identifique los resultados saludables de una transición para facilitar su adaptación, la investigación y la evaluación de intervenciones clínicas (Fernández & Ortega, 2020).

Tipos de Transiciones

Una de las propiedades universales de la transición es el desarrollo, flujo o movimiento del proceso desde un estado a otro (Brown & Powell, 1991; Catanzaro, 1990).

Al contextualizar es preciso destacar que la transición de desarrollo se oscila desde el nacimiento hasta la muerte. En la transición de desarrollo se ubica la vejez donde por los diversos cambios fisiológicos y en la transición de salud/enfermedad se sitúa a los problemas de salud que se acentúan en esta etapa de vida, incluyendo el estado cognitivo, las enfermedades crónicas no transmisibles y sus comorbilidades, la persona mayor puede sufrir dependencia funcional que genera que la persona fluya de una fase de autonomía a una de dependencia funcional, culminando con el involucramiento de otros actores que son los generadores de redes de apoyo o suplencia para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

Estas condiciones de la persona mayor influirán en la transición de la persona cuidadora.

En el caso de los cuidadores se localizan en la transición situacional (Mora-López et al., 2018) y de salud/enfermedad, esta inicia en el momento que una persona mayor presenta una enfermedad crónica o dependencia funcional, la persona adquiere un nuevo rol, en muchas ocasiones sin contar con las habilidades y competencias necesarias para ejercerlo, por falta de conocimientos sobre la enfermedad y de los cuidados que tiene que llevar a cabo y las redes de apoyo que necesita para cubrir las necesidades de la persona que cuida.

La asunción del rol de cuidador involucra cambios en la rutina de la persona, por lo que se hace presente el tipo organizativo (Mora-López et al., 2018); es común que las personas cuidadoras sean mujeres, ya que presentan una mayor tasa de participación en las actividades del cuidado a miembros del hogar (54%) con un promedio 12.3 horas semanales, en comparación con los hombres con una diferencia en la tasa de participación en actividades (45.8%) y con un promedio de 5.4 horas semanales (Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Instituto Nacional de las Mujeres, 2019). Así mismo, se ha reportado que en México los principales cuidadores son los hijos (Flores et al., 2017; Cuevas-Martínez et al., 2022); los nietos, amigos y vecinos tienen también una participación en las responsabilidades de cuidado muy similares a las de los hijos (Flores et al., 2017).

De acuerdo con diferentes estudios, las personas cuidadoras son mujeres con baja escolaridad, solteras, viudas y/o divorciadas, jóvenes y/o personas mayores, con un fuerte vínculo familiar con la persona que requiere cuidados (INAPAM, 2022). Los cuidadores primarios informales son personas que pertenecen a la familia, soportan una carga física, psicológica y financiera significativa mientras brindan atención en el hogar; y no están capacitados y tienen un alto grado de compromiso con la tarea que realizan (Salazar, 2022).

Al presentarse la necesidad de cuidar de otra persona, su rutina se modifica, situación que los pone en riesgo de un deterioro de la transi-

ción o transiciones no saludables con impacto tanto en la persona mayor como en el cuidador(a).

Patrones de transición

En este elemento teórico se toma en cuenta la cantidad y tipo de transiciones que la persona experimenta en el momento de la valoración, se clasifican en simples o múltiples, secuencial o simultáneo y relacionado o no relacionado.

Los patrones de transición pueden ser simples y secuenciales cuando la dependencia funcional de la persona mayor deriva de la disminución de la funcionalidad causada por el envejecimiento, desarrollo de alguna enfermedad crónica o daño cognitivo; o múltiples cuando se genera la combinación de situaciones que causan o incrementan el nivel de dependencia de la persona mayor, el desarrollo de enfermedades crónicas en el cuidador (a) o la presencia de otros tipos de transiciones que pueden o no estar interrelacionados (Carreño-Moreno & Chaparro-Díaz, 2018), lo que conlleva a que los patrones de respuesta sean diferentes de acuerdo con el contexto en el que las personas se encuentren (Fernández-Sánchez et al., 2021).

Propiedades de la Experiencia de la Transición

Los cuidadores como generadores de cuidado a la persona dependiente sufren un proceso de transición, partiendo de un estado de equilibrio en sus roles de vida a uno de ejecución de un nuevo rol que, de acuerdo con las propiedades de la experiencia de la transición y las condiciones de las transiciones, pueden o no afrontarse. Las propiedades de la experiencia de la transición incluyen: conciencia, compromiso, cambio y diferencia, tiempo, puntos críticos y acontecimientos, y fenómenos (Meleis et al., 2000).

Conciencia

La conciencia se entenderá como la percepción que la persona tenga respecto al “conocimiento y reconocimiento de la experiencia”. En lo que corresponde a la persona mayor la percepción que tiene de ser dependiente será un punto determinante en su respuesta a la adaptación, donde la persona dependiente puede percibirse de manera negativa como una carga o indigna del cuidado que su familiar le otorga o positivamente cuando acepta sus limitaciones y se esfuerza para el mejoramiento de su autonomía lo que conlleva al autocuidado físico y mental (Duran-Badillo et al., 2018).

Por otra parte, en la persona mayor la autoconciencia se centra en la identificación y reconocimiento de sus limitaciones para realizar sus actividades de vida y cómo acepta y afronta estas limitaciones. Por ejemplo, algunas personas dependientes no aceptan que requiere de ayuda de otras personas o aditamentos para realizar sus actividades de la vida diaria, por lo que los rechazan, situación que puede generar frustración, angustia, enojo o desesperación en el cuidador que conlleva a la sobrecarga.

La responsabilidad de cuidar puede llegar de repente cuando deriva de eventos agudos o paulatinamente cuando surge de problemas de cronicidad o disfuncionalidad física por el envejecimiento; no obstante, en ambos sentidos es posible que el cuidador no se percate de la responsabilidad que está asumiendo y de los cambios que en todas las áreas de su vida va a generar la actividad de cuidar, lo que conlleva al déficit del autocuidado físico y mental, es decir, el cuidador se autoabandona, lo que impacta en el estado de salud física, psicológica y social, sobrecarga y deterioro de la calidad de vida del cuidador y por supuesto, el cuidado que otorgará a la persona dependiente se torna en menor calidad.

La percepción del cuidador respecto a la responsabilidad que está asumiendo de cuidar a su familiar es otro factor importante, esta puede estar determinada por el contexto, factores personales, antecedentes o experiencias previas y sobre todo por el conocimiento o capacitación que tenga para cuidar de la persona dependiente (Mora-López et al., 2018).

Compromiso

El compromiso forma parte de las propiedades de la experiencia de la transición y se encuentra en estrecha relación con la conciencia, de tal manera que la persona que es consciente de los cambios físicos, emocionales, sociales o del entorno tendrá un compromiso diferente (Meleis et al., 2000). En las personas mayores el compromiso deriva de la conciencia de la dependencia funcional y su naturaleza u origen.

La dependencia funcional puede surgir por declive funcional causado por el envejecimiento, daño cognitivo, enfermedades crónicas y sus comorbilidades y algunas enfermedades agudas. Cuando se trata de daño cognitivo la situación cambia, ya que se altera la orientación en tiempo, espacio y persona, lo que normalmente conlleva a un daño irreversible, por lo que es imposible que la persona mayor sea consciente. Por otra parte, si la dependencia funcional deriva del deterioro funcional sin daño cognitivo, daño físico como fracturas, amputación de un miembro inferior, enfermedades agudas o comorbilidades generadas por enfermedades crónicas no transmisibles, la persona está en posibilidad de generar conciencia de los cambios físicos, emocionales, sociales y del entorno, lo que le llevará al compromiso con su autocuidado.

En la experiencia, del trabajo con personas mayores dependientes se aprecia que comúnmente se genera conciencia hasta que surge la disfuncionalidad y se requiere de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria y es el momento en que la persona se compromete en realizar acciones en la búsqueda de revertir la disfuncionalidad. Por otra parte, se encuentra el caso de las personas que no son conscientes o manifiestan resistencia para aceptar sus limitaciones, por lo que no se adhieren a los tratamientos y mucho menos a responsabilizarse de su autocuidado con lo que se evidencia falta de compromiso, situación que no favorece las acciones y compromiso de los cuidadores.

Por su parte, en los cuidadores la conciencia de la responsabilidad que asumieron de cuidar a la persona mayor dependiente puede o no surgir desde el momento que inician el cuidado, sin embargo, puede surgir conforme pasa el tiempo, a la par surge el compromiso. En los

cuidadores es posible observar con mayor frecuencia el compromiso, de hecho, podría pensarse que surge desde el momento en que asumen la responsabilidad de cuidar sin importar las circunstancias bajo las que se asumió esta actividad.

En los cuidadores el compromiso también puede determinarse por los cambios físicos, emocionales, sociales o del entorno como lo propuso Meleis et al. (2000). La actividad de cuidar de una persona mayor dependiente si se realiza sin capacitación previa puede generar problemas físicos por ejemplo lesiones por una mala técnica en la movilización de la persona dependiente. Definitivamente hay impacto a nivel psicológico, ya que cuando el cuidador no tiene los conocimientos, habilidades y experiencia para cuidar, es decir, cuando carece de la habilidad para el cuidado, se ve sometido a altos niveles de estrés que impactan en su estado de salud psicológico. Por último, es sabido que cuidar de una persona dependiente modifica los roles entre ellos el social y del contexto en que se encuentra el cuidador, quien si no cuenta con la ayuda de la familia abandona su autocuidado, deja sus grupos sociales e incluso la dinámica familiar se ve afectada.

Cambios y Diferencias

Meleis et al. (2000) afirma que los cambios y diferencias son parte de las transiciones. Referente a los cambios, en la persona mayor con pérdida de su autonomía, sin importar el origen de la pérdida se presenta con modificaciones en el rol familiar y social, y dependiendo de la edad, pudiera presentarse cambios, incluso en el rol laboral. Los cambios en los roles de la persona mayor traen consigo frustración, enojo, tristeza y autoabandono que pueden ocasionar que la persona no acepte los cuidados para mejorar su calidad de vida.

Por otra parte, dependiendo del origen de la pérdida de la autonomía y de las experiencias de vida de la persona mayor, aunque se presenten cambios en los roles, las habilidades y patrones de conducta para el afrontamiento pueden ser factores protectores, es en esta oportunidad donde los significados, experiencias previas y percepciones de la persona

cobran importancia y donde los profesionales de enfermería y los cuidadores tienen oportunidad para ayudar a la persona dependiente, para ello es importante buscar comprender lo que significa y como se percibe la persona al ser dependiente funcionalmente.

En otro sentido, ser dependiente para la persona mayor puede significar o representar ser *diferente* para su familia y la sociedad, por no poder realizar sus actividades de la misma manera que en etapas previas de su vida. Las personas mayores al sentirse diferentes actúan negativamente por no querer ser una carga para su familia y lo expresan con sentimientos y emociones negativas pese a que su familia les brinde la ayuda (Duran-Badillo et al., 2018).

En el caso de los cuidadores se vive de distinta manera, los *cambios* pueden apreciarse inmediatamente al asumir la responsabilidad de cuidar, ya que la modificación de los roles surge desde el primer instante. Los cambios también dependen del perfil o las características de los cuidadores, si se trata de una mujer u hombre, si estudia, trabaja o hace ambas, si es ama de casa y además tiene un empleo remunerado, las actividades sociales, ayuda de la familia o sociedad, entre otras.

Los cambios pueden apreciarse de diferente manera, dependiendo del origen de la pérdida de la funcionalidad de la persona a la que se cuida y del contexto en el que se encuentra la diada persona adulta mayor dependiente y cuidador. Para el cuidador la apreciación de las *diferencias* depende de cómo perciben los cambios que se están presentando derivado de su nueva actividad, pero también de la naturaleza u origen de la pérdida de la funcionalidad de la persona mayor dependiente, el nivel de dependencia y gravedad del problema de salud de su familiar.

En el cuidador puede surgir la percepción de ser o sentirse diferente ante la persona mayor dependiente, la familia y sociedad, para ello es importante evaluar en qué condiciones se cuida. Una de las situaciones que se asocia a esta percepción del cuidador son las fuentes de ayuda que no incluyen solamente el soporte económico y de insumos, sino la capacitación que las instituciones de salud otorgan para el desarrollo de su nueva responsabilidad. En una investigación se observó que los

cuidadores perciben esta falta de apoyo lo que ocasiona sobrecarga del cuidador y percepción de vulnerabilidad (Balladares et al., 2021).

Por otra parte, en el cuidador los cambios se presentan y experimentan al no cumplir las expectativas que pueden ser en dos sentidos, centradas en las expectativas personales o de vida y en las relacionadas con el cuidado. Referente a las expectativas personales, al asumir la responsabilidad de cuidar el cuidador detiene su plan de vida y es común que trunque sus actividades o metas personales.

En relación con las expectativas relacionadas con el cuidado, es común que el cuidador asuma esta actividad con desconocimiento y sin capacitación, sin embargo, sus metas se centran en ayudar a la persona; no obstante, conforme transcurre el tiempo se percata que al no tener el conocimiento, capacitación y habilidades para cuidar, la esperanza o posibilidad de lograrlo se afecte, lo que ocasionará en el cuidador sentimientos de impotencia, desmotivación y angustia al no poder realizar los cuidados correctamente.

Pese a las condiciones bajo las que se cuida y los cambios que el cuidar conlleva en las diferentes áreas de la vida, el cuidador experimentará cambios en todos los sentidos de su vida que regularmente son positivos, donde se experimenta fortalecimiento de la espiritualidad, lo que se evidencia a través del sentido de trascendencia, relacionado con la experiencia de dar al otro y cuidar como una manera de retribuir. La apreciación de estos cambios positivos se puede fortalecer si el cuidador cuenta con el conocimiento y preparación para realizar esta actividad.

Tiempo

El *tiempo* es un factor crucial en el proceso de la transición, Meleis et al. (2000) plantean que la transición inicia en un momento determinado y pasa por diferentes periodos o fases: signos de anticipación, percepción o demostración de cambios, periodo de inestabilidad, confusión y/o estrés, y estabilidad. Estas fases del tiempo de la transición son evidentes en la persona mayor dependiente, aunque en algunas circunstancias, dependiendo de la naturaleza de la dependencia no es posible identificar

el tiempo de partida, sobre todo cuando la naturaleza de la pérdida de la funcionalidad deriva de deterioro cognitivo o comorbilidades de enfermedades crónicas no transmisibles donde el deterioro es gradual.

Los signos de anticipación de la pérdida de funcionalidad en las personas mayores inician con la necesidad de ayuda de otras personas para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. Cuando el origen de la pérdida de funcionalidad es por deterioro de los procesos cognitivos o comorbilidades de enfermedades crónicas, las personas mayores y sus familias pueden no identificarlos y pasar por alto que están manifestándose estos cambios, hasta tomar conciencia del daño cuando el problema se ha intensificado y los niveles de dependencia se elevan hasta llegar a la pérdida total de la autonomía en la realización de las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria.

El periodo de percepción o demostración de cambios precisamente se manifiesta con el incremento de la pérdida de la autonomía y mayor necesidad de ayuda o suplencia para realizar las actividades de la vida diaria, es en esta fase cuando la persona mayor se percata que no puede realizar sus actividades como antes y que necesita la ayuda de otras personas o aditamentos para su diario vivir, lo que le encamina a inestabilidad, confusión y estrés, sobre todo cuando no acepta los cambios que se le están presentando.

Las vivencias de personas mayores dependientes evidencian que la experimentación de la dependencia funcional se acompaña de sentimientos que pueden ser positivos o negativos, dependiendo de las fuentes de ayuda que la persona percibe, sin embargo, e independientemente de las fuentes de ayuda, los sentimientos y lo que represente para la persona mayor ser dependiente, la persona mayor llega a la fase de estabilidad con promoción para el autocuidado (Duran-Badillo et al., 2018).

En la fase o periodo de estabilidad las manifestaciones son de aceptación de los cambios de la pérdida de la funcionalidad y desarrollo de autocuidado o acciones para el fortalecimiento de la calidad de vida. En las personas mayores cuyo origen de pérdida de la autonomía es por problemas cognitivos, se podría esperar que se logre la estabilidad a través de la recuperación de las funciones cognitivas, sin embargo, no siempre

se logrará una reversión del daño, por lo que la estabilidad se evidenciará por medio de la mitigación de la evolución y mantenimiento o disminución del nivel de dependencia. De tal manera que, con los cuidados es posible detener al máximo posible la evolución de la enfermedad, para esto es importante que la persona mayor dependiente sea consciente de la magnitud de la enfermedad y de la necesidad de ayuda de un cuidador con conocimientos y capacitación.

En los cuidadores la propiedad del *tiempo* se torna en el mismo sentido del proceso de experimentación de dependencia de la persona mayor, donde los signos de anticipación serán la percepción de que su familiar empieza a necesitar ayuda o supervisión para realizar actividades instrumentales de la vida diaria que requieren de mayor destreza cognitiva, como la capacidad de utilizar el teléfono, hacer las compras, preparación de los alimentos, el cuidado de la casa, administración de sus recursos económicos, entre otras.

La identificación de signos de anticipación se encuentra en estrecha relación con la percepción o demostración de cambios, donde, conforme pasa el tiempo, el cuidador se percata que la necesidad de ayuda para su familiar se intensifica, momento en el que tiene la necesidad de hacer cambios en sus roles para dedicar mayor tiempo al cuidado y es en este momento en el que el cuidador se puede percibir carente de conocimientos, habilidades y capacitación para el desarrollo de esta tarea.

La carencia de preparación y conocimiento para cuidar de la persona dependiente conlleva inestabilidad, confusión y estrés en el cuidador, ya que en primera instancia hay una alteración de roles en el cuidador y a esto se le suma que no tiene conocimiento de los cuidados que debe realizar a su familiar ya que, en los diferentes niveles de atención, tanto los profesionales de medicina como enfermería comúnmente explican el tratamiento, pero no los cuidados en casa.

