

**HÁBITOS SALUDABLES Y COMPONENTES PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN
A LOS CUIDADORES INFORMALES**

**PAULA ANDREA CABALLERO GARCÍA &
JAVIER DAVID CAMPOS RIAÑO**



**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PREGRADO**

2018

**HÁBITOS SALUDABLES Y COMPONENTES PSICOLÓGICOS QUE AFECTAN
A LOS CUIDADORES INFORMALES**

Presentado por:

**PAULA ANDREA CABALLERO GARCÍA &
JAVIER DAVID CAMPOS RIAÑO**

Trabajo de grado para optar el por el título de pregrado de Psicólogo Profesional

Directora del trabajo:

SANDRA CAROLINA VALENCIA LARA

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PREGRADO

2018

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Jurado

Jurado

Bogotá D.C. 2018

AGRADECIMIENTOS

“La gente solo ve lo que está preparada para ver”

Ralph Emerson

Damos gracias a Dios

Ante todo por un nuevo logro en nuestras vidas, por darnos esta victoria y un nuevo comienzo. Por tenernos dentro de sus planes y habernos puestos a todos aquellos, amigos, compañeros y docentes que ayudaron en nuestro proceso de formación.

A nuestras familias e amigos

Por todo el apoyo que nos brindaron durante el largo camino recorrido hasta esta nueva meta, que nos ayudaron a levantar en situaciones difíciles y que siempre han estado allí para nosotros.

A nuestros docentes

Agradeciendo su voto de confianza en cada uno de nosotros, por estar dispuestos a compartir sus experiencias, conocimientos y aconsejarnos en este camino que llega a su final para convertirnos en sus nuevos colegas.

Tabla de contenido

	Pág.
I – Problematicación	
Planteamiento Y Formulación Del Problema.....	12
Justificación.....	16
II - Objetivos	
General.....	21
Específicos.....	21
III - Marco De Referencia	
Marco Epistemológico/ Paradigmático.....	22
Marco Disciplinar.....	25
Marco Multidisciplinar, Interdisciplinar y/o Transdisciplinar.....	32
Marco Normativo/Legal.....	34
Antecedentes Investigativos.....	37
IV - Metódica	
Método.....	48
Actores.....	49
Estrategias.....	50
Trayectoria.....	56
V - Consideraciones Éticas.....	58
VI - Resultados.....	61
VII - Discusión De Resultados.....	73
VIII - Conclusiones.....	77
IX - Aportes Y Limitaciones.....	79
X - Referencias.....	81
XI - Anexos.....	94

Lista de tablas

	Pag.
<i>Figura 1. Las diferentes ocupaciones que tenían los entrevistados en el momento de la investigación</i>	61
<i>Tabla 1. Citas relacionadas con el conocimiento empírico.....</i>	63
<i>Tabla 2. Citas relacionadas con el conocimiento científico.....</i>	64
<i>Tabla 3. Citas relacionadas con la experiencia.....</i>	65
<i>Tabla 4. Citas relacionadas con las habilidades de cuidado y paciencia.....</i>	66
<i>Tabla 5. Citas relacionadas con el malestar.....</i>	67
<i>Tabla 6. Citas relacionadas con las relaciones.....</i>	68
<i>Tabla 7. Correlaciones.....</i>	70
<i>Tabla 8. Correlaciones.....</i>	71

Resumen

La presente investigación se basó en el desempeño del rol de cuidador, se comprende que este rol tiene repercusiones directamente en la salud de estas personas, en su mayoría estos problemas se relacionan con la depresión, ansiedad y sobrecarga.

Especialmente cuando se generan cambios alrededor de la enfermedad y de quien la padece, en algunas ocasiones perjudican la salud tanto física y psicológica de la persona que realiza dicho cuidado. Este trabajo se realiza con la finalidad de evidenciar la relación que tienen los hábitos de vida y conocimientos del cuidador primario, contrarrestando los efectos negativos provocados por el rol.

Se muestra desde el marco de la investigación que consiste en un diseño exploratorio secuencial comparativo con énfasis cualitativo (DEXPLOS). La muestra compuesta por 20 cuidadores informales entre los 20 y 65 años de edad de la ciudad de Bogotá. El tipo de muestreo es fijo ya que se determinaron las características del mismo a priori. Los instrumentos aplicados son GHQ-12 para medir casos de malestar psicológico (depresión), ZARIT (sobrecarga), CRI-A (estrés), una encuesta de hábitos saludables y una entrevista semi-estructurada para analizar las categorías de paciencia, las relaciones, la experiencia y el conocimiento, teniendo en cuenta que todas las aplicaciones se realizaron en distintos momentos en el desarrollo del trabajo.

Para el análisis de los resultados se utilizó los programas ATLAS.TI (The Qualitative Data Analysis & Research Software) y SPSS (IBM SPSS Statistics), estos arrojaron la siguiente información siendo estas las más significativas lo cual se demostró por medio de las siguientes correlaciones de Pearson. En primer lugar se contrastaron las variables de Malestar y Zarit, en segundo lugar se encuentran habilidades de cuidado y paciencia –

GHQ-12 en tercer experiencia - conocimiento científico- conocimiento empírico - CRI- A y finalmente relaciones y hábitos saludables.

Concluyendo que la disminución de los estados de estrés, sobrecarga y depresión, pero no en gran medida como se habría pensado, aunque las personas manifestaron buenos hábitos de vida también es cierto que a través de las pruebas y estudios se evidencio que tiene sobrecarga, estrés y depresión.

Considerando ahora que los estados de habilidad de cuidado y paciencia presentaron una relación de manera causal unidireccional estas manifiestan reducir los síntomas o el estado de la depresión más no eliminándolos en su totalidad. Por último se reveló que los conocimientos empíricos y científicos como la experiencia si neutralizan la experiencia de estrés del cuidador ya que sus acciones cognitivas y conductuales manejan un grado alto de afrontamiento.

Summary

This research is based on the performance of the role of caregiver, it is understood that this role has a direct impact on the health of these people, most of these problems are related to depression, anxiety and overload. Especially when changes are made around the disease and the person who suffers from it, they sometimes damage the physical and psychological health of the person who performs the care. This work is carried out with the aim of evidencing the relationship between the life habits and knowledge of the primary caregiver, counteracting the negative effects caused by the role.

It is shown from the research framework that consists of an exploratory design comparative sequence with qualitative emphasis (DEXPLOS). The sample consists of 20 informal carers between 20 and 65 years of age from the city of Bogotá. The type of sampling is fixed as the characteristics of the sample were determined a priori. The instruments used are GHQ-12 to measure cases of psychological distress (depression), ZARIT (overload), CRI-A (stress), a survey of healthy habits and a semi-structured interview to analyze the categories of patience, the relationships, experience and knowledge, taking into account that all applications were made at different times in the development of the work.

First of all, the variables of malaise and Zarit were contrasted, secondly there are skills of care and patience – GHQ-12 in third experience - scientific knowledge - empirical knowledge - CRI-A and finally healthy relationships and habits.

Concluding that the decline in states of stress, overload and depression, but not to a great extent as would have been thought, Although people manifested good habits of life it is

also true that through tests and studies it is evidenced that they have overload, stress and depression.

Considering now that the states of ability of care and patience presented a relationship of unidirectional causal manner these manifest to reduce the symptoms or the state of depression more not eliminating them in their totality. Finally, it was revealed that empirical and scientific knowledge as experience does neutralize the stress experience of the caregiver since his cognitive and behavioral actions handle a high degree of coping.

I. Problematicación

Planteamiento del problema

La psicología se puede describir como la ciencia de conocer el carácter de las personas comprendiendo las causas de su comportamiento, uno de los fenómenos que se vincula, es la salud; precisamente porque esta incluye cualquier aspecto de la psicología que trate sobre la experiencia de la salud, enfermedad y la afectación del estado de la misma, percibiendo los mecanismos fisiológicos que vinculan eventos ambientales con las alteraciones propias a dicho fenómeno (Roales, 2003). Explorando un poco la idea anterior se puede identificar que los mecanismos son señales de alerta tanto físicas como psicológicos que cada persona experimenta.