A través de investigación cualitativa se ha observado que las carencias de conocimientos y capacitación para cuidar de la persona mayor dependiente conllevan a sobrecarga del cuidador y para cubrir las necesidades de capacitación, en Chile los cuidadores recurren a organizaciones no gubernamentales donde les ayudan para fortalecer las estrategias, cono-

cimientos y experiencias para favorecer la práctica del cuidado (Balladares et al., 2021).

El tiempo permitirá que el cuidador incremente su experiencia para cuidar de su familiar, sin embargo, si se agrega preparación y conocimientos sobre el problema que la persona mayor está experimentando, se contribuye en que el cuidador logre la estabilidad en menor tiempo.

Puntos Críticos y Fenómenos o Acontecimientos

Finalmente, como parte de las propiedades de la experiencia de la transición se plantea que, aunque no en todos los casos, se presentan *puntos críticos y fenómenos o acontecimientos*, estos hacen referencia a las situaciones o eventos que hacen que la persona tome mayor conciencia de cambios y/o compromisos (Meleis et al., 2000); en este sentido, en las personas mayores, esta situación puede apreciarse cuando toman conciencia de su realidad y se dan cuenta que han tenido grandes pérdidas tanto de su salud como de su funcionalidad, lo que les ha generado un incremento en sus niveles de dependencia.

Por otra parte, se ha identificado que cuando la persona mayor dependiente se confronta con su realidad y reconoce que las pérdidas de su funcionalidad derivan de su estilo de vida busca promover el autocuidado en otras personas que se encuentran con el mismo perfil y por supuesto se adhiere a su tratamiento y mejora su autocuidado (Duran-Badillo et al., 2018).

Por otra parte, en los cuidadores los puntos críticos y acontecimientos pueden presentarse en dos sentidos. Primeramente, cuando toman conciencia y aceptan que la dependencia de la persona mayor ha avanzado e incluso es irreversible, donde se percibe que los cuidadores han logrado equilibrar las dificultades que se les han presentado, generaron conocimientos y habilidades para el cuidado y se adaptaron a los cambios en sus roles. Finalmente, otro punto crítico o acontecimiento que puede ocasionar conciencia de cambios es sufrir daños en la salud por malas prácticas de cuidados, donde el cuidador toma conciencia de la

importancia del autocuidado y busca ayuda profesional para mejorar su estilo de vida.

Condiciones de las transiciones

Las condiciones de las transiciones hacen referencia a los factores que facilitan o impiden que se logre la transición. Las condiciones pueden ser personales, comunitarios o sociales. En las condiciones personales se ubican los *significados, creencias y actitudes culturales, estado socioeconómico y la preparación y conocimiento* (Meleis et al., 2000). En las condiciones comunitarias se incluyen los recursos locales y en las condiciones sociales, políticas y programas gubernamentales y no gubernamentales.

Personales

Significados

En relación con las condiciones personales, en la población adulta mayor con dependencia funcional, se hace indispensable considerar su *significado* de ser dependiente, es decir, cómo ellos se perciben y lo que representa para su vida, ya que será el punto de partida de la transición, por ejemplo, pudiera tratarse de una persona mayor que de acuerdo con la valoración de enfermería se encuentre en un nivel de dependencia moderado o severo, sin embargo, está acostumbrada a recibir atención, lo que generará que no se perciba dependiente o minimice el nivel de dependencia, a diferencia de una persona que toda su vida ha sido autónoma y de repente alguna situación le genere dependencia, quien lo puede percibir como algo catastrófico o fatal.

En el caso de los cuidadores, el significado se orienta a la representación de cuidar, es decir, lo que para el cuidador significa o representa otorgar el cuidado a la persona dependiente. Se torna importante comprender los significados ya que para algunos puede significar una forma de trascender, retribuir o practicar la caridad, mientras que para otros puede significar una imposición e incluso una carga que la familia

está dejando sobre ellos. Por tanto, la forma en que los cuidadores experimentan y los significados que estos otorgan al acto de cuidar facilitará o impedirá la transición tanto en la persona mayor dependiente como en el cuidador.

Creencias y actitudes culturales

Los significados pueden ser diferentes de acuerdo con el contexto en que la persona se encuentra y su historia de vida, por lo que también es necesario tomar en cuenta las *creencias y actitudes culturales*. En México, como en otros países hay una diversidad cultural, incluso algunas regiones tienen creencias y prácticas particulares en relación con la salud y el cuidado.

Algunos factores que están relacionados con las creencias y actitudes culturales son la forma de comunicarse, los hábitos alimenticios, las prácticas de higiene personal y vestimenta. Por ejemplo, en los hogares puede haber familias extensas donde las diferencias generacionales puede generar alteraciones en la comunicación entre las personas mayores y los miembros de la familia de menor edad, lo que repercutirá en el estado emocional de la persona dependiente, provocando incluso sentimientos de carga, aislamiento y autoabandono.

Respecto al uso de tecnologías, puede tratarse de una herramienta importante para favorecer el autocuidado de la persona mayor dependiente, sobre todo si la persona está familiarizada con el uso de tecnologías. En la actualidad, además de los productos que existen en el mercado, los profesionales de la enfermería estamos trabajando en el desarrollo de dispositivos que favorezcan el autocuidado o faciliten el cuidado de las personas mayores dependientes; sin embargo, cuando la persona mayor no tiene conocimiento de su uso, las tecnologías para la comunicación y autocuidado pueden generar estrés y sentimientos de inutilidad, lo que puede impactar en comunicación entre la persona mayor y cuidador, sobre todo si el cuidador insiste en que la persona mayor utilice tecnologías cuando no es de su agrado o interés.

La comunicación en la diada persona mayor dependiente y cuidador es sumamente importante para la transición en ambas partes. En este sentido, las creencias pueden influir positivamente, sobre todo si estas son favorables, por ejemplo, en algunas culturas a las personas mayores se les visualiza con respeto, personas de experiencia y sabias, por lo que son los consejeros de las siguientes generaciones. En México y dependiendo del área geográfica hay una diversidad de creencias y actitudes hacia las personas mayores, lamentablemente recaen en estereotipos negativos (Velasco et al., 2020), que definitivamente impactan en el cuidado, atención y comunicación hacia la persona mayor.

La forma en que la familia y en particular los cuidadores visualizan a la persona mayor dependiente es trascendental, ya que en dicha visualización se encuentran sus experiencias de vida y creencias, que finalmente impactarán en el cuidado que otorgan y por supuesto, en la transición. Los cuidadores al ser principalmente hijas o hijos pueden tener muy en cuenta experiencias de su infancia donde si tienen recuerdos de experiencias positivas se espera que el comportamiento durante el cuidado sea positivo; no obstante, si las experiencias fueron negativas y el cuidador no ha logrado afrontar dichas situaciones, puede ser poco tolerante e incluso hasta violento al momento de cuidar.

En las creencias y actitudes culturales es posible ubicar la organización y/o relaciones familiares. En el ámbito mexicano, pese a que se ha observado un incremento de hombres que se involucran en el cuidado, esta actividad sigue recayendo principalmente en las mujeres de la familia, sobre todo en las solteras, viudas, divorciadas o que estudiaron alguna profesión relacionada con la salud (CEPAL, 2024). Además, en algunas familias el cuidado recae en alguna persona, donde el cuidador al no tener momentos de descanso y oportunidad de actividades de ocio culmina con sobrecarga del cuidador.

En otro sentido, cuando la persona mayor cursa con las primeras manifestaciones de dependencia funcional, los cuidadores bajo la creencia de ayuda a su familiar pueden buscar suplir todas sus actividades, incrementando de esta manera el incremento de los niveles de dependencia funcional. A la persona mayor se le restringe en las actividades que

aún puede realizar y no se le involucra en las actividades familiares; por ejemplo, es posible que su limitación cognitiva le ponga en riesgo salir de casa, pero puede participar en actividades que le hagan sentirse útil como la limpieza de la casa, manualidades, juegos de mesa, o simplemente hacer sus actividades personales de las que aún tiene autonomía.

La alimentación es otro factor importante para considerar dentro de la cultura, las personas mayores pueden tener hábitos particulares que es importante considerar, por ejemplo, el tipo de alimentos que acostumbran a consumir, la preparación, el ritual de la alimentación y acompañamiento. Si bien es cierto, cuando la persona dependiente tiene enfermedades crónicas no transmisibles, es importante considerar una alimentación saludable para la persona mayor, también es conveniente tomar en cuenta los hábitos, preferencias, cantidad y frecuencia de consumo, ya que puede optar por no alimentarse o disminuir su alimentación, lo que impactará en la aceptación y adaptación de su condición de vida, estado nutricional y por tanto en el detrimento de su salud y calidad de vida, por lo que se recomienda respetar sus hábitos alimenticios y de ser necesario paulatinamente incorporar otros productos alimenticios que favorezcan su estado nutricional.

En cuanto a las preferencias culturales de la vestimenta, de acuerdo con la región en la que se encuentra la persona mayor, las tradiciones pueden variar y las diferencias generacionales pueden hacer que los cuidadores al haber abandonado dichas costumbres intenten modificarlas en la persona adulta mayor. Por ejemplo, en algunas regiones la vestimenta tradicional incluye mayor cantidad de prendas, las mujeres no utilizan pantalón ni en temporada invernal o utilizan calzado descubierto; ante estas situaciones, el cuidador en la intención de protegerlo puede intentar agregar o retirar prendas de acuerdo con la situación climática, lo que ocasionará incomodidad a la persona mayor.

Es evidente que las creencias que posee tanto la persona mayor como la persona cuidadora impactarán en el proceso de transición, puesto que la persona cuidadora, bajo la creencia de que, al cambiar drásticamente los estilos y rutina de vida de la persona mayor, mejorará su estado de salud, puede actuar con actitudes de imposición que serán

rechazadas por la persona mayor, lo que conllevará a sentimientos negativos como enojo/ira/resentimiento, frustración, estrés, ansiedad, entre otros que harán que el cuidador culmine con sobrecarga.

Estado socioeconómico

La economía es de gran importancia ante la presencia de cualquier enfermedad, cuando se presenta un proceso de dependencia, las demandas económicas se intensifican, particularmente si la dependencia funcional imposibilita la movilización de la persona; ya que, además del tratamiento del proceso patológico, se puede generar la necesidad de productos higiénicos, suplementos alimenticios, material de curación y otros insumos que propicien el bienestar de la persona dependiente, sin dejar de lado al cuidador que en muchas ocasiones tiene que dejar su empleo para dedicarse al cuidado.

Las carencias económicas ocasionan inestabilidad tanto en la persona dependiente como en su cuidador, debido a que si no dispone de recursos económicos/materiales no podrá realizar las actividades que favorezcan el bienestar de la persona dependiente y por tanto la adaptación y/o el proceso de adaptación no será saludable.

Una de las formas de suplir las necesidades económicas es a través de la gestión de seguridad social y/o de recursos que los programas sociales ofrecen, para esto, el cuidador y su familia requieren de conocimientos y orientación para la solicitud del recurso.

Preparación y conocimiento

La *preparación y el conocimiento* es la parte esencial de esta propuesta. La premisa de esta propuesta se centra en que para lograr la transición saludable en la persona mayor dependiente y el cuidador se requiere de preparación y conocimiento.

El ideal sería que el binomio persona mayor y familia reciban la capacitación para el autocuidado y cuidado de la persona dependiente, desde el inicio de la situación de dependencia, en el primer nivel de atención.

Sin embargo, la persona mayor y su familia pueden no darse cuenta de los indicios de la pérdida de autonomía y buscar ayuda de los servicios médicos cuando el problema está avanzado e incluso hasta cuando por alguna razón la persona mayor requiere de hospitalización.

Durante la estancia hospitalaria los profesionales de enfermería comúnmente se centran en los cuidados que en su momento requiere la persona mayor dependiente, sin capacitar al cuidador para el quehacer en casa, lo que genera, que en corto tiempo la persona se complique y reingrese con estancias prolongadas.

Además, el cuidador que no cuenta con la preparación y el conocimiento para cuidar de la persona dependiente puede resultar lesionado o incluso desarrollar enfermedades derivadas de la sobrecarga del cuidador, lo que ocasionará que, sea la diada quien requiera de atención médica, saturando de esta manera los servicios de salud.

Por tanto, y además de que en las instituciones hospitalarias no se proporciona capacitación para el cuidado de la persona mayor dependiente, incluso, no se ejecuta un plan de alta, se hace necesario el desarrollo de espacios que favorezcan la preparación y conocimiento en las personas mayores y sus cuidadores. Las escuelas para cuidadores, se trata de una propuesta en la que se busca que cada facultad de enfermería disponga de escenarios para capacitar a los cuidadores en el cuidado de la persona mayor y su autocuidado, centrándose en fortalecer el conocimiento del origen de la pérdida de autonomía, el autocuidado de la persona dependiente, la capacitación para el cuidado y el autocuidado del cuidador.

En el caso de la persona dependiente, cuando el origen de la pérdida de la funcionalidad no involucre problemas o el daño cognitivo sea leve, la preparación y conocimiento incluye lo relacionado con la enfermedad y/o causa de la pérdida de autonomía, así como el autocuidado. Mientras que en los cuidadores es importante enseñar técnicas para el cuidado de la persona dependiente y el autocuidado, de esta manera se logrará una transición saludable que favorezca una mejor calidad de vida tanto para la persona dependiente como para el cuidador.

En el proceso de transición, además de considerar la naturaleza de la transición es necesario tomar en cuenta las condiciones bajo las que se presentan, estas pueden ser facilitadores o inhibidores; en las condiciones personales, los significados, creencias y actitudes culturales pueden variar según el contexto y las características sociodemográficas y de salud tanto de la persona mayor dependiente como del cuidador, entre estas características se encuentra la edad, género, estado marital, escolaridad, ocupación, religión, enfermedades diagnosticadas, consumo de medicamentos, horas de descanso diurno y nocturno, vínculo de parentesco, cohabitación cuidador-persona mayor, personas con las que comparte el rol de cuidador, cantidad de personas a las que cuida, tiempo en meses, días y horas por día que se dedica al cuidado, capacitaciones recibidas para llevar a cabo su rol de cuidador y los ingresos económicos que recibe la diada como pensiones de la persona mayor, ayuda de la familia o programas gubernamentales. Estas condiciones personales se interrelacionan con los facilitadores e inhibidores de la comunidad y la sociedad.

Las Condiciones Comunitarias y Sociales

Las alteraciones de la salud e incluso el deterioro funcional (desarrollo: vejez) que generan dependencia funcional conllevan la necesidad de apoyo para las personas que asumen el rol de cuidador, en el contexto mexicano, generalmente, este apoyo surge de la familia, sin embargo, existen otros tipos de apoyo que son relevantes para afrontar esta situación y lograr la adaptación, como la ayuda de la comunidad y la sociedad. Para fines del presente, se hará alusión a la comunidad como la proximidad geográfica en la que sus miembros comparten un espacio en común que les genera un sentido de pertenencia, relaciones interpersonales, vínculos afectivos/emocionales y afinidades; mientras que, la sociedad se refiere a una organización de mayor magnitud en la que se hacen presentes los programas y leyes que buscan mejorar las condiciones de vida de las personas.

Comunidad

Todas las personas están inmersas en una o más comunidades que se traducen en redes de apoyo en momentos de adversidad como el desarrollo de dependencia funcional. Ante este tipo de situaciones, los amigos, grupos religiosos, vecinos, clubes e incluso compañeros de trabajo pueden ser facilitadores de una transición saludable, sobre todo en los momentos donde la persona mayor o cuidador cursan con estrés, ansiedad, miedo, incertidumbre y otros sentimientos y/o emociones negativas derivadas de la experiencia que se encuentra en proceso.

En momentos de dificultad, el soporte espiritual que los grupos religiosos pueden proporcionar, la compañía de un amigo, vecino o compañeros de clubes y de trabajo pueden hacer que la persona mayor o cuidador no se sientan solos, marginados o abandonados. En un estudio que fue realizado por García et al. (2016) reportaron que el apoyo de amigos predice el bienestar psicológico de los cuidadores, mientras que

Cruz-Benítez et al. (2022) reportó que en una población de cuidadores de personas mayores la mayoría percibió bajo apoyo social de los amigos y otras personas significativas y que los cuidadores que percibieron mayor apoyo resultaron con menor sobrecarga del cuidador, lo que resalta la importancia de fortalecer las redes de apoyo comunitario para una transición saludable.

Sociedad

El apoyo social que es otorgado a través de las instancias gubernamentales es útil y necesario para las personas mayores y sus cuidadores. En México existe un sistema de salud público encargado de cubrir gran parte de las necesidades de la población en general que ofrece cobertura amplia y una atención integral, el cual se encuentra conformado por instituciones de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los servicios médicos ofrecidos por Petróleos Mexicanos (PEMEX), los servicios de Defensa Nacional (SEDENA) y de la

Secretaría de Marina (SEMAR), etc., y las instituciones y programas que ofrecen servicios a la población que no está asegurada como los servicios ofrecidos por la Secretaría de Salud (SSA), los Servicios Estatales de Salud (SESA), entre otros más (Colegio Nacional de Especialistas en Medicina Integrada, 2017; Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Los apoyos a las personas mayores que requieren cuidados pueden ser provistos también por hogares o instituciones; no obstante, los principales proveedores de atención en salud son el Estado, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado (López-Ortega, 2019).

En México se dispone de pocas instancias de cuidado temporal (centros de día, centros gerontológicos) o de atención permanente (residencias para personas mayores) pertenecientes al Sistema Nacional DIF y al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM); estas dos instancias cuentan únicamente con diez establecimientos de residencia para personas mayores en todo el territorio nacional (INAPAM, 2025).

Por otra parte, los subsistemas de salud en el país (IMSS, ISSSTE, SSA) ofrecen escasos servicios de cuidados dirigidos a personas mayores y sus cuidadores. En consecuencia, la mayoría de los cuidados se realizan en el ámbito del hogar por parte de sus familiares que no son remunerados, donde la mayoría son mujeres quienes cubren esta actividad (ISSSTE, 2024; IMSS, 2024).

En cuanto a capacitación, el INAPAM procura el desarrollo humano integral de las personas mayores, ofrece actividades de capacitación y actualización en temas relacionados con la vejez y el envejecimiento con enfoque de derecho y de género (INAPAM, 2023).

El IMSS (2024) ha implementado acciones integrales de atención social para las personas mayores, particularmente a través, de programas e intervenciones según la funcionalidad de cada individuo; entre ellas destaca el Programa Envejecimiento Activo (PREA), el cual se desarrolla en 122 centros de seguridad social con actividades de estimulación física, social y emocional, cuyo objetivo es mantener y mejorar la operatividad de las personas mayores. Así mismo, ofrece talleres y cursos para perso-

nas mayores y cuidadores por medio de la plataforma CLIMSS (Cursos en Línea Masivos y Gratuitos el IMSS), CLIMSS para cuidadores el cual brinda los elementos teórico-prácticos para el cuidado y asistencia de personas mayores en domicilio.

El ISSSTE ha implementado una Política Institucional de Atención Integral al Envejecimiento que incluye un programa compuesto por diversos proyectos como los Módulos Gerontológicos y el ElegISSSTE, Crecer con servicios de carácter preventivo y multidisciplinarios, además de la Red de Atención a las Personas Mayores en segundo y tercer nivel de salud; la asesoría jurídica en todos los ámbitos que lo requieran los jubilados y pensionados; así como importantes programas a cargo de PENSIONISSSTE, FOVISSSTE, TURISSSTE y SUPERISSSTE. Las acciones de capacitación van encaminadas a salvaguardar el bienestar integral de la persona que requiere cuidados y de quien proporciona dichos cuidados; para ello proporciona un curso diseñado para cuidador que se enfrenta cotidianamente a situaciones complejas (ISSSTE, s/f)

La Secretaría de Bienestar se ha encargado de coadyuvar al establecimiento del estado de bienestar en donde las personas como sujetos de derecho, en particular los grupos vulnerables, mejoren sus niveles de bienestar, inclusión y equidad, por lo cual implementan el programa para el Bienestar de las Personas Mayores, el cual consiste en entregar una pensión no contributiva de manera directa a la población mayor (INAPAM, 2021).

En cuanto a leyes, se dispone de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores donde en el Artículo 9º, se establece que, “la familia de las personas adultas mayores deberá cumplir su función social; por tanto, de manera constante y permanente deberá velar por cada una de las personas mayores que formen parte de ella, siendo responsable de cubrir sus necesidades para su atención y desarrollo integral”. Sin embargo, en México, los cuidados familiares han recaído únicamente en: el/la cónyuge, hijas/hijos o nueras, quienes se encargarán de proporcionar cuidados; sobre todo, en las mujeres integrantes de la familia, quienes representan el 86% de los casos a lo que se le conoce como feminización del cuidado (Huenchuan, 2018).

Si bien es cierto, el programa para el Bienestar de las Personas Mayores es un importante avance y ha impactado en la calidad de vida de las personas mayores que no tienen la posibilidad de obtener una pensión contributiva (Díaz, 2024), estos recursos no son suficientes cuando la persona mayor cursa con problemas de salud física y/o mental o deterioro funcional por el envejecimiento, que genera a la familia un incremento en el gasto por medicamentos o insumos que no son otorgados por las instituciones públicas.

Por otra parte, algunas instituciones proveen recursos para la capacitación en el cuidado y autocuidado del cuidador, estos recursos no llegan a la población en general o no son otorgados en el momento en el que la persona mayor y sus cuidadores los requieren, lo que junto con las necesidades económicas pueden ocasionar que no se logre una transición saludable.

Patrones de respuesta o indicadores de proceso y de resultado

Meléis et al. (2000) refieren que las respuestas durante y después del proceso de transición se clasifican en indicadores de proceso e indicadores de resultado, y estos a su vez describen respuestas de una transición saludable.

Estas respuestas nos permiten valorar el conocimiento que tienen una persona sobre la transición y los recursos propios, y del medio para manejar los momentos críticos que se presentan a lo largo de la transición; también permite valorar el conocimiento de los cambios para lograr pasar de una identidad u otra (Meléis, 1987; Wilson, 1997)

Durante las transiciones hay pérdidas de redes, apoyos sociales, objetos significativos y cambios en los objetivos familiares, también hay periodos de incertidumbre que requieren diferentes habilidades y competencias; los problemas que se presentan en la transición pueden ser resultado de no poder separar las identidades y formas de funcionamiento, pero es en este sentido donde la meta de enfermería es ayudar a la persona a pasar a transiciones saludables para lograr resultados saludables

(Meléis, 2010). Estos indicadores de proceso y resultado presentan las características de las respuestas saludables.

Indicadores de proceso

Los indicadores de proceso inducen a la persona que está pasando por la transición hacia la salud, la vulnerabilidad o el riesgo, los cuales son: sentirse conectado, interacciones, ubicación, estar situado y el desarrollo de confianza y afrontamiento; estos permitirán al profesional de enfermería realizar una valoración inicial y brindar intervenciones que ayudan a obtener resultados favorables ante el nuevo rol (Meléis et al., 2000).

La persona mayor al presentar una enfermedad física o mental pasa de ser autónomo para realizar las actividades de la vida diaria a ser dependiente, lo que genera moverse a un estado de vulnerabilidad o de riesgo, y lo que a su vez convierte a un familiar (esposo/a, hijo/a o un familiar cercano) como cuidador principal informal.

Esta transición del cuidador familiar inicia de forma precipitada por un evento significativo (enfermedad crónica o declive funcional por vejez) que requiere nuevos patrones de respuesta, que pueden facilitar o inhibir la progresión hacia la adaptación del rol, dentro de las que se encuentran el conocimiento, las creencias, las actitudes y factores del sistema social en el que se encuentra el cuidador; en la cual la transición puede ser favorable o no para el cuidador, y esto se determinará con los indicadores de respuesta y a la forma en que interactúa con otros: el afrontamiento, autoconfianza y la satisfacción del rol ejercido (Carreño & Chaparro, 2018).

Sentirse conectado

Sentirse conectado se define como la necesidad de percibirse y experimentar la alianza con otras personas como los miembros de sus comunidades (familia, amigos, vecinos, clubes, compañeros de trabajo, miembros de alguna religión, entre otros) y generar comunicación con personas que se encuentren en condiciones similares e incluso relacionarse con el

equipo de salud, que les permita sentirse seguros, comprendidos, valorados y confirmen la importancia de su rol de cuidadores.

Sentirse conectado permite a los cuidadores incrementar su percepción de apoyo social y disminuir su percepción de aislamiento, soledad, estrés, ansiedad e incertidumbre puesto que mejoran su salud mental, física y habilidades instrumentales (INAPAM, 2020b). No obstante, cuando la persona mayor y su cuidador no reciben apoyo de la familia u otros integrantes de la comunidad y sociedad, se les dificulta hacer contacto con otros y/o mantener sus redes de socialización.

Cuidar no es una tarea fácil, las respuestas y actos de las personas mayores pueden generar que el cuidador se desespere, incomode, enoje, irrite, entristezca por no sentirse comprendido o valorado. La comunicación y relación que el cuidador tenga con la persona mayor dependiente serán elementos importantes que considerar para que se sientan conectados, en este proceso de transición, los conocimientos y habilidades para el cuidado que el cuidador disponga serán herramientas que el cuidador podrá emplear para comprender los cambios que la persona mayor está experimentando, sus necesidades y respuestas ante eventos que se presenten y de esta manera fortalecer la conexión entre ellos que les permita una transición saludable.

Interacciones

A través de la interacción se descubren, aclaran y reconocen, las conductas desarrolladas en respuesta a la transición (Meléis, 2010), por lo que, la interacción que los cuidadores tengan con la persona mayor dependiente y otras personas los llevará a patrones de respuesta adaptativos o no adaptativos, para lo que es importante que el cuidador descubra, aclare y reconozca las conductas que está desarrollando durante el proceso de transición, lo que permitirá que en la etapa de intervención con la terapéutica de enfermería desarrolle o fortalezca sus patrones de respuesta adaptativos, para esto, es importante que la persona tenga la sensibilidad y apertura para el cambio o mejoramiento de su rol de cui-

dador, en este proceso su estado físico y emocional serán el parteaguas para la aceptación y efecto de la intervención.

Los patrones de respuesta pueden derivar de la forma en que la persona asumió el rol de cuidador, si fue por voluntad o imposición o porque no tuvo otra opción. Cuando la persona cuida por voluntad sus comportamientos o conductas son de apertura para el aprendizaje y capacitación, aceptación y de búsqueda de apoyo; por el contrario, si la persona asumió el rol de cuidador por imposición o porque no tuvo otra opción puede mostrar resistencia para mejorar su práctica de cuidado o buscar los conocimientos y herramientas para el ejercicio de su rol. Sin embargo, también puede presentarse el escenario donde la persona haya asumido el rol por imposición o porque no tuvo otra opción, pero es una persona resiliente, espiritualidad fortalecida y empática, este perfil le puede llevar a patrones de respuesta adaptativos.

La interacción positiva con la persona mayor dependiente y otros cuidadores también puede fortalecer los patrones de respuesta adaptativos, en este sentido, cobra importancia el disponer de espacios donde tanto la persona mayor dependiente como el cuidador puedan relacionarse entre ellos y con otras personas que se encuentran en situaciones similares lo que les permitirá descubrir, aclarar y reconocer e incluso comparar las conductas que están desarrollando.

Ubicación y estar situado según el tiempo y las relaciones

La *ubicación y estar situado según el tiempo y las relaciones*, son importantes en la mayoría de las transiciones, ya que indican si la respuesta va en dirección hacia una transición saludable o no. En el proceso de transición puede existir un punto de partida identificable que va desde los primeros signos de anticipación, percepción o demostración del cambio, pasa por un periodo de inestabilidad, estrés y confusión y llega a su final con un nuevo inicio o estabilidad; pero no hay tiempo exacto para la transición (Meléis et al., 2010).

El contexto en el que se encuentre la persona mayor dependiente y el cuidador impactará en sus patrones de respuesta. En el ámbito

mexicano, el cuidado se otorga en múltiples escenarios, principalmente en el entorno familiar que puede ser en la vivienda de la persona mayor o en la del(los) cuidador(es). En algunos casos, se cuenta con único cuidador y en otros, más integrantes de la familia contribuyen en el cuidado instrumental, lo que puede generar la necesidad de que la persona mayor o el/los cuidadores se muden de sus viviendas. Ante esta necesidad algunas personas mayores dependientes aceptarán sin dificultad mudarse a la vivienda de sus cuidadores y otras no, lo mismo sucederá con los cuidadores, dependiendo de los roles que asuman además del cuidado de la persona mayor, que es importante diferenciarlos (Carreño et al., 2018), estos cambios les pueden generar dificultad para afrontar la situación.

Además del escenario o contexto en el que se realice el cuidado es importante una valoración integral que incluya la funcionalidad familiar, el estado de salud del cuidador, el tiempo en meses/años que ha dedicado al cuidado, cantidad de días a la semana y horas al día que cuida a la persona mayor dependiente, cantidad de personas mayores que cuida (puede ser padre, madre e incluso tíos u otras personas mayores), experiencias previas como cuidador de personas mayores (posiblemente antes cuidó a otros familiares), sus creencias (espiritualidad y religiosidad) y valores, estado de salud mental y cognitiva del cuidador (función cognitiva, conocimiento que el cuidador tiene sobre el motivo de la dependencia funcional de la persona mayor y las necesidades que de este proceso derivan, resiliencia, estrés, ansiedad, depresión, incertidumbre, entre otras) y la percepción de apoyo social. La valoración de la ubicación holística y contextual (desde un enfoque físico, psicológico y social) y la comprensión de los procesos de cambio y sus fuentes de ayuda orientarán en la dirección que se está tomando en el proceso de la transición.

Desarrollar confianza y afrontamiento

Pese a las circunstancias bajo las que se asuma el rol de cuidador, el estado de salud física, mental y deterioro funcional por la vejez de la persona mayor, y las necesidades de la persona mayor dependiente y del cuidador,

si la persona dispone de redes de apoyo, se siente conectado, interactúa con otras personas y su estado de conciencia es óptimo, podrá regular sus emociones y fortalecer su resiliencia, lo que se traduce a confianza y afrontamiento con impacto en la reducción de la sobrecarga. Por lo que, las habilidades y competencias que el cuidador adquiera al ser capacitado para el cuidado de la persona mayor y su autocuidado físico y mental lo conducirán a una transición saludable y reducción de comorbilidades. Lo anterior podrá lograrlo conforme el tiempo va transcurriendo y su experiencia de cuidador va evolucionando y se va fortaleciendo; no obstante, también dependerá de las perspectivas y actitudes individuales.

Indicadores de resultado

Los indicadores de resultado permiten comprobar si una transición es saludable o no, Meléis et al (2000) mencionan dos indicadores: el dominio y las identidades integradoras fluidas que están interrelacionados con los facilitadores e inhibidores y llevan a la terapéutica de enfermería.

Dominio

Para determinar si el término de una transición es saludable es necesario valorar las habilidades y conductas ante las nuevas situaciones que se le presenten a la persona (Meleis et al., 2000). En el cuidador de la persona mayor este indicador se puede comprobar con el grado de dominio de las habilidades para el cuidado y autocuidado físico y mental, así como una vez que la persona mayor fallece, enfrentar el duelo. Por lo anterior, es en este punto donde el papel de enfermería es de suma importancia ya que al proporcionar la capacitación necesaria lo ayudará a enfrentar todo el proceso de transición y que esta sea una transición saludable y no sea vista como una carga tanto para la persona mayor, cuidador y su familia.

Identidades integradoras fluidas

La asunción del rol se convierte en un cambio importante en la vida de las personas, que puede iniciar con circunstancias desfavorables y con el paso del tiempo redefinirse tras la experiencia. Los momentos memorables, experiencias de vida, relaciones e interacciones que la persona mayor dependiente y cuidador experimenten pueden modificar el sentido de vida, sobrecarga, adopción del rol y el proceso de transición.

Se espera que al finalizar la capacitación el cuidador adquiere las habilidades y destrezas necesarias para brindar un cuidado de calidad y calidez, adquiere tantas habilidades cognitivas, psicomotoras, se genera confianza y toma de decisiones asertivas; y esto también produce en él una alta calidad de autocuidado y desempeño del rol de cuidador eficiente.

Terapéutica de enfermería

El papel de la enfermera en el proceso de transición es importante para asegurar la calidad de los cuidados (Meléis et al., 2000). Los profesionales de enfermería se encargarán de valorar e identificar las necesidades de las personas que les permitan una transición saludable (Fernández & Ortega, 2020).

La terapéutica de enfermería permite a los profesionales de enfermería seleccionar las intervenciones más idóneas, los puntos de intervención óptimos para lograr las metas deseadas de mantenimiento y promoción de la salud. Se describen dos tipos de intervenciones: la *intervención terapéutica* la cual surge después de que se han experimentado las consecuencias de la transición, y la *intervención preventiva*, ocurre previo a la transición o antes de las consecuencias (Meléis, 2010).

El termino terapéutica de enfermería engloba la relación terapéutica que existe entre el profesional de enfermería, la persona que recibe el cuidado y los elementos clave que influyen en la relación (Burns, 2015).

De acuerdo con Schumacher y Meléis (1994) la terapéutica de enfermería incluye tres medidas: la valoración de la preparación, preparación para la transición y la suplementación del rol.

Valoración de la preparación

En la valorar la preparación se requiere de la intervención multidisciplinaria para lograr el conocimiento integral de la persona, las condiciones de la transición y patrones de la experiencia de la transición que permitan diseñar el perfil individualizado de la preparación (Schumacher & Meléis, 1994). Por consiguiente, en esta fase de la valoración es necesario identificar las condiciones personales como el estado de salud y causas de la dependencia funcional (enfermedades agudas, cronicidad y sus comorbilidades, daño cognitivo o declive funcional por envejecimiento), necesidades y nivel de dependencia de la persona mayor, estado de salud y necesidades de la persona cuidadora, el contexto bajo el que se realiza el cuidado, el apoyo comunitario (familia, amigos, vecinos, iglesia, clubes, compañeros de trabajo, entre otros) y social (programas gubernamentales y no gubernamentales).

Preparación para la transición

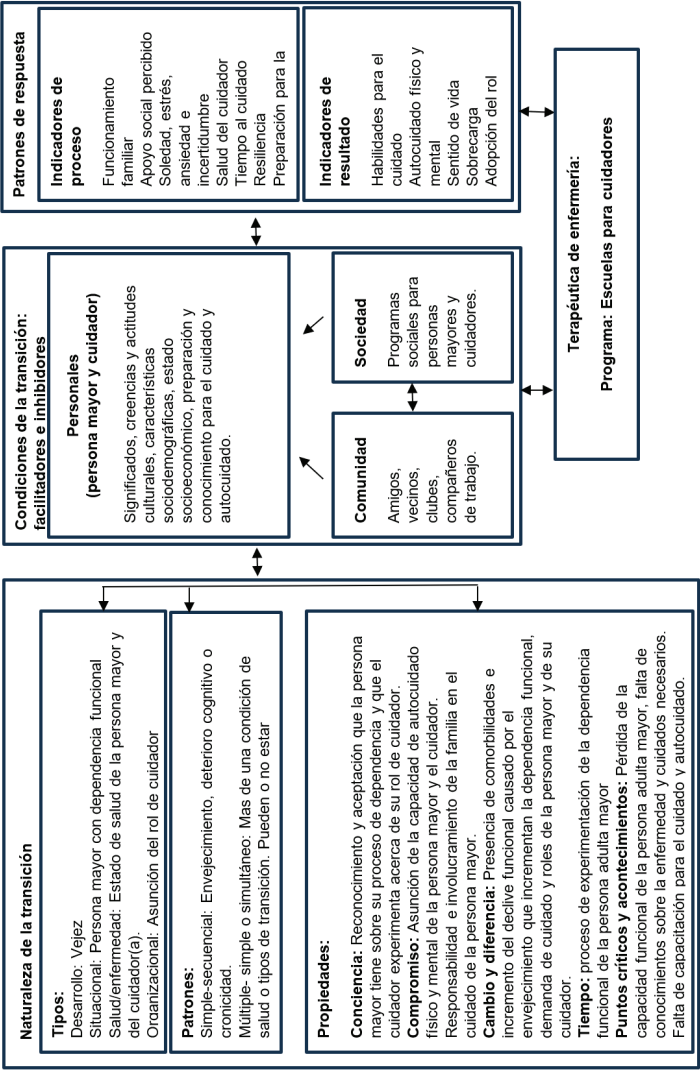
Esta estrategia terapéutica se convierte en el momento ideal para enseñar al cuidador las técnicas instrumentales para el cuidado de la persona mayor y su autocuidado físico y mental que le permitan tener una preparación para la transición, es decir, proveerle de las herramientas que requerirá en la suplementación del rol, no obstante, es importante que la capacitación se realice de manera continua, de tal manera que la persona cuidadora perciba y experimente la ayuda del equipo de salud, principalmente de los profesionales de enfermería quienes toman un papel importante en el proceso de transición y de manera continua valoran la dirección que la transición está tomando para asegurar una transición saludable.