Ahora bien dentro de la actividad de cuidar, son diferentes los mecanismos en función de muchas situaciones ya sean propias, de la persona cuidada, del grupo familiar y social, de los recursos, servicios de apoyo etc. Frecuentemente la tendencia a cuidar en exceso a una persona ya sea familiar o quien requiera del cuidado; produce que el cuidador deje sus deseos y necesidades propias pasen a un segundo plano. Sobre todo cuando las personas cuidadoras se exigen demasiado a sí mismas y se olvidan de sus necesidades personales, su propio organismo tiene “mecanismos de alarma” que le indican un límite de cansancio o sobrepasado por la situación. Estas señales de alarma se deben tomar como indicadores de amenaza frente a la salud (Martín, 2011).

Concluyendo que una de las temáticas que eventualmente se abarcan frente a situaciones de riesgo de la salud-enfermedad, son aquellas que están relacionadas con personas que cumplen el rol de cuidador, ya que son quienes llevan las repercusiones negativas de tal acción.

Dichas consecuencias se ven expuestas en documentos e investigaciones que ayudan a comprender un poco más sobre este fenómeno como por ejemplo el realizado por el Instituto de Sociología y el Centro UC Estudios de Vejez y Envejecimiento (2015), menciona que las consecuencias de las actividades de cuidado sobre el cuidador son múltiples. No solamente el estado de salud física se ve empeorado, sino que también la salud psicológica y el bienestar subjetivo se ven mermados.

El estrés, la depresión, el cansancio son algunas de las nociones más recurrentes que los cuidadores asocian a su estado de salud. Esto coincide con los datos reportados por Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores (2009), el cual nos indica que un 44% de los cuidadores presentó algún grado de síntomas depresivos.

La sobrecarga también es relevante: un 19% de los cuidadores presenta una sobrecarga ligera y un 25% intensa (EDPM, 2009). El aislamiento social es otro resultado de desempeñar labores de cuidado. A su vez se considera el rol de cuidador como aquel individuo que toma responsabilidad de cuidado, atención de necesidades, tiempo, etc. de una persona enferma, donde genera cambios temporales que afectan el cumplimiento de su función, como lo menciona Moreno, Chaparro y Blanco (2017).

Por esta razón es importante conocer de manera más detallada las acciones particulares a las cuales se deben enfrentar día a día los cuidadores informales y se evidencian en la capacidad para planificar la alimentación, movilizar a la persona cuidada, supervisar y administrar la medicación, asear a la persona.

Entre otras también se manifiestan en realizar curaciones si es requerido, entretener a la persona cuidada, escucharle y proporcionarle afecto y compañía, organizar el tiempo, coordinar servicios sociales y sanitarios, también consiste en atender, procurar el bien, fomentar el bienestar y la alegría, curar los males, amortiguar los dolores, estar pendiente

de la otra persona, y algunas tareas ligadas a su rol, ayuda en las actividades de la casa, ayuda para el transporte fuera del domicilio (por ejemplo, acompañar al Centro de salud), ayuda para el desplazamiento en el interior del domicilio , ayuda para la higiene personal, ayuda para la administración del dinero y los bienes (Martín, 2011).

Anteriormente se mencionan algunas de las tareas que corresponden a un cuidador, también se observa que en muchos de los casos se pueden ver reprimidos por la gran demanda que compete a este rol. De manera que Ávila y Vergara (2014) mencionan que la responsabilidad de cuidar a los pacientes recae esencialmente sobre la familia, y en particular sobre las mujeres.

Habría que decir que las familias se tratan de organizar y sobreponerse para afrontar de la mejor manera la demanda del cuidado. Sin embargo, con frecuencia el sentimiento de impotencia es tan común y tan devastador que se hace necesario comprenderlo para poderlo manejar en quienes cuidan a las personas en situación de enfermedad.

Barrera, Galvis, Moreno, Pinto, Pinzón, Romero y Sánchez (2006), expresan que cuidar a una persona en situación de enfermedad crónica genera cambios profundos en las vidas de los implicados y se producen sentimientos de impotencia frente a esas tareas de cuidado, estas varían dependiendo de la raza, edad, género y cultura, llevando a un elevado nivel de estrés. También señalan los riesgos en salud que tienen los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica, afectando a los cuidadores y a las personas receptoras de su cuidado.

Detallando que el cuidador tiene la necesidad de modificar su vida para asumir tareas especiales, generando con frecuencia sobrecargas, preocupaciones y estrés, factores dados por la responsabilidad de cuidar a otra persona. (Barrera, Pinto, Sánchez, Carrillo, Chaparro, 2010).

Además de lo anterior también es importante mencionar que existe un factor de tiempo que influye en el malestar, pues si este es prolongado, las probabilidades de padecer estrés aumentan.

Por consiguiente, se ha expuesto que los cuidadores son un grupo particularmente vulnerable a vivir los efectos nocivos del estrés, el cual se entiende como la experiencia negativa que va acompañada de efectos fisiológicos, bioquímicos y conductuales que alteran el estado de salud.

Posteriormente, conforme a las persistencias de la sobrecarga y la depresión en el cuidador, conlleva consigo afectar la salud propia del individuo de modo que se vería perjudicada la calidad del cuidado y así mismo en todos sus ámbitos (psicológica, social, laboral y/o física) en que se desenvuelve.

Por lo cual autores como Rodríguez y colaboradores (2017) expresan en su investigación que las acciones educativas permiten reducir afectaciones socioeconómicas y psicológicas de los cuidadores principales, sin desaparecer el síndrome del cuidador que hace referencia a un proceso de "ajuste" a la nueva situación en la que se encuentra y dicho proceso varía de un cuidador a otro (Castilla y León, 2014). También González, Díaz y Herrera (2014) manifiestan que se necesita el apoyo para estas personas que se encuentran en un alto riesgo de enfermar, con las graves consecuencias que ello tendría tanto para ellos mismos como para las personas con una enfermedad crónica no transmisible (ECNT) a las que cuidan.

Lo que hace referencia a conocer que el estado de salud de la persona que cuida genera drásticos cambios tanto en la calidad de vida del individuo como en la calidad de cuidado, puesto que la experiencia de ser cuidador modifica de manera importante la percepción de las personas (Flórez, Montalvo, Herrera y Romero, 2010).

Ahora bien, entendiendo lo anterior, se ha contextualizado el fenómeno que afecta a estas personas, de manera que se espera que a través de este trabajo de grado se amplíe el conocimiento de los cuidadores y su importancia dentro de la disciplina, acaparando una mejor atención frente a esta población y sus dificultades.

En otras palabras, esta investigación lo que incentiva es el conocer a través de la experiencia y conocimiento del cuidador, sus relaciones, hábitos de vida, percepciones, sus conocimientos y sus afectaciones. Con esta intención se plantea la necesidad de conocer: ¿De qué manera los cuidadores informales en la ejecución del rol son afectados por sus propios hábitos de vida y los conocimientos empíricos-científicos (experiencia, paciencia y percepción de las relaciones interpersonales) y cómo estos dos factores se relacionan con la reducción de los estados de estrés, depresión y sobrecarga?

Justificación

Entre los múltiples intereses de la psicología, se ve enmarcada una tendencia e interés por el proceso de salud – enfermedad. A partir de la promoción de estilos de vida saludables, la adaptación de conductas preventivas, la optimización del diagnóstico y tratamiento, los aspectos conductuales en torno a la rehabilitación, hasta los aspectos relacionados con el cuidado del paciente terminal.

Por consiguiente, durante el proceso de exploración e información consultada, se ha determinado, que los estudios psicológicos actuales no le dan la suficiente relevancia, ni abarca todas las problemáticas que afectan a esta población. Considerando que este trabajo visibiliza las problemáticas actuales a las que se enfrentan los cuidadores y aporta en áreas de salud y psicología para seguir promoviendo investigaciones en este campo.