Suplementación del rol

Esta estrategia de la terapéutica de enfermería busca que la persona adquiera nuevos conocimientos y competencias para el cuidado, para lo que los profesionales de enfermería deberán de tomar en cuenta el nivel de conciencia, estado emocional y los objetivos/intereses que la persona se plantee (Meleis, 2010; Schumacher & Meléis, 1994). Por tanto, de acuerdo con esta estrategia se buscará valorar la preparación de los cuidadores para el cuidado de la persona mayor, las habilidades para el cuidado y autocuidado físico y mental.

Es importante aclarar que la valoración de la preparación para la transición y la suplementación del rol no se realizan en un momento determinado ni único, es recomendable que se realice de manera continua para guiar a la persona cuidadora a una transición saludable.

Proceso de transición del cuidador de la persona mayor dependiente



Fuente: Elaboración propia con base en los conceptos que integran la teoría intermedia de las transiciones de Meleis

Propuesta de terapéutica de enfermería de las escuelas para cuidadores

Con base en lo planteado en la terapéutica de enfermería de Afaf Meleis es necesario, 1) *iniciar con la preparación: el conocimiento completo de la persona mayor, envejecimiento y sus cambios, los tipos de dependencia que puede presentar, así como conocimientos respecto al cuidador familiar*, para poder entender todo el proceso de transición; 2) *planear e implementar las intervenciones de enfermería dirigidas al cuidador* y finalmente 3) *suplementario del rol de cuidador* que le permitirá desempeñar adecuadamente los cuidados a la persona mayor, para lo que se hizo un análisis y extracción de etiquetas diagnósticas (NANDA) (NANDA Internacional, 2024), objetivos (NOC) (Moorhead et al., 2024) e intervenciones (NIC) (Wagner et al., 2024) que permitirán la terapéutica de enfermería para la transición saludable de los cuidadores, centradas en el cuidado de la persona mayor y autocuidado físico y mental del cuidador. En seguida, se propone un programa de capacitación para el cuidador de la persona mayor dependiente.

Plan de cuidados dirigido al cuidado de la persona mayor dependiente

De acuerdo con el Programa de Acción Específico Atención al Envejecimiento (PAE) 2020-2024 de la Secretaría de Salud (2021) dentro de los síndromes geriátricos se encuentran: la depresión, deterioro cognitivo, caídas, incontinencia urinaria y la osteoporosis; todos estos padecimientos requieren una atención centrada en la persona, por otro lado cuando

la persona presenta alguna discapacidad, requieren realizar sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, por lo cual el apoyo de un cuidador o cuidador primario, mismo que requiere capacitación y actualización periódica. Para que ellos brinden una atención integral centrada en la persona mayor, se requiere de capacitar a los cuidadores, los cuales en su mayoría no poseen conocimientos para la atención de esta población; se ha reportado que una de cada cuatro personas mayores necesita algún tipo de apoyo o una serie de cuidados en el hogar, y se reporta que por cada 10 personas mayores que necesitan cuidados, solo 4 los reciben.

Uno de los objetivos prioritarios de este PAE es el de mejorar el bienestar de las personas mayores a través de un sistema de cuidados de largo plazo para las personas mayores con dependencia funcional; este indica que se deben de generar programas de prevención de la dependencia funcional que incluya a todas las personas mayores en los diferentes modelos de atención, así mismo establecer mecanismos de formación de cuidadores formales e informales para brindar su atención (SSA, 2021).

En el Programa Anual de Trabajo 2025, del Instituto Nacional de las Personas Mayores (INAPAM), menciona en su estrategia 1.5 Incorporar las perspectivas de envejecimiento activo y vejez con bienestar, derechos humanos y género, en los planes, programas y acciones transversales con los tres órganos de gobierno, se deben diseñar y difundir materiales de capacitación con contenidos gerontológicos a la dignificación de las personas mayores al conocimiento y ejercicio de sus derechos, y fortalecer el diseño de planes, programas, políticas o proyectos relacionados con la atención de las personas mayores a nivel nacional.

En su estrategia 2.2 Promover el reconocimiento, protección, difusión y garantía de los derechos de las personas mayores, se debe promover la capacitación de personas y organizaciones interesadas en temas relacionados con la perspectiva del envejecimiento y vejez con bienestar, con el fin de impulsar el reconocimiento de los derechos de las personas mayores. La estrategia 2.3 Fortalecer el funcionamiento de las instituciones públicas y privadas que brindan atención a personas mayores para fortalecer su bienestar, se debe promover el desarrollo de redes sociales de apoyo para las personas mayores (INAPAM, 2025).

La Década del Envejecimiento Saludable promueve cuatro ámbitos de actuación para la promoción de la salud; prevención de enfermedades, mantener la capacidad intrínseca y facilitar la capacidad funcional (OMS, 2021), este ámbito conlleva acciones que, de acuerdo con las Naciones Unidas y la CEPAL (2019), bajo la coordinación entre los gobiernos, organismos internacionales, sociedades civiles, profesionales, instituciones académicas, medios de comunicación y sector privado pueden contribuir con estas acciones de la Década del envejecimiento saludable.

Por su parte, la Red Internacional de Enfermería en a Salud del Adulto Mayor (Red ESAM) creada como una estrategia para potencializar conocimientos y esfuerzos entre actores comprometidos con el desarrollo del área de la salud de las personas mayores en los países del continente americano”. En México una de las estrategias para contribuir con los objetivos y misión de la Red ESAM fue incluir estudiantes de enfermería en el trabajo que realizan los Miembros Personales y Miembros Institucionales, por lo que se constituyó el Grupo de Estudiantes de Enfermería para el Fomento del Envejecimiento Saludable (GREEFES) (Durán-Badillo & Felix-Alemán, 2023).

Dentro de las actividades que los GREEFES realizan para dar respuesta a la acción 2 (OMS, 2020) de asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores, son promover la creación de escuelas para cuidadores en las instituciones formadoras de profesionales de enfermería que han constituido GREEFES, con el objetivo de capacitar al cuidador en su autocuidado y cuidado de la persona mayor para fortalecer las capacidades funcionales y mentales del binomio. En la acción 4 de la OMS (2020) proporcionar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que lo necesiten, las actividades de los estudiantes de pregrado y GREEFES, establece lazos de colaboración en las instituciones de salud para promover que canalicen a los cuidadores de las personas mayores a las escuelas para cuidadores con el objetivo de dar seguimiento a los cuidadores.

Todo lo anterior genera la necesidad de geriatrizar el sistema mediante persona capacitado con mejores herramientas de trabajo, intervencio-

nes de gran eficacia, protocolos estandarizados, criterios uniformes de actuación, que sean adaptados a las necesidades de las personas mayores que permitan mitigar la carga de la enfermedad, prevenir la dependencia funcional, prevenir y detectar la fragilidad (Instituto Nacional de Geriátrica, 2017).

El cuidado de enfermería requiere de la aplicación de juicios profesionales en la planeación, organización, integración, dirección y control de los recursos tangibles e intangibles que garanticen la continuidad de la prestación del cuidado de manera oportuna, segura e integral para lograr el bienestar de las personas, familias y comunidades, este bienestar se logra mediante el proceso humano físico, psíquico, social y espiritual entre el profesional de enfermería y la persona de cuidado que presenta respuestas humanas (Secretaría de Salud, 2023).

En este sentido el profesional de enfermería ha sido identificado como uno de los trabajadores de salud con intervenciones más eficaces y efectivas para la implementación de acciones de atención primaria, en todos los niveles del sistema de salud, para abordar los elementos que propone la OMS, ello implica la identificación de riesgos en las PM y así disminuir las complicaciones y el riesgo de dependencia funcional (Instituto Nacional de Geriátrica, 2017).

La atención de enfermería dirigida a las personas mayores se centra en la evaluación de sus necesidades, la planificación y administración de los cuidados destinados a satisfacer esas necesidades, y evaluación de la eficacia de los cuidados brindados en consecución y mantenimiento del nivel de bienestar acorde con las limitaciones por el proceso de envejecimiento (Ruiz-Montes et al., 2015).

Por ello, la función del profesional de enfermería como proveedor de cuidados y educador en salud para las personas mayores y la orientación durante procesos crónicos, lo posiciona como el experto principal para identificar situaciones de riesgo y evaluar circunstancias en las que la persona o la familia pueden carecer de conocimientos (Martínez-Sabater & Pascual-Ruiz, 2009).

Planeación de Intervenciones de Enfermería dirigidas al Cuidado de la Persona Mayor

<i>Etiquetas NANDA</i>	<i>Metas/objetivos (NOC)</i>	<i>Intervenciones (NIC)</i>
Dominio 5: Percepción/cognición Clase 4: Cognición 00435 Conocimientos de salud inadecuados 00499 Disposición para mejorar el conocimiento en salud	Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase: GG Conocimiento sobre su condición de salud Resultado: 1803 Conocimiento: manejo de la enfermedad Resultado: 1813 Conocimiento: régimen terapéutico Clase: S Conocimientos sobre promoción de la salud Resultado: 1805 Conocimiento: conducta de salud Resultado: 1808 Conocimiento: medicación Resultado: 1828 Conocimiento: prevención de caídas Resultado: 1862 Conocimiento: manejo del estrés Resultado: 1806 Conocimiento: recursos sanitarios Resultado: 1870 Conocimiento: recursos sanitarios de la comunidad Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase II: Habilidades vitales para el apoyo de la salud 2015 Conducta de alfabetización sobre la salud	Dominio 3: Conductual Clase S: Educación para la salud Intervención: 5606 Enseñanza: individual Intervención: 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos (Clase H Manejo de la medicación) Intervención: 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad Dominio 3: Conductual Clase R: Ayuda para el afrontamiento Intervención: 5305 Entrenamiento en salud Intervención: 5250 Apoyo en la toma de decisiones (Clase Y Medición del sistema sanitario) Intervención: 5520 Facilitación del aprendizaje (Clase P Terapia cognitiva) Dominio I: Fisiológico: Básico Clase F: Facilitación del autocuidado Intervención: 1665 Manejo de la capacidad funcional
Dominio 1: Promoción de la salud Clase 2: Gestión de la Salud 00309 Disposición para mejorar las conductas de mantenimiento del hogar 00353 Síndrome del anciano frágil 00357 Riesgo de síndrome del anciano frágil 00340 Disposición para mejorar el envejecimiento saludable	Dominio V: Salud y Calidad de vida Clase U: Salud y situación vital percibidas Resultado: 2016 Envejecimiento eficaz Dominio VI: Salud familiar Clase W: Desempeño del cuidador familiar Resultado: 2205 Rendimiento del cuidador: Cuidados directos Resultado: 2206 Rendimiento del cuidador: Cuidados indirectos Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase R: Creencias sobre la salud Resultado: 1705 Orientación sobre la salud	Dominio 5: Familia Clase X: Cuidados durante la vida Intervención: 7180 Asistencia en el mantenimiento del hogar Dominio I: Fisiológico: Básico Clase D: Apoyo nutricional Intervención: 5246 Asesoramiento nutricional Dominio I: Fisiológico: Básico Clase E: Facilitación del autocuidado Intervención: 1800 Ayuda con el autocuidado Dominio 2: Fisiológico Complejo Clase H: Manejo de la medicación Intervención: 2380 Manejo de la medicación Intervención: 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

<i>Etiquetas NANDA</i>	<i>Metas/objetivos (NOC)</i>	<i>Intervenciones (NIC)</i>
	Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase GG: 1803 Conocimiento: Manejo de la enfermedad Resultado: 1847 Conocimiento: manejo de la enfermedad crónica Resultado: 1842 Conocimiento: manejo de la infección Dominio II: Salud Fisiológica Clase K: Digestión y nutrición Resultado: Estado nutricional Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase: 5 Conocimientos sobre promoción de la salud Resultado: 1843 Conocimiento: manejo del dolor Resultado: 1808 Conocimiento: manejo de la medicación Resultado: 1828 Conocimiento: prevención de caídas Dominio V: Salud y Calidad de vida Clase: U Salud y situación vital percibidas Resultado: 2008 Estado comodidad	Dominio 3: Conductual Clase S: Educación para la salud Intervención: 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad Intervención: 5618 Enseñanza: procedimientos o tratamientos Dominio 4: Seguridad Clase V: Manejo del riesgo Intervención: 6490 Prevención de caídas Dominio 3: Conductual Clase R: Ayuda en el afrontamiento Intervención: 5260 Cuidados en la agonía
Dominio 2: Nutrición Clase 1: Ingestión 00343 Ingesta nutricional inadecuada 00409 Riesgo de ingesta nutricional inadecuada 00419 Disposición para mejorar la ingesta nutricional 00359 Inadecuada ingesta nutricional proteico-energética 00360 Riesgo de inadecuada ingesta nutricional proteico-energética	Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase S: Conocimientos sobre promoción de la salud Resultado: 1854 Conocimiento: dieta saludable Clase GG: Conocimiento sobre su condición de salud Resultado: 1802 Conocimiento: dieta prescrita Dominio II: Salud Fisiológica Clase K: Digestión y nutrición Resultado: Estado nutricional Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase GG: Conocimiento sobre la condición de salud Resultado: 1813 Conocimiento: régimen terapéutico	Dominio I: Fisiológico: Básico Clase D: Apoyo nutricional Intervención: 5246 Asesoramiento nutricional Intervención: 5614 Enseñanza: dieta prescrita (S) Intervención: 1100 Manejo de la nutrición Intervención: 1160 Monitorización nutricional Intervención: 1120 Terapia nutricional Dominio I: Fisiológico: Básico Clase F: Facilitación del cuidado Intervención: 1720 Favorecimiento de la salud oral Intervención: 1730 Restablecimiento de la salud oral Dominio 2: Fisiológico Complejo Clase H: Manejo de la medicación Intervención: 2380 Manejo de la medicación Intervención: 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

<i>Etiquetas NANDA</i>	<i>Metas/objetivos (NOC)</i>	<i>Intervenciones (NIC)</i>
Dominio 2: Nutrición Clase 5: Hidratación 00491 Riesgo de deterioro del equilibrio hidroelectrolítico 00492 Riesgo de deterioro del equilibrio del volumen de líquidos 00026 Volumen de líquidos excesivo 00370 Riesgo de volumen de líquidos excesivo 00421 Volumen de líquidos inadecuado 00420 Riesgo de volumen de líquidos inadecuado	Dominio II: Salud Fisiológica Clase G: Líquidos y electrolitos Resultado: 0602 Hidratación Resultado: 0601 Estado hídrico Resultado: 0606 Equilibrio electrolítico Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase GG: Conocimiento sobre la condición de salud Resultado: 1813 Conocimiento: régimen terapéutico Clase T: Control del riesgo Resultado: 1937 Control del riesgo: deshidratación	Dominio 2: Fisiológico: Complejo Clase G: Manejo de electrolitos y ácido base Intervención: 2000 Manejo de electrolitos Intervención: 2020 Monitorización de electrolitos Dominio 3: Conductual Clase 5: Educación para la salud Intervención: 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad Dominio 2: Fisiológico Complejo Clase H: Manejo de la medicación Intervención: 2380 Manejo de la medicación Intervención: 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos
Dominio 3: Eliminación e Intercambio Clase 1: Función urinaria 00016 Deterioro de la eliminación urinaria 00322 Riesgo de retención urinaria Incontinencia urinaria asociada a discapacidad 00310 Incontinencia urinaria mixta	Dominio II: Salud Fisiológica Clase F: Eliminación Resultado: 0502 Eliminación urinaria	Dominio I: Fisiológico: Básico Clase B: Manejo de la evacuación Intervención: 0610 Cuidados de la Incontinencia urinaria Intervención: 0620 Cuidados de la retención urinaria Intervención: 1804 Ayuda con el autocuidado/micción Intervención: 0590 Manejo de la eliminación urinaria Dominio 2: Fisiológico Complejo Clase H: Manejo de la medicación Intervención: 2380 Manejo de la medicación Intervención: 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos
Dominio 3: Eliminación e Intercambio Clase 2: Función gastrointestinal 00423 Deterioro de la motilidad gastrointestinal 00422 Riesgo de deterioro de la motilidad gastrointestinal 00344 Deterioro de la eliminación intestinal 00346 Riesgo de deterioro de la eliminación intestinal 00235 Estreñimiento crónico funcional 00236 Riesgo de estreñimiento crónico funcional	Dominio II: Salud Fisiológica Clase F: Eliminación Resultado: 0501 Eliminación intestinal	Dominio I: Fisiológico: Básico Clase B: Manejo de la evacuación Intervención: 1804 Ayuda con el autocuidado/evacuación Intervención: 0460 Manejo de la diarrea Intervención: 0450 Manejo del estreñimiento Intervención: 0430 Manejo intestinal Dominio 2: Fisiológico Complejo Clase H: Manejo de la medicación Intervención: 2380 Manejo de la medicación Intervención: 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