Adicionalmente, desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) no se da cumplimiento a lo establecido en los lineamientos dados por el ministerio de salud, lo cual implica que dichos cuidadores no cuenten con las herramientas adecuadas para afrontar su labor. Caso en el cual es pertinente remitirse a otros autores como Avila & Vergara (2014) *“Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas realizado en Montería”* o González, Díaz y Herrera (2014) *“Carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región amazónica de Colombia”* que hablan de cuidadores en otras ciudades y sus problemáticas frente al sistema.

Son pocos los estudios realizado referente a los cuidadores en el contexto distrital (Bogotá) y desde la psicología de la salud se puede hacer referencia a autores como Martínez et al (2014) *“Propuesta de programa de promoción de la salud en cuidadores informales de enfermos de Alzheimer y prevención del síndrome del cuidador evitando que el cuidador se convierta en paciente”* o Martínez et al (2014) *“La atención al cuidador, problema de salud necesario de abordar en los estudios médicos”* que con ayuda de estas investigaciones y este trabajo aportar significativamente a la transformación de está problemática.

Siendo uno de los propósitos de esta investigación establecer algunas de las características de rol de cuidador, desde el concepto de Díaz, Mendoza y Sáez (2015) El cuidar es una clase de preocupación, que tiene elementos invisibles, intangibles y difíciles de contabilizar. El papel del/la cuidador/a no se define sólo en términos de los procedimientos y las tareas que realiza, sino por sobre todo, por su capacidad de adquirir el conocimiento, la paciencia y el valor para ello, es decir, la habilidad de cuidado. Por consiguiente, quien asume la responsabilidad del cuidado informal en el hogar, lo hace con un gran

compromiso, mediado por la relación afectiva que tiene con la persona cuidada, cuestionando pocas veces sus habilidades de cuidado y la adquisición de tal responsabilidad.

En consonancia con todo lo anterior, se quiere mostrar una breve revisión realizada por Tartaglini y Sefani (2012) que muestran un panorama en aumento del rol de cuidador familiar, debido a una situación en concreto, como la inversión de la pirámide poblacional, aludiendo probablemente, un número mayor de adultos cuenten con pocos miembros jóvenes, en su red social, que los asisten.

Por lo cual se muestran a continuación las cifras importantes al día de hoy, tal y como muestra el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (2018) en su estimado poblacional y proyección de población nacional:

Se estima aproximadamente que de edades de 0-30 desde el 2008 con 24.904.320 a 2018 con 25.609.989 con un aumento de 700 mil de personas en la población joven en comparación con la de adultos con edades 55 - 80 o más desde el 2008 5.834.950 a 2018 con 8.437.936 con un aumento de 3.000.000 millones de personas aproximadamente a nivel nacional. Mientras que en la ciudad de Bogotá entre las edades de 0-30 desde el 2008 con 3.746.264 a 2018 con 3.777.004 con un aumento aproximado de 31.262 mil de jóvenes, en comparación con los adultos que desde el 2008 con 1.314.713 entre 55-80 o más a 2018 con 2.007.859 con un aumento de 690 mil de personas en la población actual.

Es por esto que se observa que la población mayor ha aumentado el triple de la población joven en 10 años en todo el país, pero no para quedarse corto en este análisis se puede ver el cambio por ser esta una inclinación por su constante crecimiento cuantitativo, aunque hablando de la ciudad de Bogotá se da una gran diferencia respecto a la población joven y a la cantidad de personas mayores, pero como lo explica Berrio (2012) en su documento he

aquí que los cambios en la cantidad y en la estructura de la sociedad afectan el funcionamiento poblacional, por lo que hay que promover cambios en la política de salud global y en el modelo de atención con un enfoque en el paciente y su vulnerabilidad.

Para explicarlo brevemente la organización panamericana de la salud Colombia (OPS) manifiesta en la reunión del 18 de septiembre del 2017, describiendo que los gobiernos deben reforzar la lucha contra las enfermedades no transmisibles (ENT) para poder dar cumplimiento a las metas acordadas mundialmente, en particular la prevención de las muerte prematura de millones de personas a causa de estas enfermedades. También demuestra que los avances de los países en contra de la ENT especialmente las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la diabetes han sido limitadas. Describiendo a estas como las más mortíferas tomando anualmente la vida de 15 millones de personas entre los 30 y 70 años en todo el mundo.

Ahora bien, el panorama mostrado por la OPS para la situación en las Américas no es alentador ya que demuestra que las enfermedades no transmisibles son responsables de el 80% (5,2 millones) del total de las muertes y sobre todo un 35% de las muertes causadas por las cuatro principales ENT mencionadas anteriormente, que ocurren prematuramente en personas de 30-70 años. Para la realidad colombiana que consta de una población 48. 229.000 millones de habitantes, para el año 2017, se registraron un total 243,840 de las cuales el 73% (178.000 mil) son muertes causadas por las ENT, adicional a ello y de acuerdo al informe de la OPS en Colombia existe un 15% de riesgo por muerte prematura a causa de las ENT, teniendo en cuenta que esto impacta a la población con una impotencia económica y social.

Como lo plantea Gallardo, Benavides y Rosales (2016) haciendo mención que las enfermedades crónicas no transmisibles representan una severa carga para el sistema de

prestación del servicio de salud por sus costos muy altos y la intervención muy tardía, cuando ya no puede obtenerse un beneficio significativo para la salud del paciente y de la familia.

Los costos sociales y económicos directos e indirectos que ocasionan las ECNT en las instituciones, pacientes y cuidadores, son parte de los estudios obligatorios para mejorar las políticas emanadas desde el SGSSS en Colombia, por ende, sustentan la viabilidad y necesidad de implementar un programa para disminuir la carga de las ECNT que permita dar una solución al cuidado integral de la población afectada.

Haciendo mención a lo anterior, es necesario la comprensión de los factores que rodean el rol de ser cuidador, así como las afecciones de salud que se generan por el rol desarrollado. Esta información es la clave para generar una mayor participación y inclusión de los cuidadores informales en el SGSSS.

Ahora bien, para ampliar esta información se habla de las repercusiones del cuidado “sentimiento de sobrecarga”, son consideradas como una manifestación del estrés psicológico y social generado por la situación de cuidado. Por consiguiente, se ha conformado un nuevo punto de vista que relaciona los factores estresantes del cuidado, los recursos y vulnerabilidades del cuidador y, finalmente, los factores moderadores que podrían morigerar dicho impacto.

También sugiere que el modo en que un cuidador afronte la situación de cuidado determinará el surgimiento o no de trastornos psicológicos y el tipo de hábitos de salud.

Conforme a lo anterior, es de gran importancia que durante el transcurso de la investigación se manifiesten estados tanto negativos y positivos del rol, reconociendo el significado de la carga, el malestar y los conocimientos empíricos y científicos que hablan a través de la experiencia, paciencia, percepciones relacionales (sociales - personales) de cada uno de los

cuidadores, Y así poder determinar las condiciones de estrés depresión y sobrecarga a las que se ven expuestos dichos cuidadores.

Se informa que en este trabajo investigativo no se hará ninguna clase de intervención, por lo cual su información es netamente aproximarnos a los sucesos contextuales y experienciales de los cuidadores.

De manera que se plantea que las estrategias de uso para la investigación contiene un diseño multimétodo que nos ayuda a comprender al cuidador desde otras perspectivas, no sólo como un dato numérico como se puede observar en la mayoría de los trabajos consultados, por ende esto provee una ampliación de las características del rol de cuidador.

Para concluir se proyecta que esta investigación sea un avance para las partes interesadas (cuidadores, investigadores, disciplina psicológica, el SGSSS, etc.) y para quienes represente un beneficio.

Objetivos

General:

Evidenciar los procesos que se relacionan con la mitigación de la sobrecarga, depresión, estrés a través de los conocimientos científico-empírico, relaciones personales, experiencia y paciencia del cuidador y hábitos de vida - salud

Específicos:

1. Conocer los hábitos de vida, el conocimiento científico - empírico y el desarrollo de la carga y malestar de los cuidadores.

2. Examinar la influencia que tienen los hábitos de vida con relación a la experiencia de estrés y depresión del cuidador.
3. Identificar desde el conocimiento científico - empírico asociado al estrés y depresión del cuidador.
4. Estimar niveles de estrés, depresión y sobrecarga del cuidador
5. Verificar las condiciones de los hábitos de vida y conocimientos científico - empírico como medio de afrontamiento y para sobrellevar la carga y malestar.

II. Marco de referencia

Epistemológico/Paradigmático

Para un acercamiento apropiado, se ha utilizado un tipo de diseño exploratorio secuencial comparativo con énfasis cualitativo (DEXPLOS), consistente en la priorización de los datos cualitativos, generando una segunda fase cuantitativa para apoyar los resultados iniciales (Programa MAXqda, 2015). Es decir, para este proyecto se incluyó dentro de la recopilación de los datos, aquellos arrojados por las entrevistas ya que son esenciales y dando cuenta que dichos datos cuantitativos únicamente serán de uso para la comprensión de los resultados adquiridos, debido a que son un derivado de las pruebas psicométricas aplicadas.

Por consiguiente este trabajo es sustentado por dos paradigmas que favorecen a la comprensión del fenómeno de esta investigación, en primer lugar está la hermenéutica que ayuda a el análisis, interpretación y permite conocer el fenómeno. En segundo lugar se compone por un enfoque empírico - analítico que busca la explicación de causas y efectos cuantificables en diversos contextos, que permitan proporciones y variables control.

Ahora bien, para explicarlo de una mejor manera, se entiende a la hermenéutica como aquella metodología que se caracteriza en la interpretación, comprensión y análisis de un fenómeno observable, apoyado en lo que dice el autor Ortiz (2013) muestra que la hermenéutica se asume como un cuerpo de diferentes técnicas de interpretación, producto de habilidades del pensamiento que siguen una serie de pasos ordenados y sistematizados, con el fin de obtener un resultado más o menos viable con respecto al asunto u objeto que se va a dilucidar. Sin dejar de lado, procesos libres sistematizados que tienen una fuente en la filosofía humanista. (Torres,2012)

Pero de igual forma hay autores como Wilhelm Dilthey (1833-1911) menciona que toda manifestación espiritual humana, además de los textos escritos, tiene que ser comprendida dentro del contexto histórico de su época; los acontecimientos históricos, valores, cultura, deben ser comprendidos. Plantea que la explicación es propia de las ciencias humanas. (Torres, 2012)

También es revelado por Manzanilla (2017) que es un modelo de interpretación y de comprensión de la realidad, como menciona Balza (2008) no está en el ser individual sino en el ser histórico ya que no se centra en entender al otro sino entenderse con el otro en un contexto determinado bien sea en un texto, una obra de arte, una acción, un acontecimiento. De manera que retomamos un clásico como Paul Ricoeur (1913-2005) que plantea una hermenéutica de la distancia “Lo que hace que surja una interpretación es que exista una distancia entre emisor y receptor” Es la reelaboración por parte del lector.

Por otro lado, tenemos el empírico - analítico que se puede conocer a través de Pino (2015), con los siguientes argumentos menciona que establecer relaciones entre los hechos permite que los datos encontrados no solo se limiten a describir la realidad, sino que tales datos sirvan para explicar, no solo el fenómeno estudiado, sino revelar también las causas de

otros hechos similares que se presenten en la naturaleza, en la sociedad o en el mundo en general.

También aclara que desde esta perspectiva empírico-analítica, hay que tener en cuenta el interés que se le quiere dar al enfoque, este pertenece a las ciencias puras que “son las que se proponen conocer las leyes generales de los fenómenos estudiados, elaborando teorías de amplio alcance para comprenderlos...” (Sabino, 1978, p. 24). Teniendo en cuenta que la relación que se establece entre el sujeto y el objeto, es una relación completamente antagónica, es decir, en la que el sujeto y el objeto no pueden tener más que una relación de conocimiento, en la cual el sujeto se desprenda de todo tipo de valores, sentimientos, emociones etc. En caso de que llegara a pasar se contaminaría el dato o la información con las percepciones y situaciones subjetivas contenidas en el sujeto que conoce, ya que el concepto de verdad proviene y está adecuado objetivamente con la evidencia, corroborada por la experiencia (Pino, 2015).

Finalmente, el empirismo describe las relaciones de los fenómenos que suceden en el mundo natural, es decir, causa-efecto de los fenómenos que pretenden predecir situaciones y generalizarse, así los resultados se convierten en leyes y en teorías que posteriormente puedan ser empleadas en la explicación de fenómenos similares (Pino, 2015). Guardando una relación de tipo descriptivo para este trabajo ya que propone describir de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés.

Para recapitular se entiende que la hermenéutica guarda concordancia con este trabajo a medida que se aproxima a los relatos de los actores y dialogando para conocer sus experiencias, a su vez se entiende que lo empírico - analítico para esta investigación

consiste en formular propiedades objetivas que son internamente consistentes y argumentan como es verdaderamente el fenómeno.

Por tanto se quiere evidencia la experiencia de los cuidadores informales y demostrar los factores de riesgo que se relacionan en torno a ellos y cómo eso les afecta en su rol de cuidador primario.

Disciplinar

Es de manera apropiada mencionar argumentos que completaran paso por paso esta investigación de manera lineal, en primer lugar se reconoce a la psicología de la salud como rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud enfermedad y de la atención de la salud. Consecuentemente, a la psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de la salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la de recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de la salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas y para la adecuación de servicios de salud a las necesidades de los que los reciben. (Morales, 2012).

Entendiendo que la preocupación se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas. Donde contribuye a la mejora de la salud, la prevención y el tratamiento a la enfermedad, la identificación de

factores de riesgo, la mejora del sistema sanitario y la influencia de la opinión pública asociada a aspectos sanitarios. (Brannon & Feist, 2001).

Ahora bien, se tiene como segundo punto los hábitos que son definidos como “comportamientos que se han repetido hasta que se ha vuelto más o menos automático, promulgado sin un pensamiento determinado, en gran parte sin ningún sentido de conciencia” (Nilsen, Roback, Broström & Ellström, 2012). También, se consideran que son conductas repetitivas que se llevan a cabo en la vida cotidiana, que al principio se mide como medio de aprendizaje y nivel de dificultad, más que al paso del tiempo se vuelve una acción determinada e inconsciente.

Para esta investigación se tiene en cuenta los siguientes hábitos de vida como los menciona el autor Andújar (1999) Alimentación, consumo de tabaco y de alcohol, práctica de actividad física. Así como las horas de sueño, al considerar que “los principales hallazgos sugieren dormir más tiempo, y en especial, menos tiempo de lo requerido es asociado al patrón de sueño intermedio, supone que tiene consecuencias adversas para la salud a diferentes niveles.” (Miró, Ibáñez & Cano-Lozano, 2002, p. 301). En ese orden los hábitos analizados son importantes pero no son todos los hábitos existentes ya que sólo se decidió analizar los más generales.

Como tercer punto según la conclusión de la investigación de Fernández-Lansac (2012) se encontró que una mayor resiliencia se asocia a un mejor estado emocional y físico de los cuidadores, por tanto se puede asociar que las acciones particulares, tales como los hábitos de la salud, están directamente relacionados con una mayor capacidad de salir adelante ante las adversidades en una población de cuidadores informales, esto indica que la salud y el

hecho de cuidarla se relaciona con el rol de cuidador y los beneficios que conservarla trae para la persona.

Por otro lado, para Breinbauer, Vásquez, Mayanz, Guerra & Millán (2009) "Cuidador" se define como la persona, habitualmente un familiar directo, que convive y mantiene la responsabilidad de proveer recursos que un paciente, incapaz de auto-sustentarse, necesita".