<i>Etiquetas NANDA</i>	<i>Metas/objetivos (NOC)</i>	<i>Intervenciones (NIC)</i>
Dominio 4: Actividad/reposo Clase 1: Sueño/reposo 00337 Patrón del sueño ineficaz 00407 Riesgo de patrón de sueño ineficaz Disposición para mejorar el patrón del sueño 00323 Conductas ineficaces de higiene del sueño 00408 Riesgo de conductas ineficaces del sueño	Dominio I: Salud Funcional Clase A: Mantenimiento de la energía Resultado: 0003 Descanso Resultado: 0004 Sueño	Dominio I: Fisiológico: Básico Clase F: Facilitación del cuidado Intervención: 1850 Mejora del sueño Dominio 2: Fisiológico Complejo Clase H: Manejo de la medicación Intervención: 2380 Manejo de la medicación Intervención: 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos
Dominio 4: Actividad/reposo Clase 2: Actividad/ejercicio 00085 Deterioro de la movilidad física 00324 Riesgo de deterioro de la movilidad física 00091 Deterioro de la movilidad en la cama 00089 Deterioro de la movilidad en silla de ruedas 00363 Deterioro de la capacidad para sentarse Deterioro de la capacidad para caminar	Dominio I: Salud Funcional Clase C: Movilidad Resultado: 0208 Movilidad Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase S: Conocimiento sobre promoción de la salud Resultado: 1827 Conocimiento: mecánica corporal Resultado: 1828 Conocimiento: prevención de caídas Clase T: Control del riesgo Resultado: 1939 Control del riesgo: caída Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase Q: Conducta de salud Resultado: Rendimiento de la mecánica corporal	Dominio I: Fisiológico: Básico Clase C: Manejo de la inmovilidad Intervención: 1806 Ayuda con el autocuidado transferencia Intervención: 0840 Cambio de posición Intervención: 0846 Cambio de posición: silla de ruedas Intervención: 0940 Cuidados de tracción/inmovilización Intervención: 0740 Cuidados del paciente encamado Intervención: 0910 Inmovilización Intervención: 0970 Transferencia Dominio I: Fisiológico: Básico Clase F: Facilitación del autocuidado Intervención: 1665 Manejo de la capacidad funcional
Dominio 4: Actividad/reposo Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares 00362 Riesgo de tensión arterial desequilibrada 00032 Patrón respiratorio ineficaz	Dominio II: Salud Fisiológica Clase E: Cardiopulmonar Resultado: 0401 Estado circulatorio Resultado: 0415 Función Respiratoria Resultado: 0414 Función cardiopulmonar	Dominio 2: Fisiológico: Complejo Clase K: Manejo respiratorio Intervención: 3330 Cambio de posición: decúbito prono Intervención: 3320 Oxigenoterapia Intervención: 3350 Monitorización respiratoria Intervención: 3250 Manejo de la tos
Dominio 5: Percepción/cognición Clase 4: Cognición 00128 Confusión aguda 00173 Riesgo de confusión aguda 00493 Procesos del pensamiento alterados 00131 Deterioro de la memoria	Dominio II: Salud Fisiológica Clase J: Neurocognitiva Resultado: 0900 Cognición Resultado: 0908 Memoria Resultado: 0901 Orientación cognitiva Resultado: 0909 Función Neurológica Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase GG: Conocimiento sobre la condición de salud Resultado: 1851 Conocimiento: manejo de la demencia	Dominio I: Fisiológico: Básico Clase F: Facilitación del autocuidado Intervención: 1665 Manejo de la capacidad funcional Intervención: Manejo de la demencia: baño Dominio 2: Fisiológico: Complejo Clase I: Manejo neurológico Intervención: 2620 Monitorización neurológica

<i>Etiquetas NANDA</i>	<i>Metas/objetivos (NOC)</i>	<i>Intervenciones (NIC)</i>
		Dominio 4: Seguridad Clase V: Manejo del riesgo Intervención: 6460 Manejo de la demencia Intervención: 6440 Manejo del delirium Intervención: 6510 Manejo de las alucinaciones Dominio 3: Conductual Clase P: Terapia Cognitiva Intervención: 4820 Orientación de la realidad Intervención: 4720 Estimulación cognitiva Intervención: 4760 Entrenamiento de la memoria
Dominio 5: Percepción/cognición Clase 5: Comunicación 00051 Deterioro de la comunicación verbal 00434 Riesgo de deterioro de la comunicación verbal	Dominio II: Salud Fisiológica Clase J: Neurocognitiva Resultado: 0902 Comunicación Dominio VI: Salud Familiar Clase W: Desempeño del cuidador familiar Resultado: Relación entre el cuidador y el paciente Resultado: 2206 Rendimiento del cuidador: cuidados indirectos	Dominio 3: Conductual Clase Q: Mejora de la Comunicación Intervención: 4920 Escucha activa Intervención: 4974 Mejora de la comunicación: déficit auditivo Intervención: 4976 Mejora de la comunicación: déficit habla Intervención: 4978 Mejora de la comunicación: déficit visual Intervención: 5100 Mejora de la socialización
Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés 00399 Ansiedad excesiva ante la muerte	Dominio III: Salud psicosocial Clase: N Adaptación psicosocial Resultado: 1300 Aceptación: estado de salud Resultado: 1302 Afrontamiento Dominio III: Salud psicosocial Clase: M Bienestar Psicológico Resultado: 1210 Nivel de miedo Dominio III: Salud psicosocial Clase: O Autocontrol Resultado: 1404 Autocontrol del miedo	Dominio 3: Conductual Clase R: Ayuda en el afrontamiento Intervención: 5260 Cuidados en la agonía Intervención: 5460 Contacto Intervención: 5230 Mejora del afrontamiento Intervención: 5340 Presencia Dominio 3: Conductual Clase: R Ayuda para el afrontamiento Intervención: 5270 Apoyo emocional Intervención: 5420 Apoyo espiritual
Dominio 11: Seguridad/protección Clase 2: Lesión física 00336 Riesgo de lesión física 00219 Riesgo de ojo seco 00312 Lesión por presión en adultos 00304 Riesgo de lesión por presión en adultos 00044 Deterioro de la integridad tisular 00248 Riesgo de deterioro de la integridad tisular 00046 Deterioro de la integridad cutánea 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea 00045 Deterioro de la integridad de la mucosa oral	Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase S: Conocimiento sobre promoción de la salud Resultado: 1828 Conocimiento: prevención de caídas Dominio VI: Salud familiar Clase: W Desempeño del cuidador familiar Resultado: 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario	Dominio 4: Seguridad Clase V: Manejo del riesgo 6540 Control de infecciones 5649 Enseñanza control de infecciones 6610 Identificación de riesgos 6620 Identificación de riesgos: enfermedades infecciosas 6486 Manejo ambiental: seguridad 6490 Prevención de caídas 3540 Prevención de lesiones por presión 6550 Protección contra infecciones

<i>Etiquetas NANDA</i>	<i>Metas/objetivos (NOC)</i>	<i>Intervenciones (NIC)</i>
00247 Riesgo de deterioro de la integridad de la mucosa oral 00303 Riesgo de caídas en adultos 00425 Riesgo de deterioro de la función neurovascular periférica	Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase GG: Conocimiento sobre la condición de salud Resultado: 3209 Conocimiento: manejo de heridas Resultado: 1803 Conocimiento: manejo de la enfermedad Clase T: Control del riesgo Resultado: 1927 Control del riesgo: sequedad ocular Resultado: 1942 Control del riesgo: lesión por presión Resultado: 1916 Control del riesgo: deterioro visual Resultado: 1908 Detección del riesgo Clase HH: Seguridad Resultado: 1909 Conducta de prevención de caídas Resultado: 1910 Entorno seguro del hogar	Dominio 2: Fisiológico: Complejo Clase L: Manejo de la piel/heridas Intervención: 3660 Cuidado de las heridas Intervención: 3520 Cuidados de las lesiones por presión Intervención: 3550 Manejo del prurito Intervención: 3480 Monitorización de las extremidades inferiores Intervención: 3590 Vigilancia de la piel Intervención: 3420 Cuidados de las amputaciones Dominio I: Fisiológico: Básico Clase F: Facilitación del cuidado Intervención: 1720 Favorecimiento de la salud oral Intervención: 1650 Cuidados de los ojos Intervención: 1660 Cuidados de los pies Dominio I: Fisiológico: Básico Clase E: Favorecimiento del confort físico Intervención: 1350 Prevención de la sequedad ocular
Dominio 11: Seguridad/protección Clase 3: Violencia 00466 Conducta autolesiva o suicida 00468 Riesgo de conducta autolesiva o suicida	Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase Q: Conducta de salud Resultado: 1608 Control de síntomas	Dominio 4: Seguridad Clase U: Gestión de crisis Intervención: 6340 Prevención del suicidio Dominio 3: Conductual Clase P: Terapia Cognitiva Intervención: 4640 Ayuda para el control de la ira Dominio 3: Conductual Clase O Terapia Conductual Intervención: 4354 Manejo de la conducta: autolesión
Dominio 11: Seguridad/protección Clase 6: Termorregulación 00008 Termorregulación ineficaz 00274 Riesgo de termorregulación ineficaz 00474 Disminución de la temperatura corporal 00471 Riesgo de hipertermia	Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase T: Control del riesgo Resultado: 1922 Control del riesgo: hipertermia Resultado: 1923 Control del riesgo: hipotermia	Dominio 2: Fisiológico: Complejo Clase M: Termorregulación Intervención: 3786 Manejo de la hipertermia Intervención: 3800 Manejo de la hipotermia Intervención: 3920 Manejo de la termorregulación Intervención: 3900 Regulación de la temperatura

<i>Etiquetas NANDA</i>	<i>Metas/objetivos (NOC)</i>	<i>Intervenciones (NIC)</i>
Dominio 12: Confort Clase 1: Confort/físico 00380 Deterioro del confort físico 00342 Síndrome de deterioro del confort al final de la vida 00132 Dolor agudo 00133 Dolor crónico	Dominio VI: Salud familiar Clase: W Desempeño del cuidador familiar Resultado: 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase S: Conocimiento sobre promoción de la salud Resultado: 1843 Conocimiento: manejo del dolor	Dominio I: Fisiológico: Básico Clase E: Favorecimiento del confort físico Intervención: 1380 Aplicación de calor o frío Intervención: 6482 Manejo del confort Intervención: 1410 Manejo del dolor: agudo Intervención: 1415 Manejo del dolor: crónico Dominio 3: Conductual Intervención: 5880 Técnica de relajación Intervención: 6040 Terapia de relajación Dominio 2: Fisiológico Complejo Clase H: Manejo de la medicación Intervención: 2380 Manejo de la medicación Intervención: 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos
Dominio 12: Confort Clase 3: Confort social 00358 Apoyo social inadecuado 00475 Soledad excesiva 00335 Riesgo de soledad excesiva	Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase S: Conocimiento sobre promoción de la salud Resultado: 1862 Conocimiento: manejo del estrés Dominio V: Salud y Calidad de vida Clase: U Salud y situación vital percibidas Resultado: 2002 Bienestar personal	Dominio 3: Conductual Clase Q: Mejora de la Comunicación Intervención: 5100 Mejora de la socialización Dominio 3: Conductual Clase Q: Mejora de la Comunicación Intervención: 4920 Escucha activa Dominio 3: Conductual Clase: R Ayuda para el afrontamiento Intervención: 5270 Apoyo emocional Intervención: 5430 Grupo de apoyo Intervención: 5230 Mejora del afrontamiento
Dominio 12: Confort Clase 4: Confort psicológico 00379 Deterioro del bienestar psicológico 00377 Disposición para mejorar el bienestar psicológico	Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase S: Conocimiento sobre promoción de la salud Resultado: 1862 Conocimiento: manejo del estrés Dominio V: Salud y Calidad de vida Clase: U Salud y situación vital percibidas Resultado: 2002 Bienestar personal	Dominio 3: Conductual Clase: R Ayuda para el afrontamiento Intervención: 5270 Apoyo emocional Intervención: 5420 Apoyo espiritual

Plan de cuidados dirigido al autocuidado del cuidador

Cuidarse a sí mismos es el primer paso para las personas que son cuidadores ya que existe un alto riesgo de presentar alguna enfermedad durante el transcurso por el que se brinda el cuidado de manera constante; en las personas que brindan cuidados a la persona mayor dependiente su calidad de vida se ve afectada por la sobrecarga de los cuidados, a mayor nivel de carga, la satisfacción de vida disminuye en la persona cuidadora, lo cual tiene fuertes consecuencias sobre el que recibe los cuidados y a su vez repercute en malos tratos y abusos hacia la persona dependiente (INAPAM, 2020).

Por lo anterior, los cuidadores necesitan apoyo institucional que trascienda en la atención directa que ellos ofrecen a las personas enfermas, para lo cual las intervenciones de enfermería en la sobrecarga de cuidado de los cuidadores están las intervenciones relacionadas con la identificación del rol de cuidador, autocuidado, estrategias para brindar un cuidado de calidad, manejo de conflictos familiares, comunicación, relajación y sobre todo de habilidades de cuidado (Sánchez-Martínez et al., 2016). Para ello, se debe diseñar un plan de cuidados centrados en el cuidador informal a través del cual es posible promover la salud, el bienestar y reducir el riesgo del cansancio del rol del cuidador, lo que contribuirá a un mejor cuidado de las personas mayores dependientes (Vicente-Ruiz et al., 2017).

Autocuidado

Diversas investigaciones concuerdan con la existencia de una estructura tridimensional del autocuidado constituido por el autocuidado físico (cuerpo), interior (mente) y social (relaciones interpersonales) (Campos-García et al., 2018; Galiana et al., 2015) mientras que, desde una perspectiva teórica, Corral et al. (2017) sostienen que el autocuidado está básicamente compuesto por tres dimensiones (físico, psicológico y espiritual).

Autocuidado físico

El autocuidado físico comprende un conjunto de destrezas que se emplean para mejorar el funcionamiento físico y prevenir o controlar enfermedades. Los procesos vitales del organismo requieren consumo de agua, acceso al aire limpio, protección de la salud, la revisión médica periódica, el acceso a los recursos de atención sanitaria y la evitación al daño corporal (Butler et al., 2019; Corral et al., 2017). Mantener una dieta sana, hábitos de higiene personal, realizar ejercicio físico, la higiene del sueño y realizar actividades de recreación son algunos ejemplos de acciones de autocuidado físico (Galiana et al., 2015; Harrison & Westwood 2009; Hernández, 2016).

Autocuidado mental

El autocuidado psicológico incluye prácticas que llevan a un buen funcionamiento de la salud mental permitiendo hacer frente a condiciones emocionales de angustia o alteraciones en la vida (Vidal-Blanco et al., 2019). Representa una práctica esencial para prevenir el mal manejo de situaciones de estrés, agotamiento y deterioro personal (Barnett et al., 2007). Estudios previos demuestran que el déficit de autocuidado psicológico se relaciona con el síndrome del quemado (burnout), síntomas de estrés y mayor riesgo de deterioro de la salud (Butler et al., 2017; Santana & Fouad, 2017).

Autocuidado espiritual

El autocuidado espiritual hace referencia a cómo las personas se relacionan con su subjetividad, incluyendo la creencia de las relaciones con los demás y la conexión existencial que se establece con un ente superior, sintiéndose conectadas con el mundo (White et al., 2011). Este es influido por las disposiciones hacia la espiritualidad y es útil para motivar a las personas a establecer relaciones positivas y recíprocas con los otros, reparando relaciones y/o participando como voluntarias en grupos de ayuda mutua (Liu et al.,

2008). También implica entrar en contacto con la espiritualidad a través del desarrollo de actividades como la oración, la meditación, la atención plena, el yoga o Tai Chi, ponerse en contacto con la naturaleza, participar en grupos religiosos o de autoayuda (Puchalski et al., 2019; Steinhorn et al., 2017; White & Myers, 2013; Butler et al., 2019).

Planeación de Intervenciones de Enfermería dirigidas al Autocuidado del Cuidador

<i>Etiquetas NANDA</i>	<i>Metas/objetivos (NOC)</i>	<i>Intervenciones (NIC)</i>
Dominio 1: Promoción de la salud Clase 2: Gestión de la Salud 00276 Autogestión de la salud ineficaz 00369 Riesgo de autogestión de la salud ineficaz 00293 Disposición para mejorar la autogestión de la salud 00489 Riesgo de autogestión del patrón de la glucemia ineficaz 00292 Conductas de mantenimiento de la salud ineficaces 00395 Riesgo de conductas de mantenimiento de la salud ineficaces 00300 Conductas de mantenimiento del hogar ineficaces 00308 Riesgo de conductas de mantenimiento del hogar ineficaces 00309 Disposición para mejorar las conductas de mantenimiento del hogar Dominio 2: Nutrición Clase 1 Ingestión 00343 Ingesta nutricional inadecuada 00409 Riesgo de ingesta nutricional inadecuada Dominio 4: Actividad/reposo Clase 5 Autocuidado 00331 Síndrome de disminución de la capacidad de autocuidado 00332 Riesgo de síndrome de disminución de la capacidad de autocuidado 00442 Disposición para mejorar las habilidades de autocuidado 00330 Disminución de la capacidad de aseo 00375 Conductas ineficaces de higiene bucal 00414 Riesgo de conductas ineficaces de higiene bucal 00328 Disminución de la capacidad de alimentación 00327 Disminución de la capacidad de vestirse	Dominio I: Salud Funcional Clase D: Autocuidado Resultado: 0313 Conducta de autocuidado Resultado: 0300 Conducta de autocuidado: actividades de la vida diaria (AVD) Resultado: 0306 Conducta de autocuidado: actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) Resultado: 0305 Conducta de autocuidado: higiene Resultado: 0308 Conducta de autocuidado: higiene oral Resultado: 0307 Conducta de autocuidado: medicación no parental Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase Q: Conducta de salud Resultado: 1613 Autogestión de los cuidados Resultado: 1602 Conducta de favorecimiento de la salud Resultado: 1603 Conducta de búsqueda de la salud Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase GG: Conocimiento sobre su condición de salud Resultado: 1803 Conocimiento: manejo de la enfermedad Dominio II: Salud Fisiológica Clase: L Integridad tisular Resultado: 1100 Salud oral Resultado: 1004 Estado nutricional Resultado: 1014 Apetito Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase R: Creencias sobre la salud Resultado: 1705 Orientación sobre la salud	Dominio I: Fisiológico: Básico Clase F: Facilitación del autocuidado Intervención: 1800 Ayuda con el autocuidado Dominio III: Conductual Clase: S Educación para la salud Intervención: 5606 Enseñanza: individual Intervención: 5510 Educación para la salud Intervención: 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad Dominio I: Fisiológico: Básico Clase D: Apoyo nutricional Intervención: 5246 Asesoramiento nutricional Intervención: 5614 Enseñanza: dieta prescrita (S) Intervención: 1100 Manejo de la nutrición Intervención: 1160 Monitorización nutricional Intervención: 1120 Terapia nutricional Dominio I: Fisiológico: Básico Clase E: Facilitación del autocuidado Intervención: 1050 Alimentación (D) Dominio I: Fisiológico: Básico Clase F: Facilitación del cuidado Intervención: 1720 Favorecimiento de la salud oral Intervención: 1730 Restablecimiento de la salud oral

<i>Etiquetas NANDA</i>	<i>Metas/objetivos (NOC)</i>	<i>Intervenciones (NIC)</i>
Dominio 5: Percepción/cognición Clase 4: Cognición 00435 Conocimientos de salud inadecuados 00499 Disposición para mejorar el conocimiento en salud Dominio 6: Autopercepción Clase 2: Autoestima 00338 Autoeficacia en salud inadecuada	Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase S: Conocimiento sobre promoción de la salud Resultado: 1805 Conocimiento: conducta de salud Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud Clase Q: Conducta de salud Resultado: 1600 Conducta de adherencia Resultado: 1603 Conducta de búsqueda de salud Dominio V: Salud y Calidad de vida Clase: JJ Estado de salud Resultado: 2006 Estado de salud personal Clase: U Salud y situación vital percibidas Resultado: 2000 Calidad de vida Resultado: 2002 Bienestar personal Dominio VI: Salud familiar Clase: Z Estado de salud de los miembros de la familia Resultado: 2507 Estado salud física del cuidador	
Dominio 9: Afrontamiento de la regulación del estado de ánimo Clase 3: Respuestas neuroconductuales 00241 Deterioro de la regulación del estado de ánimo 00372 Regulación ineficaz de las emociones Dominio 5: Percepción/cognición Clase 4: Cognición 00429 Deterioro en la toma de decisiones Dominio 12: Confort Clase 4: Confort psicológico 00379 Deterioro del bienestar psicológico	Dominio V: Salud y calidad de vida Clase: U Salud y situación vital percibidas Resultado: 2000 Calidad de vida Dominio III: Salud psicosocial Clase: M Bienestar Psicológico Resultado: 1208 Nivel de depresión Resultado: 1204 Equilibrio emocional Resultado: 1201 Esperanza Dominio II: Salud fisiológica Clase: J Neurocognitiva Resultado: 0906 Toma de decisiones Dominio V: Salud y Calidad de vida Clase: U Salud y situación vital percibidas Resultado: 2002 Bienestar personal	Dominio 3: Conductual Clase: R Ayuda para el afrontamiento Intervención: 5270 Apoyo emocional Intervención: 5250 Apoyo en la toma de decisiones Clase Y Mediación del sistema sanitario) Intervención: 5310 Dar esperanza Intervención: 5290 Facilitación de la superación de aflicción Intervención: 5420 Apoyo espiritual Intervención: 5230 Mejora del afrontamiento Intervención: 5330 Manejo del estado de ánimo Dominio 3: Conductual Clase T: Favorecimiento del confort psicológico Intervención: 5900 Distracción Intervención: 5880 Técnica de relajación Intervención: 6040 terapia de relajación

<i>Etiquetas NANDA</i>	<i>Metas/objetivos (NOC)</i>	<i>Intervenciones (NIC)</i>
Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento 00366 Carga de cuidados excesiva	Dominio VI: Salud familiar Clase: Z Estado de salud de los miembros de la familia Resultado: 2508 Bienestar del cuidador Resultado: 2507 Estado de salud física del cuidador Resultado: 2506 Estado de salud emocional del cuidador Dominio VI: Salud familiar Clase: W Desempeño del cuidador familiar Resultado: 2203 Alteración del estilo de vida del cuidador Resultado: Factores estresantes del cuidador familiar Resultado: 2205 Rendimiento del cuidador: cuidados directos Resultado: 2206 Rendimiento del cuidador: cuidados indirectos	Dominio 5: Familia Clase: X Cuidados durante la vida 7040 Apoyo al cuidador 7110 Favorecimiento de la implicación familiar 7260 Cuidados de relevo Dominio 3: Conductual Clase: R Ayuda para el afrontamiento 5270 Apoyo emocional Dominio 3: Conductual Clase: S Educación para la salud 5606 Enseñanza: individual
Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento 00401 Riesgo de carga de cuidados excesiva Dominio 7: Rol/relaciones Clase 3: Desempeño del rol 00055 Desempeño del rol ineficaz	Dominio VI: Salud familiar Clase: W Desempeño del cuidador familiar Resultado: 2200 Adaptación del cuidador al ingreso del paciente en un centro sanitario Resultado: 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario Resultado: 2204 Relación entre el cuidador y el paciente Resultado: 2203 Alteración del estilo de vida del cuidador Clase: Z Estado de salud de los miembros de la familia Resultado: 2506 Estado de salud emocional del cuidador Dominio III: Salud psicosocial Clase: P Interacción social Resultado: 1501 Desempeño del rol Resultado: 1504 Soporte social Clase: N Adaptación psicosocial Resultado: 1305 Modificación psicosocial: cambio de vida	Dominio 5: Familia Clase: X Cuidados durante la vida 7040 Apoyo al cuidador 5370 Mejora de roles (R Ayuda para el afrontamiento) 7260 Cuidados de relevo 7110 Favorecimiento de la implicación familiar Dominio 3: Conductual Clase: R Ayuda para el afrontamiento 5270 Apoyo emocional 5240 Asesoramiento 5230 Mejora del afrontamiento Dominio 3: Conductual Clase: S Educación para la salud 5606 Enseñanza: individual

<i>Etiquetas NANDA</i>	<i>Metas/objetivos (NOC)</i>	<i>Intervenciones (NIC)</i>
Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento 00400 Ansiedad excesiva 00210 Deterioro de la resiliencia 00211 Riesgo de deterioro de la resiliencia Dominio 6: Autopercepción Clase 2: Autoestima 00481 Autoestima situacional inadecuada 00482 Riesgo de autoestima situacional inadecuada Dominio 10: Principios vitales Clase 3: Congruencia entre valores/creencias/acciones 00460 Riesgo de deterioro del bienestar espiritual 00454 Deterioro del bienestar espiritual	Dominio VI: Salud familiar Clase: W Desempeño del cuidador familiar Resultado: 2210 Resistencia del papel del cuidador Resultado: 2203 Alteración del estilo de vida del cuidador Dominio VI: Salud familiar Clase: Z Estado de salud de los miembros de la familia Resultado: 2506 Estado de salud emocional del cuidador Dominio III: Salud psicosocial Clase: M Bienestar Psicológico Resultado: 1204 Equilibrio emocional Resultado: 1211 Nivel de ansiedad Resultado: 1205 Autoestima Dominio III: Salud psicosocial Clase: O Autocontrol Resultado: Autocontrol de la ansiedad Dominio III: Salud psicosocial Clase: N Adaptación psicosocial Resultado: 1309 Resiliencia personal Dominio V: Salud y Calidad de vida Clase: U Salud y situación vital percibidas Resultado: 2001 Salud espiritual	Dominio 3: Conductual Clase: R Ayuda para el afrontamiento Intervención: 5420 Apoyo espiritual Intervención: 5240 Asesoramiento Intervención: Facilitación del crecimiento espiritual Dominio 3: Conductual Clase T: Favorecimiento del confort psicológico Intervención: 5960 Facilitación de la meditación
Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento 00399 Ansiedad excesiva ante la muerte	Dominio VI: Salud familiar Clase: Z Estado de salud de los miembros de la familia Resultado: 2506 Estado de salud emocional del cuidador Dominio III: Salud psicosocial Clase: N Adaptación psicosocial Resultado: 1300 Aceptación: estado de salud Resultado: 1302 Afrontamiento Resultado: 2600 Afrontamiento familiar Dominio III: Salud psicosocial Clase: M Bienestar Psicológico Resultado: 1210 Nivel de miedo Dominio III: Salud psicosocial Clase: O Autocontrol Resultado: 1404 Autocontrol del miedo	Dominio 3: Conductual Clase: R Ayuda para el afrontamiento Intervención: 5420 Apoyo espiritual Intervención: 5270 Apoyo emocional Intervención: 5215 Cuidados en el duelo Dominio 3: Conductual Clase: Q Mejora de la comunicación Intervención: 4920 Escucha activa

<i>Etiquetas NANDA</i>	<i>Metas/objetivos (NOC)</i>	<i>Intervenciones (NIC)</i>
Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento 00301 Duelo desadaptativo 00302 Riesgo de duelo desadaptativo	Dominio VI: Salud familiar Clase: Z Estado de salud de los miembros de la familia Resultado: 2506 Estado de salud emocional del cuidador Dominio III: Salud psicosocial Clase: N Adaptación psicosocial Resultado: 1310 Resolución de la culpa Resultado: 1304 Resolución de la aflicción Resultado: 1307 Muerte digna Resultado: 1305 Modificación psicosocial: cambio de vida	Dominio 3: Conductual Clase: R Ayuda para el afrontamiento Intervención: 5420 Apoyo espiritual Intervención: 5215 Cuidados en el duelo Intervención: 5290 Facilitación de la superación de la aflicción
Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés Clase 2: Respuestas de afrontamiento 00390 Temor excesivo 00405 Afrontamiento desadaptativo	Dominio VI: Salud familiar Clase: Z Estado de salud de los miembros de la familia Resultado: 2506 Estado de salud emocional del cuidador Dominio VI: Salud familiar Clase: W Desempeño del cuidador familiar Resultado: 2210 Resistencia del papel de cuidador Resultado: 2203 Alteración del estilo de vida del cuidador Dominio III: Salud psicosocial Clase: N Adaptación psicosocial Resultado: 1304 Resolución de la aflicción	Dominio 3: Conductual Clase: R Ayuda para el afrontamiento Intervención: 5240 Asesoramiento Intervención: 5230 Mejorar el afrontamiento Dominio 5: Familia Clase: X Cuidados durante la vida Intervención: 7110 Favorecimiento de la implicación familiar
Dominio 12: Confort Clase 4: Confort psicológico 00379 Deterioro del bienestar psicológico Dominio 12: Confort Clase 3: Confort social 00358 Apoyo social inadecuado Dominio 7: Rol/relaciones Clase 3: Desempeño del rol 00055 Desempeño del rol ineficaz Dominio 12: Confort Clase 3: Confort social 00475 Soledad excesiva 00335 Riesgo de soledad excesiva Dominio 7: Rol/relaciones Clase 3: Desempeño del rol 00052 Deterioro de la interacción social	Dominio VI: Salud familiar Clase: Z Estado de salud de los miembros de la familia Resultado: 2508 Bienestar del cuidador Resultado: 2506 Estado de salud emocional del cuidador Dominio VI: Salud familiar Clase: W Desempeño del cuidador familiar Resultado: 2208 Factores estresantes del cuidador familiar Resultados: 2205 Rendimiento del cuidador: cuidados directos Resultados: 2206 Rendimiento del cuidador: cuidados indirectos Dominio III: Salud psicosocial Clase: N Adaptación psicosocial Resultado: 1302 Afrontamiento Dominio III: Salud psicosocial Clase: P Interacción social Resultado: 1502 Habilidades de interacción social	Dominio 5: Familia Clase: X Cuidados durante la vida Intervención: 7110 Favorecimiento de la implicación familiar Intervención: 7040 Apoyo al cuidador Dominio 3: Conductual Clase: R Ayuda para el afrontamiento Intervención: 5270 Apoyo emocional Intervención: 4640 Ayuda para el control de la ira Intervención: 5395 Mejora de la autoeficacia Intervención: 5400 Mejora de la autoestima Intervención: 5430 Presencia Dominio 3: Conductual Clase Q: Mejora de la Comunicación Intervención: 5100 Mejora de la socialización

Propuesta de Programa de Capacitación para el Cuidador de la Persona Dependiente

Temática	Meta/objetivo	Tiempo	Recursos	Indicador
VALORACIÓN PARA LA PREPARACIÓN (Profesional de Enfermería)				
Módulo 1: Conociendo a la Persona Mayor y su cuidador				
1.1 Conoce a la Persona Mayor (PM)	El profesional de enfermería conocerá las necesidades de la PM	1:30 minutos	Laptop Cañón Hojas de máquina Lápices Plumas Marcadores Impresiones	Proceso
1.1.1 Necesidades de la PM	El profesional de enfermería conocerá las necesidades de la Persona Cuidadora.	1:30 minutos		
1.1.2 Relaciones y apoyo familiar y social				
1.2 Plan diario y semanal de la PM				
1.2 Conoce a la Persona Cuidador				
1.2.1 Necesidades del Cuidador				
1.2.2 Plan diario y semanal del cuidador				

Temática	Meta/objetivo	Tiempo	Recursos	Indicador
LA PREPARACIÓN PARA LA TRANSICIÓN				
Módulo 1: Conociendo el envejecimiento				
2.1 Envejecimiento	El cuidador compartirá información sobre el envejecimiento, sus cambios y dependencia funcional.	1:30 minutos	Laptop Cañón Hojas de máquina Lápices Plumas Marcadores Impresiones Internet (presentación de videos)	Proceso
2.1.1 Envejecimiento saludable				
2.2 Cambios durante el envejecimiento				
2.2.1 Cambios biológicos				
2.2.2 Cambios psicológicos y sociales.				
2.3 Dependencia funcional				
2.3.1 Tipos de dependencia funcional				
2.3.2 Enfermedades frecuentes durante el envejecimiento				
2.4 Derechos de las Personas Mayores	El profesional de enfermería y el cuidador discutirán los derechos de las PM.	15 minutos		
2.5 Conoce a la Persona Mayor (PM)	El cuidador identificará las necesidades físicas, psicológicas y sociales de las PM. El cuidador realizará un plan diario y semanal.	50 minutos		
2.5.1 Necesidades de la PM				
2.5.2 Entorno de la PMI y seguridad				
2.5.3 Indicaciones médicas de la PM				
2.5.4 Relaciones y apoyo familiar y social				
2.5.5 Plan diario y semanal de la PM				

Temática	Meta/objetivo	Tiempo	Recursos	Indicador
PREPARACIÓN				
Módulo 2: El cuidador y el cuidador de la PM				
3.1 Significado de Cuidado	El cuidador conocerá el significado del cuidado para el cuidador.	25 minutos	Laptop Cañón	Proceso
3.2 La persona cuidadora	El cuidador identificará las cualidades y características de un buen cuidador.	20 minutos	Hojas de máquina Lápices Plumas	
3.3 Consecuencias negativas de ser cuidador		1 hora	Marcadores Impresiones Internet (presentación de videos)	
3.3.1 Sobrecarga del Cuidador				
3.3.2 Estrés, depresión y ansiedad	El cuidador identificará las consecuencias negativas que trae consigo el ser cuidador de la PM.			Resultado
3.3.3 Aislamiento Social.	Prevenir la sobrecarga del cuidador mediante estrategias de afrontamiento.			
3.4 Principales funciones del cuidador de la PM.	El cuidador identificará las funciones del cuidador de la PM.	25 minutos		Proceso
3.5 La comunicación efectiva entre la PM y el cuidador	Fomentar en el cuidador una comunicación efectiva con la PM.	25 minutos		
3.6 Redes de apoyo	El cuidador conocerá las redes de apoyo con las que puede contar para brindar el cuidado de calidad.	25 minutos		
3.7 ¿Qué son los Cuidados paliativos?	El cuidador conocerá que son los cuidados paliativos.	30 minutos		
3.8 El duelo del cuidador	El cuidador conocerá las etapas del duelo. Brindar estrategias para afrontar el duelo.	45 minutos		

Temática					
PREPARACIÓN					
Módulo 4: Cuidarte para cuidar: Autocuidado del Cuidador					
4.1 El Autocuidado de la persona cuidadora	Meta/objetivo				
4.2 Plan diario y semanal del cuidador	Fomentar en el cuidador el autocuidado.		30 minutos	Recursos	Indicador
4.3 Estrategias para el autocuidado	El cuidador realizará un plan diario y semanal		20 minutos	Laptop	Resultado
4.3.1 Cuidado de la salud física del cuidador	Fomentar en los cuidadores el uso de estrategias para el autocuidado en sus tres esferas.		1 hora	Cañón	Resultado
4.3.2 Cuidado de la salud mental del cuidador				Hojas de máquina	Resultado
4.3.3 Cuidado de la salud social del cuidador				Lápices	
				Plumas	
				Marcadores	
4.4 Uso de la tecnología como herramienta para el cuidado	Fomentar en el cuidador el uso de la tecnología como herramienta para el cuidado.		25 minutos	Internet (presentación de videos)	Resultado