También es adecuada la siguiente definición ya que complementa a la anterior:

Los cuidadores familiares son personas que otorgan cuidado informal, no reciben remuneración o retribución económica, se catalogan como principales o primarios y secundarios, según el grado de responsabilidad en el cuidado de los ancianos y son definidos como "aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones". Flores, Rivas & Seguel (2012)

Sin embargo, es necesario aclarar que para Islas, Ramos del Río, Aguilar y García (2006) un cuidador primario informal es por lo general un miembro del sistema cercano de la persona enferma, el mismo tiene la característica de no recibir remuneración por dicho cuidado, mientras que los cuidadores primarios formales son personas capacitadas en el área del cuidado, por lo general enfermeras, médicos o trabajadores sociales, reciben remuneración por el trabajo y lo hacen por un tiempo limitado.

En ese orden los cuidados de larga duración son el sistema de actividades llevadas a cabo por cuidadores informales (familiares, amigos o vecinos) o profesionales (sanitarios, sociales u otros), o ambos, para conseguir que una persona que no sea totalmente capaz de cuidar de sí misma mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus

preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal, y dignidad humana. (Reinón, 2012, p.187).

En relación a la salud de los cuidadores primarios formales e informales se encuentra que la sobrecarga que experimentan, una vez pasados los recursos personales puede llegar a tener no sólo consecuencias para la salud física sino también parece tener repercusiones en la mental, falta de tiempo libre, calidad de vida o situación económica. (Tal y como se cita en López, Orueta, Gómez, Sánchez, Carmona de la Morena & Alonso (2009), p. 333)

Respecto a lo anterior, vale la pena mencionar que, según la investigación de Roger, Bonet, Gallego, Pisa, Ribas, Viñets & Oriol (2000) en relación a los cuidadores primarios, el hecho de cuidar no está exento de sufrir enfermedades en relación a dicha función, aún los estudios indican las enfermedades asociadas y que además de repercusiones físicas hay secuelas emocionales produciendo así el denominado “síndrome del cuidador”.

En adición a esto, según García-Calvente, Rodríguez, & Navarro (2004) mencionan que el impacto de cuidar está asociado a cuestiones económicas, laborales y de uso del tiempo, además de problemas en la dimensión psicológica de las personas que lo hacen, específicamente en relación a los niveles de sobrecarga.

Además, respecto al impacto psicológico del cuidado de larga duración, la psicología de la salud ha documentado mucha información, por ejemplo, que los cuidadores de pacientes postrados pueden presentar, a lo largo del prolongado tiempo en que atienden sus necesidades, diferentes problemas de salud; alteraciones psicológicas, sociales, etc., todas ellas dependientes de la carga que supone dicha atención. (Martínez et al, 2010).

Para complementar lo anterior se destacan que dentro de los problemas de salud de los cuidadores se encuentran divididos en estresores primarios (el estado cognitivo, el comportamiento problemático, la sobrecarga, la privación de relaciones) y secundarios (conflicto familiar y laboral del cuidador, estado socioeconómico y recursos, pérdida de libertad en el rol, pérdida del propio ser, competencia del dar cuidado, y ganancia personal) que se generan en la experiencia de ser cuidador (Sánchez et al,2013).

También hay referencia al estrés negativo psicológico de los cuidadores en relación con síntomas neuro-psiquiátricos y el estrés negativo (distrés) del cuidador en una forma ágil, revisando la carga objetiva (prevalencia de los eventos potenciales de estrés del cuidador de la experiencia) y subjetiva (experiencia de distrés por la ocurrencia de dichos eventos) (Sánchez et al,2013).

Ahora analizando el impacto psicológico específicamente en cuidadores informales, hablamos de Paineopán & Kühne (2012) que destacan que las cuidadoras informales presentan mayores niveles de sobrecarga, en comparación con las cuidadoras formales no profesionales. Esto se asoció a un mayor compromiso en la salud percibida de aquellas, que específicamente presentaron mayores síntomas somáticos y de ansiedad.

En cuanto a los estilos de afrontamiento, se encontró que las cuidadoras informales usan significativamente más afrontamiento emocional y menos afrontamiento racional y por desapego, que las cuidadoras formales no profesionales, lo que lleva a comprometer más la salud de las primeras. Finalmente, los indicadores de salud están directamente relacionados con mayor sobrecarga, de tal forma que a mayor sobrecarga, mayor deterioro, lo que se observa con mayor magnitud en las cuidadoras informales.

Para ampliar un poco más la información anterior, se han revisado que en diversas investigaciones realizadas en el marco del cuidado informal de personas dependientes han demostrado que el afrontamiento de tipo cognitivo y la resolución de problemas están relacionados con un menor nivel de malestar emocional, mientras que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción están asociadas con mayores niveles de malestar psicológico. (Cedillo et al , 2015) Este mismo autor manifiesta que un estudio realizado en España determinó que el uso de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, como la evitación, o retirada, así como una percepción alta de sobrecarga para el cuidador se correlacionó positivamente con ansiedad y depresión.

Hay que reconocer que en la actualidad existen al menos 18 estrategias de afrontamiento agrupadas en tres estilos de afrontamiento. El primer estilo conocido como “ Reconocer el problema”, comprende las siguientes estrategias: concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, invertir en amigos íntimos, buscar pertenecía, fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes, distracción física y revelarlo para sí.

El segundo estilo se denomina “Referencia a otros” y las estrategias son: buscar apoyo social, acción social, buscar apoyo espiritual, y buscar ayuda profesional. El último estilo, el “Afrontamiento no productivo” comprende las siguientes estrategias: Preocuparse hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, ignorar el problema, reducción de la tensión, reservarlo para sí y auto-culparse. (Solís & Vidal, 2006. p. 35)

Por lo cual dentro de este proyecto se cree pertinente utilizar las respuestas de afrontamiento a partir ocho escalas que incluyen estrategias de aproximación al problema (Análisis lógico, Reevaluación positiva, Búsqueda de guía y soporte, Solución de

problemas) y de evitación del mismo (Evitación cognitiva, Aceptación o resignación, Búsqueda de recompensas alternativas, Descarga emocional) evaluado por el CRI-A.

De esta manera, se considera desde el modelo de aprendizaje sociocultural de Vygotsky que las herramientas psicológicas son aquellas que sirven para mediar entre los pensamientos, sentimientos y conductas. Por tanto estas se ven orientadas hacia el mundo social, hacia el otro y hacia la actividad interna (Contreras, 2016).

Para este trabajo se entiende como un conjunto de cualidades y características propias de una persona, las cuales determinan en qué medida está capacitado para llevar o no a cabo una tarea, en este caso ejercer el rol de cuidador, de forma adecuada y eficaz, entre estas se encuentran la resiliencia, la adaptación, el control emocional y la salud percibida las cuales serán definidas a continuación.

Resiliencia. En primer lugar se entiende que la resiliencia, según Melillo, Suárez Ojeda and Grotberg, (2001) es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse, y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad. Por otra parte, la resiliencia se comprende como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de las circunstancias por muy graves que sean (tal y como se cita en Barudy, 2005 p.56).

Adaptación. Como segundo, se encuentra la adaptación, en términos generales se explica que es el estado en el que el sujeto establece una relación de equilibrio y carente de conflictos con su ambiente social. (Glosario psicológico)

Control emocional. Por último, es importante evidenciar a las emociones que son todas aquellas respuestas afectivas ante una situación que produce inestabilidad y

perturbación. De manera que evidencia que el control emocional se compone de la modificación de los resultados a todas aquellas actividades humanas como el rendimiento en el trabajo, las ocupaciones cotidianas, en situaciones límites, deportes y hasta en este caso poder hablar de las actividades realizadas por el rol de cuidador. De esta manera se entiende que para poder manejar las emociones es necesario el reconocimiento del sentimiento propio y diferenciar el de otras personas utilizando la inteligencia emocional.

Teniendo en cuenta que cuando la exigencia externa aumenta, es acompañada de una consecuente exigencia psicológica que requiere de un gran dominio emocional para cumplir los objetivos (Goleman, 1995).