Temática					
Módulo 5: Suplementación del Rol de Cuidador de la PM					
Cuidado de la PM con dependencia					
5.1 Higiene personal y confort	Meta/objetivo				
5.1.1 Baño de esponja	Promover en los cuidadores estrategias eficientes para la higiene y confort de la PM.		3 horas	Recursos	Indicador
5.1.2 Baño de regadera				Laptop	Resultado
5.1.3 Higiene y cuidado de las manos y pies				Cañón	
5.1.4 Cuidado de la piel				Hojas de máquina	
5.1.5 Prevención de Ulceras por Presión				Lápices	
5.1.6 Cuidado bucal				Plumas	
5.1.7 Lavado de manos				Marcadores	
5.1.8 Lavado de cabello				Impresiones	
5.1.9 Aseo de cavidades				Internet (presentación de videos)	
5.1.10 Cambio de pañal				Material para higiene.	
5.1.11 Colocación de cómodo u orinal				Maniquí	
5.1.12 Medidas para prevenir el estreñimiento					

Temática	Meta/objetivo	Tiempo	Recursos	Indicador
Módulo 5: Suplementación del Rol de Cuidador de la PM				
Cuidado de la PM con dependencia				
5.2 Valoración funcional y movilización de la PM	Promover y dotar a los cuidadores de herramientas efectivas para una adecuada movilización y aplicación de la mecánica corporal.	2 horas	Laptop Cañón Hojas de máquina Lápices Plumas Marcadores Impresiones Internet (presentación de videos) Material para movilización de paciente Maniquí	Resultado
5.2.1 Importancia de la movilización	Prevenir caídas en la PM.			
5.2.3 Movilización en cama				
5.2.4 Movilización en silla				
5.2.3 Mecánica corporal				
5.2.4 Ambulación				
5.2.5 Prevención de caídas y cuidados del entorno				
5.3 Alimentación de la PM	Promover en el cuidador de estrategias eficaces para brindar una adecuada alimentación a la PM para evitar problemas durante la misma.	3 horas	Laptop Cañón Hojas de máquina Lápices Plumas Marcadores Impresiones Internet (presentación de videos) Material para alimentación de paciente Maniquí	Resultado
5.3.1 La alimentación de la PM	Dotar de medidas para la actuación de los cuidadores en caso de problemas durante la alimentación.			
5.3.2 Cualidades de la alimentación				
5.3.3 Alimentos nutritivos				
5.3.4 Presentación y ambiente de los alimentos				
5.3.5 Horarios				
5.3.6 Problemas especiales durante la alimentación:				
5.3.6.1 Masticación y deglución				
5.3.6.2 Ahogamiento				
5.3.6.3 Alimentación por sonda				
5.3.7 Mitos en la alimentación de la PM				
5.4 Medición y registro de signos vitales	Enseñar y fomentar en los cuidadores la toma y registro de signos vitales.	2 horas	Laptop Cañón Hojas de máquina Lápices Plumas Marcadores Impresiones Internet (presentación de videos) Material para toma de signos vitales del paciente Maniquí	Resultado

Temática	Meta/objetivo	Tiempo	Recursos	Indicador
Módulo 5: Suplementación del Rol de Cuidador de la PM Cuidado de la PM con dependencia 5.5 El cuidador y el ejercicio de la PM dependiente 5.5.1 Beneficios del ejercicio 5.5.2 Ejercicio físico 5.5.3 Ejercicio pasivo	Promover en el cuidador la importancia del ejercicio en la PM dependiente. Brindar de estrategias eficaces para la realización de ejercicios.	1 hora	Laptop Cañón Hojas de máquina Lápices Plumas Marcadores Impresiones Internet (presentación de videos) Material para ejercicio de paciente Maniquí	Resultado
5.6 Higiene del sueño y descanso	Fomentar en el cuidador la importancia de la higiene del sueño y descanso en la PM.	45 minutos	Laptop Cañón Hojas de máquina Lápices Plumas Marcadores Impresiones Internet (presentación de videos)	Resultado
5.7 Cuidados en la administración de medicamentos 5.7.1 Medicamentos orales 5.7.2 Medicamentos oftálmicos 5.7.3 Medicamentosóticos 5.7.4 Medicamentos cutáneos 5.7.5 Medicamentos vaginales y rectales 5.7.6 Riesgo de polifarmacia y automedicación	Enseñar a el cuidador de los cuidados necesarios para la administración de medicamentos orales, oftálmicos,óticos, cutáneos, vaginales y rectales. Evitar el riesgo de polifarmacia y automedicación en el cuidador para un mejor cuidado de la PM.	3 horas	Laptop Cañón Hojas de máquina Lápices Plumas Marcadores Impresiones Internet (presentación de videos) Material para la administración de paciente Maniquí	Proceso Resultado

Temática	Meta/objetivo	Tiempo	Recursos	Indicador
Módulo 5: Suplementación del Rol de Cuidador de la PM				
Cuidado de la PM con dependencia				
5.8 Cuidado de la PM con problemas especiales (audición, visual, astenia, etc.).	Promover estrategias eficientes para el cuidado de la PM con problemas especiales.	1 hora	Laptop Cañón Hojas de máquina Lápices Plumas Marcadores Impresiones Internet (presentación de videos)	Resultado
5.9 Cuidado de la salud mental de la PM	Promover la importancia de la salud mental en las PM. Enseñar estrategias eficaces al cuidador para fomentar la salud mental de la PM.	50 minutos	Laptop Cañón Hojas de máquina Lápices Plumas Marcadores Impresiones Internet (presentación de videos)	Resultado
5.10 La sexualidad en las PM	El cuidador promoverá el bienestar salud y dignidad de la PM respetando sus necesidades respecto a la sexualidad.	40 minutos	Laptop Cañón Hojas de máquina Lápices Plumas Marcadores Impresiones Internet (presentación de videos)	Resultado

Consideraciones Finales

La calidad de vida de las personas mayores dependientes precisa en ocasiones y casi exclusivamente de la calidad y formación de aquellos que les cuidan, atender a alguien ha sido desde los comienzos de la humanidad, una constante preocupación (Suarez & Sebastiao, 2021); por lo que es necesario el diseño e implementación de un programa de capacitación para cuidadores estructurado de acuerdo a las necesidades individualizadas, en la cual se les prepare para desempeñar adecuadamente su rol de cuidador y que a su vez no merme su salud, y ayudándolo mediante la terapéutica de enfermería a lograr una transición saludable.

La propuesta de escuelas para cuidadores es una oportunidad para que las universidades con programas de enfermería contribuyan en las acciones que impacten en el bienestar de las personas mayores y sus cuidadores. La construcción de esta propuesta en el marco de la teoría de las transiciones de la Dra. Afaf Ibrahim Meleis fortalece la toma de decisiones a partir de los conocimientos de la disciplina para elevar la calidad y autonomía profesional.

Si bien es cierto, en el análisis de los conceptos de la teoría se incluyen aseveraciones que han surgido desde la experiencia clínica, se plantea la aplicabilidad de la teoría en los contextos clínicos y se incita a la comunidad científica a contribuir en la verificación y comprobación de dichas aseveraciones. Por otra parte, es conveniente probar la efectividad de la propuesta de escuelas para cuidadores y su impacto en la transición de los cuidadores de personas mayores con dependencia funcional.

Referencias

- ALVARADO-AGUILAR, B. S. (2009). Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Revista de Cancerología*, 4, 39-46. <https://zenodo.org/records/10574106>
- ÁLVAREZ-CARCHIPULLA, G. J., Maza-Román, N. E., & Requelme-Jaramillo, M. J. (2024). Significado de cuidado al adulto mayor: percepción del cuidador informal. *Revista INVECOM*, 4(2), 1-20.
- ALFARO, R.O. I., Morales, V. T., Vázquez, P. F., Sánchez, R. et al. (2008) Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc*, 46 (5): 485-494.
- ALLIGOOD MR. Modelos y Teorías de Enfermería. 9ª. Edición. North Carolina: Elsevier; 2018
- AL-SABAHI, S. M., Sinawi, H., Al-Hinai, S. S., & Youssef, R. M. (2013). Rates and Determinants of Functional Limitations among the Elderly Population in Al-Dakhlyia Region, Sultanate of Oman. *Middle East Journal of Age and Ageing*, 10(5), 3-15.
- BROWN, A. M., Powell-Cope, G. M. (1991). AIDS family caregiving: transitions through uncertainty. *Nursing Research*, 40: 338-345.
- BALLADARES, J., Carvacho, R., Basualto., P., Coli, J., Molina, M., Catalán, L., Gray-Gariazzo, N., & Aracena, M. (2021). Cuidar a los que cuidan: Experiencias de cuidadores informales de personas mayores dependientes en contexto de COVID-19. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 20 (3). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol20-issue3-fulltext-2397>

- BARNETT, J. E., Baker, E. K., Elman, N. S., & Schoener, G. R. (2007). In pursuit of wellness: the self-care imperative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 603-612.
- BARRANTES, M. M., García, M. E. J., Gutiérrez, R. L. M., Miguel, J. A. (2007). Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública de México*, 49(4), S459-S466. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000004
- BRACKLEY, M. H. (1992). A role supplementation group pilot study: a nursing therapy for potential parental caregivers. *Clinical Nurse Specialist*, 6(1), 1419.
- BARTHEL, D., & Mahoney, F. (1965). Functional evaluation: Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- BURNS D. Fundamentos de Enfermería de Adultos. 1a ed. Londres: SAGE; 2015.
- BUTLER, L. D., Carello, J., & Maguin, E. (2017). Trauma, stress, and self-care in clinical training: predictors of burnout, decline in health status, secondary traumatic stress symptoms, and compassion satisfaction. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9, 416-424.
- CALERO-SAA PA, Chaves-García MA. (2016). Physiological changes in aging physical fitness. *Revista Investigación en Salud Universidad Boyacá*, 3(2):176-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.24267/23897325.178>
- CAMPOS-GARCÍA, A., Oliver, A., Tomás, J. M., Galiana, L. y Gutiérrez, M. (2018). Self-care: new evidence for its measurement in older adults. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53, 326-331.
- CANAVAL E., G. E., Jaramillo B., C. D., Rosero S., D. H., & Valencia C., M. G. (2007). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el postparto. *Aquichan*, 7(1), 8-24. <https://www.redalyc.org/pdf/741/74170102.pdf>
- CANTILLO-MEDINA, C. P., Ramírez-Perdomo, C. A. & Perdomo-Romero, A. Y. (2018). Habilidad de cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica y sobrecarga percibida. *Ciencia y Enfermería*, 24 (16), 1-12. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532018000100216>

- CARREÑO-MORENO, S., & Chaparro-Díaz, L. (2018). Adopción del rol del cuidador familiar del paciente crónico: una herramienta para valorar la transición. *Investigaciones Andina*, 20(36), 39-54. <https://doi.org/10.33132/01248146.968>
- CARPIO-AHUANA, J. (2022). El cuidado humanizado de enfermería frente al grado de dependencia según la percepción familiar en pacientes en unidades de cuidados intensivos. *Investigación E Innovación: Revista Científica De Enfermería*, 2(3), 12-21. <https://doi.org/10.33326/27905543.2022.3.1607>
- CASTAÑEDA, M. J. F. (2018). Los roles en la mujer con enfermedad coronaria en la transición salud enfermedad. XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. <https://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/view/1241/661>
- CATANZARO, M. (1990). Transitions in midlife adults with long-term illness. *Holistic Nursing Practice*, 4(3): 65-73.
- CENTRO Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2012). Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>
- CELMA-VICENTE, M. (2001). Cuidadores informales en el medio hospitalario. *Revista Rol de Enfermería*, 24(7-8), 503-511.
- COLEGIO Nacional de Especialistas en Medicina Integrada. (15 de enero del 2017). El sistema de salud en México: De la fragmentación hacia un sistema de salud universal. Colegio Nacional de Especialistas en Medicina Integrada. <https://www.conaemi.org.mx/single-post/2017/01/15/el-sistema-de-salud-en-m%C3%A9xico-de-la-fragmentaci%C3%B3n-hacia-un-sistema-de-salud-universal>
- COMISIÓN Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2024). *Cuidar en México: del ámbito familiar a un sistema público*. [https://www.cepal.org/es/enfoques/cuidar-mexico-ambito-familiar-un-sistema-publico#:~:text=En%20el%20caso%20de%20las,de%20Cuidados%20\(ENASIC\)%202022](https://www.cepal.org/es/enfoques/cuidar-mexico-ambito-familiar-un-sistema-publico#:~:text=En%20el%20caso%20de%20las,de%20Cuidados%20(ENASIC)%202022).

- CONTATTO, V. E., De Sousa, L. G. (2020). Perfil do cuidador informal de idosos em situacao crónica de saude. *Atenas Higeia*, 2(3),1-4. <https://revistas.atenas.edu.br/higeia/article/view/60>
- CÓRDOBA, A., Rodríguez, A., Camacho, Y., Gómez, H. (2017). Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor. *Psicogente*, 20(38), 398-409. <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/2561/2519>
- CORRAL, V., Caso, J., & Frías, M. (dirs.) (2017). Psicología del cambio climático. Mitigación y adaptación conductual ante el calentamiento global [Psychology of climate change. Mitigation and behavioral adaptation to global warming] (1st Ed.). Mexico: Pearson.
- CORRAL-VERDUGO, V., Pato, C.,Torres-Soto, N. (2021). Testing a tridimensional model of sustainable behavior: self-care, caring for others, and caring for the planet. *Environment, Development and Sustainability*, 1-16.
- CRUZ, R. H. J., Ostiguín, M. R. Ma. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico?. *Enfermería universitaria*, 8(1), 49-54. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000100007&lng=es&tlng=es.
- CRUZ-BENITES, L. J., Tresierra-Ayala, M. A., Cabrera-Enriquez, J., & Celis-Castro, C. (2022). Sobrecarga del cuidador y apoyo social percibido en cuidadores de adultos mayores. *Rev. Med. Vallejiana*, 11(2), 64-78. DOI: <https://doi.org/10.18050/revistamedicavallejiana.v11i2.05>
- CUEVAS-MARTÍNEZ, K. I., & Gutiérrez-Valverde, J. M. (2022). Caracterización de los cuidadores informales de adultos mayores en situación de pandemia por COVID-19 en Tamaulipas, México. *Sanus*, 7, e265. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.265>
- DEL Campo, A. S. M., Medina, P., Hernández, R. I., Correa, S. E., Peralta, S. L., & Rubí, M. (2019). Grado de sobrecarga y caracterización de cuidadores de personas adultas mayores con Diabetes Mellitus tipo 2. *Enfermería Global*, 56, 57-67. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.361401>
- DÍAZ, M. E. (2024). El lado profundo de la vejez: Un estudio de la percepción del bienestar de los beneficiarios del programa de “Pen-

- sión para el bienestar de las Personas Adultas Mayores” en los municipios de Xiutetelco y Puebla. *Revista Perspectivas Sociales*, 26(1), 63-95. <https://perspectivassociales.uanl.mx/index.php/pers/article/view/214/126>
- DOROCIAK, K. E., Rupert, P. A., Bryant, F. B., Zahniser, E. (2017). Development of the Professional Self-Care Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 64, 325-334.
- DRACUP, K., Meleis, A. I., Clark, S., Clyburn, A., Shields, L., & Staley, M. (1985). Group counseling in cardiac rehabilitation: effect on patient compliance. *Patient Education and Counseling*, 6(4), 169-177.
- DURAN-BADILLO, T., Domínguez-Chávez, C. J., Hernández-Cortés, P. L., Félix-Alemán, A., Cruz-Quevedo, J. E., & Alonso-Castillo, M. M. (2018). Dejar de ser o hacer: significado de dependencia funcional para el adulto mayor. *Acta universitaria*, 28(3), 40-46. <https://doi.org/10.15174/au.2018.1614>
- DURÁN-BADILLO, T., & Félix-Alemán, A. (2023). Correspondencia de la Red ESAM-México con la Década del Envejecimiento Saludable. En Dura-Badillo, Rendón-Torres, L. A. (Eds.), *Innovación del cuidado en las Personas Adultas Mayores*. (1ª Ed, 9-17). La Biblioteca.
- ESMERALDAS Vélez, E. E., Falcones Centeno, M. R., Vásquez Zevallos, M. G., & Solórzano Vélez, J. A. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *RECIMUNDO*, 3(1), 58-74. [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(1\).enero.2019.58-74](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.58-74)
- ESCALONA, B., Ruiz, A. O. (2016). Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. *Psicología Iberoamericana*, 24(1):38-46. <https://www.redalyc.org/journal/1339/133947583005/html/>
- ESPÍN, A. M. (2009). “Escuela de cuidadores” como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(2), 1-14.
- FARONBI JO, Faronbi GO, Ayamolowo DJ, Olaogun AA. (2019). Caring for the seniors with chronic illness: The lived experience of caregivers of older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 82, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.01.013>

- FERNANDEZ, M. M., & Ortega, J. M. (2020). Transición saludable a la discapacidad de la persona adulta con lesión medular. *ACC CIETNA para el cuidado*, 7(2), 102-110. <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/524/1037>
- FERNÁNDEZ-SÁNCHEZ, H., Olson, J., Salami, B., & Salma, J. (2021). La Teoría de Transiciones en el contexto de mujeres que se quedan atrás durante la migración. *Index de Enfermería*, 30(1-2), 59-64. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000100014
- FERRER, S., Nova, Á., Barros, M., García, L., Cruz, M. (2012). Caracterización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria ABVD en un grupo de adultos mayores institucionalizados, *Rev. Salud mov*, 4(1):4-18. <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/saludm/article/view/269/266>
- FLORES, M. E., Fuentes, H. L., González, G. J., Meza, I.J., Cervantes, G. A., Valle, M. A. (2017). Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. *Nure Inv*, 14(88):1-16. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6278119>
- GAFFNEY, K. F. (1992). Nurse practice model for maternal role sufficiency. *Advances in Nursing Sciences*, 15(2), 76-84.
- GALIANA, L., Oliver, A., Sansó, N. y Benito, E. (2015). Validation of a new instrument for self-care in Spanish palliative care professionals nationwide. *The Spanish Journal of Psychology*, 18, 1-9.
- GARCÍA, F. E., Manquían, E., & Rivas, G. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*, 15 (3). <https://www.redalyc.org/journal/1710/171048523010/html/>
- GONZÁLEZ-GONZÁLEZ, C., Cafagna, G., Hernández, M. C., Ibararán, P., Stampini, M. (2021) Dependencia funcional y apoyo para personas mayores de México, 2021-2026. *Rev Panam Salud Publica*, 45, e71. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.71>
- HAM, R., Ramírez, B. (2012). Seguridad económica en la vejez. En: Gutiérrez LM, Kershenobich. Envejecimiento y salud: una propuesta

- para un plan de acción. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 95-102.
- HARRISON, R. L. y Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: identifying protective practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 203-219.
- HERNÁNDEZ, M. R. (2016). Autocuidado y promoción de la salud en el ámbito laboral. *Revista Salud Bosque*, 5(2), 79-88.
- HUENCHUAN, S. (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf
- ISLAS-SALAS, N. L., Ramos del Río, B., Aguilar-Estrada, M. G., & García-Guillén, M. L. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas*, 19(4), 266-271.
- INSTITUTO Mexicano del Seguro Social [IMSS]. (2024). *Centro de Asistencia Social a la Salud de las y los Adultos Mayores, CASAAM*. <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202311/561>
- INSTITUTO Mexicano del Seguro Social [IMSS]. (2024). *Atención social en el IMSS durante el envejecimiento*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/imss/articulos/atencion-social-en-el-imss-durante-el-envejecimiento?idiom=es#:~:text=Entre%20ellas%2C%20destaca%20el%20Programa,la%20operatividad%20de%20los%20mayores.>
- INSTITUTO Nacional de Estadística y Geografía e Instituto Nacional de las Mujeres. (2019). Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (ENUT) 2019. Nota técnica. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enut/2019/doc/enut_2019_nota_tecnica.pdf
- INSTITUTO Nacional de Geriatría. (2025). Sistema de Cuidados para las personas mayores con dependencia en México. SSA. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/978974/SistemaCuidadosPersonasMayores_INGER-2025.pdf
- INSTITUTO Nacional de Geriatría. (2017). Protocolo para la atención de las Personas mayores por enfermería. https://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/protocolo_adulto_mayor.pdf

- INSTITUTO Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM]. (2020). La importancia del autocuidado en cuidadoras y cuidadores de personas mayores dependientes. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-del-autocuidado-de-quien-cuida-a-personas-adultas-mayores-dependientes?idiom=es>
- INSTITUTO Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM]. (2020a). Cuidadores de personas mayores. México: Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayores>
- INSTITUTO Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM]. (2020b). Importancia de las redes de apoyo social para las personas mayores. México: Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-de-las-redes-de-apoyo-social-para-las-personas-mayores>
- INSTITUTO Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM]. (2021). Informe de Seguimiento y Monitoreo de las Políticas, Programas o Proyectos para la Atención de las Personas Adultas Mayores. Gobierno de México. <https://www.bienestar.gob.mx/pb/images/INAPAM/transparencia/PlanesProInf/InfSegPPP21.pdf>
- INSTITUTO Nacional de las Personas Adultas Mayores, (2022). Auto-cuidado y bienestar para personas cuidadoras. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/autocuidado-y-bienestar-para-personas-cuidadoras?idiom=es#:~:text=A%20nivel%20nacional%20los%20cuidados,constante%20y%20permanente%20deber%C3%A1%20velar>
- INSTITUTO Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM]. (2023). Catálogo de programas, acciones y servicios que brinda el INAPAM para incentivar el bienestar de las personas adultas mayores. https://www.bienestar.gob.mx/pb/images/INAPAM/transparencia/PlanesProInf/C4tal0g0s/Catalogo_INAPAM_30062023.pdf
- INSTITUTO Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM]. (2025). Programa Anual de Trabajo 2025. <https://www.bienestar.gob.mx/pb/images/INAPAM/transparencia/PlanesProInf/PAT2025.pdf>
- INSTITUTO Nacional de Salud Pública. (2020). Impacto económico de la dependencia física en los adultos mayores en México. México:

- Gobierno de México. <https://www.insp.mx/avisos/impacto-economico-de-la-dependencia-fisica-en-los-adultos-mayores-en-mexico>
- INSTITUTO de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE]. Curso de Apoyo para Cuidadores Informales de Personas Envejecidas. <https://www.issste.gob.mx/cursocuidadores/>
- INSTITUTO de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE]. (2018). *Cuidado de los adultos mayores*. México: Gobierno de México. <https://www.gob.mx/issste/articulos/cuidado-de-los-adultos-mayores>
- INSTITUTO de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE]. (2024). *Directorio de Centros de Día*. <https://www.gob.mx/issste/articulos/directorio-de-casas-dedia?idiom=es>
- IZQUIERDO, M. J. (2003). El cuidado de los individuos y de los grupos. *Quien se cuida*. Intercambios. Papeles de psicoanálisis, 10, 70-82. <https://www.raco.cat/index.php/Intercanvis/article/view/355121>
- JIANG, X., Topps, A. K., Suzuki, R. (2020). A systematic review of self-care measures for professionals and trainees. Training and Education in Professional Psychology. Advance online publication.
- LANDÍNEZ-PARRA, N. S., Caicedo-Molina, I. Q., Lara-Díaz, M. F., Luna-Torres, L. & Beltrán-Rojas, J. C. (2015). Implementación de un programa de formación a cuidadores de personas mayores con dependencia o discapacidad. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63 (Supl. 1), S75-S82.
- LEITÓN, Z. E., Quintero, M., & Moreno, N. E. (2021). Desarrollo histórico de la red Internacional de Enfermería en Salud del Adulto Mayor – Red ESAM. En Duran-Badillo, T., Salazar-Barajas, M. E., & Félix-Alemán, A. Envejecimiento saludable y calidad de vida: contribución científica de enfermería. Universidad Autónoma de Tamaulipas, COLOFÓN.
- LIU, C. J., Hsiung, P. C., Chang, K. J., Liu, Y. F., Wang, K. C., Hsiao, F. H., Ng S. M., & Chan, C. L. (2008). A study on the efficacy of body-mind-spirit group therapy for patients with breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 17(19), 2539-2549.
- LOPE-ORTEGA, M., García-Peña, C., Granados-García, V., García-González, J. J., & Pérez-Zepeda, M. U. (2013). Economic burden to

- primary informal caregivers of hospitalized older adults in México: a cohort study. *Biomedical Central Services Research*, 13(51), 1-10.
- LÓPEZ-ORTEGA M., Aranco, N. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en México [Internet]. InterAmerican Development Bank. <https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-en-mexico>
- MACHADO, C. R. L., Bazán, M. M. A., Izaguirre, B. M. (2014). Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo. *MEDISAN*, 18 (2),158-64. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pi-d=S1029-30192014000200003&lng=es
- MAEYAMA, E., Kawa, M., Shirai, A., Miyashita, M., Kazuma, K., & Okabe, T. (2007). Family caregiver's experiences in caring for a patient with terminal cancer at home in Japan. *Palliative & Supportive Care*, (4), 389-395.
- MANZANO, G., (2007): "Estrés específico. "Burnout" en cuidadores formales e informales de personas mayores dependientes", En Giró, J., Envejecimiento, autonomía y seguridad, Universidad de La Rioja, pp. 197-216.
- MARTÍNEZ Sabater, A., & Pascual Ruiz, M. F. (2009). Valoración del riesgo de pie diabético en el paciente anciano en una consulta de enfermería. *Gerokomos*, 20(2), 73-77. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2009000200004&lng=es
- McDAID, D. (2001). Estimating the costs of informal care for people with Alzheimer's disease: methodological and practical challenges. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 400-405.
- MELEIS, A. I., & Swendsen, L. (1978). Role supplementation: an empirical test of a nursing intervention. *Nursing Research*, 27, 1118.
- MELÉIS A. L. (1987). Women in transition: Being versus becoming, of being and becoming. *Health Care For Women International*, 8: 199-217.
- MELEIS, A. L., Sawyer, E.O., Im, A., Hilfinger, M., Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci*, 23, 12-28. <http://journals.lww.com/00012272-200009000-00006>

- MELEIS, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing research and practice*. Editorial Springer, editor. United States of America.: publishing company.
- MOORHEAD, S., Swanson, E., Johnson, M (Eds). (2024). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. (7º ed). Editorial Elsevier.
- MORA-LÓPEZ, G., Morelló, C. B., Montesó-Curto, P., Martínez-Segura, E., Jiménez, I. F., & Ferré-Grau, C. (2018). Análisis de la transición de los postcuidadores familiares desde la teoría de las transiciones de Meleis: Una aproximación cualitativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (19), 37-45. doi: 10.19131/rpesm.0200
- NANDA Internacional. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2024-2026*. (13ª ed). Editorial Elsevier.
- NACIONAL Alliance for Caregiving. (2007). *Evercare Study of Family Caregivers. What they spend, what they sacrifice. Findings from a National Survey*.
- NACIONES Unidad/CEPAL. (2019). *La agenda 2030 y los objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Objetivos, metas e indicadores mundiales*. Santiago de Chile. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40155-la-agenda-2030-objetivos-desarrollo-sostenible-oportunidad-america-latina-caribe>
- SCHUMACHER, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- OREM, D. E. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica: Teoría del déficit del autocuidado*. Masson-Salvat Enfermería.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. (2002). *Decenio del Envejecimiento Saludable*. OMS. https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef_4#:-:text=Al%20t%C3%A9rmino%20del%20Decenio%20del,y%20alcanzar%C3%A1%20los%202100%20millones
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud (2009). *Organismos internacionales y envejecimiento* <http://trabajo.xunta.es/export/sites/default/>

- Biblioteca/Documentos/Publicacion/congreso_envejecimiento/congreso_envejecimiento_activo.pdf
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Ginebra, Suiza: Autor. <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- OMS. (2017). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Ginebra http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- ORGANIZACIÓN mundial de la salud. (2018). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.
- OMS (2020). Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030. https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-age-ing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_25
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud (2021). Envejecimiento y Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Todos%20los%20pa%C3%ADses%20del%20mundo,en%202020%20a%201400%20millones>.
- OMS (2021). Década del envejecimiento saludable. Informe de referencia. Resumen. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350938/9789240039759-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud (2002). Perfil del sistema de servicios de salud de México. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Mexico_2002.pdf
- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud (2022). Década del envejecimiento saludable. <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable#:~:text=El%20envejecimiento%20saludable%20es%20un,lo%20largo%20de%20la%20vida>.
- POPOCA, M. & Cinta, D. M. (2020). Factores asociados a la dependencia funcional del adulto mayor de acuerdo con el modelo biopsicosocial. Estudio transversal realizado en 2017 en la capital de Veracruz, México. *Revista en Gerencia y Políticas de Salud*, 19, 1-14. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.fadf>
- POSLUNS, K. y Lynn, T. (2020). Dear mental health practitioners, take care of yourselves: a literature review on self-care. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42(1), 1-20.

- PUCHALSKI, C. M., Sbrana, A., Ferrell, B., Jafari, N., King, S., Balboni, T., Miccinesi, G., Vandenhoek, A., Silberman, M., Balducci, L., Yong, J., Antonuzzo, A., Falcone, A. y Ripamonti, C. I. (2019). Interprofessional spiritual care in oncology: a literature review. *ESMO Open*, 4(1), 1-12.
- REICH, O., Rosemann, T., Rasplod, R., Blozik, E., & Senn, O. (2014). Potentially Inappropriate Medication Use in Older Patients in Swiss Managed Care Plans: Prevalence, Determinants and Association with Hospitalization 9(8). *PLoS ONE*, 9(8).
- REYES, M.C. (2001). Construyendo el concepto cuidador de ancianos. IV Reunión de Antropología do Mercosur Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el MERCOSUR. Curitiba. Brasil.
- ROPER, N., Logan, W., & Tierney, A. J. (2004). *Roper-Logan-Tierney Model of Nursing Based on Activities of Living*. UK: Churchill Livingstone.
- RUÍZ-MONTES, P. Y., Romero-Quechol, G., Trejo-Franco, J., Martínez-Olivares, M., & Cuevas-Cancino, J. J. (2015). Satisfacción del adulto mayor con el cuidado de enfermería en un hospital de segundo nivel. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.*, 23(1), 37-42. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim2015/eim151g.pdf>
- SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, R. T., Molina-Cardona, E. M., Gómez-Ortega, O. R. (2016). Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Rev Cuid*, 7(1), 1171-84. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.251>
- SALAZAR, A. (2022). Sobrecarga del cuidador de paciente adulto mayor en el hospital general de zona de 2do nivel IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas [Tesis de posgrado, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla]. <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/16810>
- SALAZAR-BARAJAS, M.E., Garza-Sarmiento, E.G., García-Rodríguez, S.N., Juárez-Vázquez, P.Y., Herrera-Herrera, J.L., & Duran-Badillo, T. (2019). Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional. *Enfermería universitaria*, 16(4), 362-373. <https://doi.org/10.22201/eneco.23958421e.2019.4.615>

- SALAZAR-GONZÁLEZ, B. C., Hernández-Cortés, P. L., Villarreal-Reyna, M. A. (2017). Necesidades del cuidador informal de las personas adultas mayores. En Villarreal-Reyna, M.A., Cruz-Quevedo, J. E., Vicente-Ruiz, M. A., Salazar-González, B. C., *Intervenciones de enfermería de apoyo a cuidadores informales* (1ª ed, pp. 20). Ediciones DeLaurel.
- SANTANA, M. C., & Fouad, N. A. (2017). Development and validation of a Self-Care Behavior Inventory. *Training and Education in Professional Psychology*, 11(3), 140-145.
- SECRETARIA de Salud (SSA). (2021) Programa de Acción Específico Atención al Envejecimiento (PAE) 2020-2024 . https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/706938/PAE_PAM_cF.pdf
- SECRETARIA de Salud. (2023). *Modelos de cuidado de enfermería*. http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf
- SENADO de la República (2021). Número de personas adultas mayores en México va en aumento, señala estudio del IBD. <https://comunicacionsocial.senado.gob.mx/informacion/comunicados/186-numero-de-personas-adultas-mayores-en-mexico-va-en-aumento-senala-estudio-del-ibd>
- SUÁREZ L. R. C., & Sebastiao, S. L. F. (2021). La capacitación al cuidador formal del adulto mayor. *Revista Conrado*, 17(S3), 403-410.
- STEINHORN, D. M., Din, J., & Johnson, A. (2017). Healing, spirituality, and integrative medicine. *Annal Palliative Medicine*, 6, 237-247.
- TEGGLEN C. (2015). El síndrome del cuidador: Las consecuencias de cuidar sin apoyo. Convives con espasticidad. <https://www.convives.net/2015/04/el-sindrome-del-cuidador-las-consecuencias-de-cuidar-sin-apoyos/>
- VELASCO, V. M., Suárez, G. G., Limones, M. L., Reyes, H., & Delgado, V. E. (2020). Creencias, actitudes y conductas hacia el adulto mayor entre estudiantes de la salud. *Paraninfo Digital*, 14 (32), e32024d. <https://ciberindex.com/index.php/pd/article/view/e32024d/e32024d>
- VENEGAS, B. B. C. (2006). Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. *Aquichan*, 6(1): 137-47.

- VICENTE-RUIZ, M. A., De la Cruz-García, C., Morales-Navarrete, R. A., & García-Valencia, L. A. (2017). Planes de cuidados para el cuidado informal de personas adultas mayores dependientes. En Villarreal-Reyna, M.A., Cruz-Quevedo, J. E., Vicente-Ruiz, M. A., Salazar-González, B. C., *Intervenciones de enfermería de apoyo a cuidadores informales* (1ª ed, pp. 20). Ediciones DeLaurel.
- VIDAL-BLANCO, G., Oliver, A., Galiana, L., & Sansó, N. (2019). Quality of work life and self-care in nursing staff with high emotional demand. *Enfermería Clínica*, 29(3), 186-194.
- VILLARREAL-REYNA, M.A., Henández-Aguirre, N., & Salazar-González, B. C. (2017). El cuidador informal de las personas adultas mayores dependientes. En Villarreal-Reyna, M.A., Cruz-Quevedo, J. E., Vicente-Ruiz, M. A., Salazar-González, B. C., *Intervenciones de enfermería de apoyo a cuidadores informales* (1ª ed, pp. 20). Ediciones DeLaurel.
- WAGNER, C. M., Butcher, H.K., Clarke, M. F. (Eds). (2024). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. (8º ed). Editorial Elsevier.
- WHITE, M. L., & Myers, S. (2013). Development of a spiritual self-care practice scale. *Journal of Nursing Measurement*, 21(3), 450-462.
- WHITE, M. L., Peters, R., & Schim, S. M. (2011). Spirituality and spiritual self-care. *Nursing Science Quarterly*, 24(1), 48-56.
- WILSON, S. A. (1997). The transition to nursing home life: a comparison of planned and unplanned admission. *Journal of Advanced Nursing*, 26(5) 864-871.

**ESCUELAS PARA CUIDADORES:
CONTRIBUCIÓN DE LAS UNIVERSIDADES
PARA EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS
MAYORES Y CUIDADORES**

se terminó de imprimir en Grupo Editorial Biblioteca, S.A. de C.V.
ubicados en Manantiales 29, Colonia Chapultepec,
Cuernavaca, Morelos, C.P. 62450
en el mes de diciembre de 2025.

Su edición consta de 600 ejemplares

Escuelas para cuidadores. Contribución de las universidades para el bienestar de las personas mayores y cuidadores describe el aumento de la población adulta mayor, previsto por la OMS para que en 2030 una de cada seis personas tenga 60 años o más, y que en México este grupo llegue al 15% y al 23% en 2050, generará nuevos retos para la enfermería. A medida que las personas envejecen, en algún momento aparece la dependencia para las actividades cotidianas, lo que vuelve indispensable la figura del cuidador. La investigación geronto-geriátrica ha avanzado en comprender y retrasar la dependencia funcional, pero se subraya que ya desde ahora es urgente mejorar los cuidados de la persona mayor y el autocuidado.



9 786075 927817 >