Salud percibida. Está se relaciona con la incapacidad para seguir realizando las funciones saludables normales y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico. Que se medirán con la versión corta del Cuestionario De Salud General (GHQ-12) para este trabajo.

Inter/Multi/Transdisciplinar

A partir de las ciencias humanas como el trabajo social se considera como una breve apología social y humana sobre el expresar el saber del “otro” desde su contexto y desde su experiencia de vida, que otorga gran importancia a su significado e interpretación de lo real, por lo cual hace inferencia desde un hacer particular, donde se representan dimensiones afectivas y conductuales desde lo interno a lo externo en la cotidianidad, como el asistir, atender y ser parte de la vida de una persona con enfermedades crónicas no transmisibles.

Desde el punto de vista antropológico, explicado por Ruiz y Nava (2012) el cuidador hace referencia a aquel sujeto que asiste la necesidad, teniendo en cuenta diferentes grados de responsabilidad en el cuidado del enfermo y la consecuente diferenciación entre el cuidador directo e indirecto. Evidenciando el desempeño de los cuidadores alrededor de la enfermedad, teniendo en cuenta componentes que van asociados a el grado de compromiso hacia la tarea, afecto, atención y horarios.

También, comparte algunos elementos con la interpretación desde la enfermería desde el proyecto de Herrera y Meléndez (2010) que recae en la tarea que le da sentido al cuidador en función de: cuidado, asistencia, tareas de apoyo, físico y emocional. Haciendo un énfasis en paralelo con el cuidado ya que este se centra en tres acciones significativas, en primer lugar como lo es la responsabilidad del cuidado mismo, participación de decisiones conjuntas y ser solidario con el que sufre. Del mismo modo se entiende que para que exista un cuidador se debe reconocer una persona motivo de su cuidado.

Ahora bien, se considera señalar otros conceptos fundamentales que son operativos desde la literatura indicado por Herrera y Meléndez (2010), en primer lugar el cuidador se define como persona que asiste o cuida a otra persona afectada de cualquier tipo de discapacidad que impide el desarrollo normal de sus actividades (vitales y sociales); por otro lado también es un concepto mixto que cumple con tareas asignadas a su rol primario en su mayoría de carácter familiar y social.

En segundo lugar es el cuidador informal, que son aquellas personas que no pertenecen a ninguna institución sanitaria ni social y son cuidadores de personas no autónomas que viven en su domicilio.

En último lugar hace referencia al cuidador primario que es aquella persona que comprende la realidad de la situación que afecta a la familia y amigos; y son quienes reconocen en primera instancia a las necesidades físicas y emocionales.

También cabe señalar que un aporte importante recae sobre la salud pública, se debe a que no se considera propiamente como una rama de la medicina, sino una ciencia en sí misma, a la que, sin embargo, la medicina preventiva es un colaborador importante.

La ley de salud pública es una rama de la jurisprudencia que trata de la aplicación de ley común y a los principios de higiene y medidas sanitarias (James Tobey, 1926) mencionado en el libro de Gostin y Wiley (2016) teniendo en cuenta que no es fácil la definición ni la caracterización de la misma, por lo cual se trabaja desde la palabra pública en la salud pública tendiendo dos significados superpuestos: uno que explica la entidad que asume la principal responsabilidad por la salud del público, lo que explica que haya una legítima expectativa de recibir los beneficios.

Normativo/Legal

El siguiente punto trata sobre lo que fundamenta esta investigación a partir de lo que expresa la legislación colombiana, de esta manera se encontró pertinente nombrar los siguientes participes como la Constitución Política del 91 Art. 49, la sentencia T-154 del 2014, sentencia T-096 del 2016 y el decreto 2771 de 2008 y la ley 47 del 2015.

En primer lugar se habla de la Constitución Política como la ley máxima y suprema de un país o estado. En ella se especifican los principales derechos y deberes de sus participantes, y define la estructura y organización del Estado. Teniendo en cuenta que en Colombia la constitución se modificó drásticamente por última vez en 1991. Por ello se hace alusión a esta como Constitución Política del 91, en particular a el Artículo 49 que explícitamente

indica que garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. De manera que la ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Teniendo en cuenta que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.”

En concreto busca proponer el cuidado sistémico de la salud y para ello como investigadores nos interesa remitirnos a la Sentencia T-154 del 2014 que define la naturaleza del cuidador. Dentro de los apartados que la constituyen sobresalen dos temas que es importante aludir como el servicio de cuidador permanente, este rige como orden de la EPS a brindar entrenamiento o preparación que sirva de apoyo al cuidador principal que designe la familia para el manejo del actor.

También atiende a un suministro domiciliario del servicio auxiliar de enfermería y de cuidador permanente - que se establece desde el régimen de seguridad social en salud/ aplicando el principio de solidaridad familiar con las personas de la tercera edad – que son parientes que tienen el deber de ayudar a familiares que se encuentran en situación de debilidad manifiesta debido a su edad o enfermedad. De esta forma se comprende que el cuidador puede ser un experto o una persona natural inexperta que cumple con caracteres asignados a este rol, por lo tanto, también es posible que la persona que cumpla este rol de cuidador sea reciba el apoyo de diferentes expertos.

Ahora bien, antes de examinar la Sentencia T-096 del 2016 el alcance de la participación se contempla desde la atención domiciliaria, que procede del servicio de cuidador domiciliario en circunstancias especiales hasta servicio de cuidador permanente, conforme lo dice la resolución 5521 de 2013 Art. 29 denominando los recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores.

Por lo cual su carácter principal es de asistencia y no es directamente relacionado con la garantía de la salud. Ya que como se ha dicho anteriormente en otros apartados de esta investigación se reitera que compete en primer lugar a la familia solidarizarse y brindar la atención y cuidado que necesita el pariente en situación de indefensión. En virtud de sus estrechos lazos, la obligación moral descansa en primer lugar en el núcleo familiar, especialmente de los miembros con quien aquél convive.

De forma que es de conveniencia para los investigadores tener en cuenta el decreto 2771 de 2008 ya que hace referencia a el desarrollo y medición de impacto de la actividad física, dentro del mismo se puede observar que la Ley 1122 de 2007 Art. 32-33 hace alusión a el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. De esta manera, apoya la Ley 181 de 1995, en su artículo 3º, numeral 5, de fomentar la creación de espacios que faciliten la actividad física, el deporte y la recreación como hábito de salud y mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar social.

Ahora bien, indagando un poco se encontró la ley 47 del 2015 “Por la cual se crea un subsidio a favor de las madres o padres cabezas de familia que tengan a su cargo una persona o más en situación de discapacidad” este proyecto de ley se interesa por Art. 1. Su objeto es crear un subsidio mensual en favor de las madres o padres cabezas de familia, que tengan a su cargo a una persona o más en situación de discapacidad., definida en la ley. Art. 2. La creación de un subsidio mensual: Se otorgará a las madres o padres cabezas de familia un subsidio mensual, cuyo monto será el que establezca el gobierno Nacional, de

acuerdo con las prioridades del Plan Nacional de Desarrollo, y los objetivos en términos de superación de la pobreza y los programas de Familias en acción, que no sean contrarios a esta ley. Art.3. Requisitos para acceder al subsidio, es necesario que se cumplan los siguientes requisitos: a- Probar la condición de madre o padre cabeza de familia b- Acreditar la pertenencia a los estratos 1 y 2 del Sisbén c- Que el hijo se encuentre afectado por una discapacidad definida en la ley, debidamente certificada d- Que el discapacitado, como consecuencia de esta circunstancia, requiere del cuidado y apoyo de su padre o madre cabeza de familia, para el desarrollo de sus actividades básicas de la vida diaria.

Finalmente, todos estos componentes son estrategias para la protección de la salud de las familias (Cuidador/a y el enfermo) , sin embargo se reconoce la responsabilidad por parte de quienes aprueben dichas leyes, las potencializan y benefician para la igualdad de la población. Teniendo en cuenta que las leyes responden a la necesidades de la población perteneciente a este trabajo y con ello nutre el cuerpo de esta investigación, dándole importancia a que el cuidador/a también generan independencia de los beneficios que les brinda el Estado Colombiano.

Antecedentes Investigativos

Para este trabajo se realizó una extensa revisión teórica que abarca el tema de los cuidadores informales o primarios, seleccionando los documentos más destacados que fortalecen el énfasis del proyecto, destacando las variables relacionadas con el objeto de investigación y los resultados esperados de las mismas.

A partir de autores como Valero-Moreno et al (2016) que explican con su trabajo que cuando un hijo/a sufre una enfermedad crónica, todo el sistema familiar se ve afectado. Así los cuidadores principales pueden manifestar problemas de ajuste a la enfermedad. A partir

de una muestra formada por 161 cuidadores principales de edades comprendidas entre 27 y 60 años. Se realizó un diseño transversal de único pase de evaluación en un único momento temporal desde julio de 2015 a septiembre de 2016. El instrumento que se utilizó para medir los niveles de estrés percibido, fue el PIP (Pediatric Inventory for Parents).

Los resultados obtenidos muestran niveles de estrés medios o moderados relacionados con la adaptación a la enfermedad en los padres y la importancia de la capacidad de resiliencia.

Este artículo principalmente da cuenta de que existe una relación entre los conocimientos (científicos - empíricos) de los cuidadores que generan un malestar y se ven enfrentados a realizar una adaptación adecuada de la situación.

Indagando un poco más en la investigación de Cerquera & Pabón (2014) muestran que la resiliencia es una variable protectora ante el rol del cuidador, por ello, este estudio pretende identificar la relación entre la resiliencia y la sobrecarga, la depresión, la percepción de apoyo social y estrategias de afrontamiento. Se trata de un estudio transversal de alcance correlacional que contó con una muestra de 101 cuidadores, evaluados por medio de los instrumentos Zarit, mos, ider, Coping, la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young.

Se identificaron correlaciones positivas estadísticamente significativas entre apoyo social y solución de problemas como estrategia de afrontamiento y resiliencia, y correlaciones negativas con depresión, evidenciando en estos resultados los factores protectores y de riesgo que pueden aportar a la creación de futuros programas de intervención.

Otros factores que se ven vinculados al rol de cuidador son el estado de salud percibida y sobrecarga, como lo mencionan Martínez, Araneda et al (2010) que muestran en su investigación que el número de personas con el rol de cuidado va en aumento; y sólo una parte de los cuidados que requieren es proporcionada por los profesionales sanitarios, la

mayor parte están siendo atendidos en su entorno familiar - comunitario y como resultando de ello muchas veces es un cuidado inadecuado.

De esta manera cabe asociar factores del cuidador familiar con el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. Este estudio cuantitativo, descriptivo, analítico, correlacional de corte transversal. Población de estudio: 98 cuidadores familiares pertenecientes a Centros de Salud de Chillán-Chile. Los resultados determinaron que la mayoría de los cuidadores familiares de usuarios postrados, cumplen moderadamente los cuidados básicos que necesita el paciente, presentan una sobrecarga intensa y existe evidencia para afirmar que los factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos son: edad, escolaridad, tiempo a cargo del paciente.

Teniendo en cuenta lo anterior, se explora la idea de manera detallada y se encontró que esta sobrecarga afecta el estado de salud del cuidador de esa manera no los expresa los autores Martínez, Ortiz, Carrasco, Solabarrieta, & Gómez (2011) que hablan de cómo percibe su estado de salud una muestra de cuidadores familiares de la provincia de Vizcaya y comparan los resultados con datos referidos a población general española y que además se pretende comprobar si existe relación entre la salud percibida y el nivel de sobrecarga.

En definitiva la percepción general de salud de las personas cuidadoras que han participado en el estudio es peor que la de la población general española y que esta percepción es especialmente relevante en lo que se refiere al componente de salud mental. Además, las correlaciones muestran que cuanto peor es la salud percibida mayor es la sobrecarga.

Además de esto López, Orueta, Gómez, Sánchez, Carmona de la Morena & Alonso (2009) en su investigación intentaron reconocer la sobrecarga sentida por los cuidadores además de las consecuencias que trae para la calidad de vida, la salud física, psicológica y social entre otros aspectos. Los resultados indicaron que el 66,4% de los cuidadores presentaba

sobrecarga según el test de Zarit. El 48,1% los cuidadores respondió que su salud era mala o muy mala, frente al 31,4% del grupo control. Se observó una mayor prevalencia de ansiedad y depresión en el grupo de cuidadores, así como una mayor frecuencia de posible disfunción familiar y de sensación de apoyo social insuficiente.

Complemento lo dicho por autores anteriores se resalta autores como De Valle, Hernández, Zúñiga & Martínez (2015) investiga sobre las condiciones personales con la sobrecarga y el síndrome de estar quemado “burnout” en 52 cuidadores informales de ancianos, se utilizó cédula de datos personales, Zarit y el cuestionario Maslach Burnout Inventory, el procesamiento de datos se llevó a cabo con SPSS versión 20.

Entre los resultados se encontró que 42% de la muestra dedica de 6-15 horas a su cuidado; 58% padece sobrecarga, con significancia con las horas diarias dedicadas al cuidado. El Síndrome de Burnout mostró bajo riesgo en todas las dimensiones: Agotamiento Emocional 67%, Deshumanización 80% y Realización Personal 73%, aunque más del 20% lo padece en alguna dimensión.

Se encontró que el factor asociado a la sobrecarga y burnout fue el tiempo diario dedicado al cuidado, por lo cual se puede establecer que si bien la sobrecarga es un factor frecuente en los cuidadores, existen más factores que pueden influir en que aparezca ese trastorno.

También usando las estrategias de autores como Lavozy, Villarroel, Jaque & Caamaño (2009) la cual intenta indagar acerca de la sobrecarga del cuidador y características asociadas al mismo y al adulto mayor, esto a través de 80 cuidadores a los cuales se les aplicó la escala Zarit y una encuesta de caracterización sociodemográfica, los datos se analizaron con el programa EPIINFO 2000. Los resultados relacionados con los cuidadores mostraron que el 85% realizaba cuidados día y noche, 90% percibió su estado de salud

buena o regular, 20% tiene sobrecarga leve y 38% sobrecarga intensa. Se encontró como significativa la relación entre sobrecarga y presencia de hijos y entre sobrecarga y existencia de otra actividad laboral del cuidador.

Finalmente y de acuerdo a la investigación realizadas por Jofré & Sanhueza (2010) enuncian tipos de factores que pueden determinar el surgimiento de procesos relacionados con la carga en cuidadores informales, esto lo hacen con el objetivo de establecer cómo está relacionado ese proceso con los factores asociados, para esto se registraron variables sociodemográficas relacionadas con el cuidar y la sobrecarga con el Zarit, se utilizó SPSS versión 15 para analizar los datos y se les aplicó estadística descriptiva e inferencial.

Los resultados mostraron que estos fueron semejantes a los que se observan frecuentemente en las investigaciones relacionadas con la caracterización de los CIP. El perfil corresponde a una mujer entre 54 y 65 años de edad, hija, cónyuge o mamá, que ejerce la labor de cuidar por más de 8 horas y lleva a cabo dicha tarea desde hace más de 6 años, no ha recibido formación para los cuidados que brinda y presenta niveles moderados de sobrecarga.

Por otro lado, es conveniente poner en evidencia el estudio realizado por Gómez Galindo et al. (2016) “Sobre cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá: características y condiciones” Las investigadoras detectaron la influencia de variables de género en el que hacer del cuidador, así como precariedad económica, fragilidad en redes de apoyo, autopercepción de alteraciones en la salud, elevada dedicación en tiempo a actividades de cuidado informal y multiplicidad de funciones a cargo. La Escala de Goldberg arrojó que un 80 % de la muestra presenta rasgos de ansiedad y un 82 % de depresión. La Escala de Zarit estimó que un 69 % de los cuidadores experimentan sobrecarga en su labor.

Concluyeron que las condiciones de bienestar y salud de los cuidadores de personas con discapacidad severa evidencian alteraciones que urgen respuestas, no sólo desde el ámbito de la acción pública, sino también desde el actuar profesional a la luz del reconocimiento cultural y fortalecimiento de dicha labor.

Cabe aclarar que todo lo que se ha mencionado hace referencia a algo importante y remite a Ramírez (2005), su propósito en dicha investigación es identificar cual es la habilidad de cuidado de los cuidadores principales de pacientes con cáncer gastrointestinal, se desarrolló el presente estudio de tipo descriptivo y exploratorio de corte transversal. La población estuvo constituida por 60 cuidadores.

Se aplicó el instrumento de habilidad de cuidado de los cuidadores elaborado por Ngozi Nkongho, denominado inventario de habilidad de cuidado (CAI) el cual identifica el grado de desarrollo de tres elementos: conocimiento, valor y paciencia. Su relación con el cuidador es el de esposos e hijos, lo que muestra la existencia de lazos afectivos de consanguinidad que pueden influenciar un mayor grado de responsabilidad y compromiso.

La investigación arrojó que las características sociodemográficas del grupo seleccionado, dio cumplimiento con el objetivo de determinar los grados de habilidad descritos (conocimientos, valor y paciencia) lo cual también identificó que el género femenino ejerce un papel importante y fundamental. Donde en edades productivas también se ve afectado el desarrollo de metas y logros, espacio de descanso y actividades de esparcimiento, ya que se duplica su funcionalidad lo cual ocasiona aumentos en los niveles de dependencia y utilización de tiempos más prolongado en la atención que brindan.

En concordancia con lo anterior, Velázquez & Espín (2014) en su investigación exploraron características demográficas, socioeconómicas y psicológicas de los cuidadores de personas

con insuficiencia renal crónica tratando de analizar la relación con la carga y factores asociados a la edad, el sexo, ansiedad y depresión entre otros factores.

Los cuidadores eran en su mayoría mujeres de 40 a 59 años, cónyuges del enfermo, sin vínculo laboral, convivían con este, con aproximadamente 5 años de experiencia y lo atendían por razones afectivas. Poseían información sobre la enfermedad, no tenían experiencia en cuidar y padecían de problemas nerviosos, osteomusculares y cefalea. El 100% tuvo niveles medios y altos de ansiedad y depresión. Como afectación socioeconómica predominó la limitación del tiempo libre, poco apoyo percibido, escasas relaciones sociales, problemas económicos y dificultades laborales. Emergieron sentimientos negativos como miedo, angustia, irritabilidad y soledad. Casi la mitad de los cuidadores presentó carga, siendo más evidente en el grupo de menores de 40 años, donde los niveles de ansiedad y depresión fueron altos.

En otro caso como lo expone Toscano & Mercado (2014) con el propósito de evaluar la calidad de vida en cuidadores informales, determinando si la misma se relaciona con características sociodemográficas de los mismos, la calidad de vida la interpretaron en función de salud física, psicológica, relaciones sociales y medioambiente.

Se evaluaron 127 cuidadores con el cuestionario WHOQOL-Bref, los datos se analizaron utilizando SPSS aplicando chi cuadrado de Pearson, los resultados de dicho trabajo principalmente indican que se observaron bajos niveles de salud física y psicológica, deterioro de los procesos de participación social y niveles moderados de interacción con el medioambiente.

Relacionando la temática anterior y de acuerdo a lo expuesto por Pérez & Llibre (2010) sobre otro aspecto relacionado con la sobrecarga, pues en su investigación busca describir las características sociodemográficas de cuidadores con demencia leve o moderada y

relacionarse con los niveles de sobrecarga, se realizó con 75 cuidadores, se aplicó una encuesta sociodemográfica, posteriormente la escala de Zarit y Zarit. Los resultados indicaron que los cuidadores de adultos mayores con demencia moderada evidenciaron mayores niveles de sobrecarga que los cuidadores de adultos mayores con demencia leve o en estadios iniciales de la enfermedad.

Para concluir, en la investigación realizada por Espín (2009) buscó diseñar y evaluar el efecto de un programa de intervención psicoeducativo en un grupo de cuidadores informales, para ello utilizó a 16 cuidadores, se utilizaron técnicas participativas de recogida de información con expertos, y con cuidadores informados, se hicieron 10 sesiones, se aplicó la Escala psicosocial del cuidador y estos datos se analizaron mediante la prueba McNemar.

Los resultados dan a conocer que en términos generales las afectaciones socioeconómicas y psicológicas del cuidador disminuyeron después de la intervención, entre estas están: poco tiempo libre, dificultades laborales, sentimientos de angustia, ira y miedo pero en el caso de las variables socioeconómicas la mejoría no fue significativa.

Ahora veamos que para Fauth et al (2012) en su artículo “La relación de los cuidadores con la persona con demencia predice resultados tanto positivos como negativos para la salud física y el bienestar psicológico de los cuidadores” se menciona que las relaciones más estrechas entre los cuidadores y receptores de cuidados con demencia se asocia con resultados positivos para el cuidado de receptores, pero no está claro si la cercanía es un factor protector o de riesgo para la salud y el bienestar psicológico de los cuidadores. Estos resultados sugieren que la cercanía y la pérdida de la cercanía en la diada de atención

pueden asociarse con resultados tanto positivos como adversos para los cuidadores, tanto en forma transversal como a lo largo del tiempo.

Por consiguiente nos guía a Riffin et al (2013) en su investigación menciona que las consecuencias emocionales y físicas para la salud de cuidar a un miembro de la familia están bien documentadas. Sin embargo, aunque se ha demostrado que la personalidad afecta las interacciones diádicas y se ha relacionado con resultados individuales tanto para los receptores de atención como para los cuidadores, la influencia de la personalidad de los receptores de cuidado en la salud de los cuidadores permanece aún sin explorar.

Los modelos del proceso de cuidado que controlan la personalidad, la tensión y las características sociodemográficas del cuidador, así como el deterioro físico y el dolor del receptor de atención, encontraron que la simpatía del receptor de atención, se asoció con una mejor salud física entre los cuidadores.

Los análisis a nivel de facetas mostraron asociaciones específicas entre las facetas de confianza y cumplimiento de la amabilidad del receptor de cuidado y la salud física del cuidador. La investigación de los estilos de personalidad del receptor de cuidado reveló que los estilos "de trato fácil" y "bien intencionados" predijeron una mejor salud física del cuidador, el estilo de "líderes" tuvo el efecto opuesto. No se encontraron asociaciones significativas entre la personalidad del receptor de cuidado y la salud mental del cuidador.

Los resultados de este estudio revelan el valor de considerar la personalidad de la receptor de cuidado en relación con la salud de del cuidador y resaltar la importancia de evaluar las cualidades de disposición en el contexto de la provisión de atención y la asistencia informal.

También, tomando como punto de apoyo Penning & Wu (2016) señalan que existen ciertas consecuencias de estrés y salud mental de cuidar a un cónyuge, hijos, hermanos, otros miembros de la familia, amigos y otros, entre cuidadores hombres y mujeres de mediana edad y mayores. Se realizaron análisis de regresión multi-variante utilizando los datos de la Encuesta social general canadiense de 2007, recopilados en una sub-muestra de cuidadores de 45 años o más. Los análisis revelaron que para las mujeres, cuidar de un esposo o hijos era más estresante y perjudicial para la salud mental que cuidar de los padres u otras personas. De manera similar, para los hombres, cuidar a un cónyuge y a los hijos era más estresante que cuidar a los demás, pero no afectaba negativamente a la salud mental en general.

Los hallazgos sugieren que el cuidado del cónyuge y del niño tiende a ser más estresante que menos estresante y perjudicial para la salud mental de los cuidadores de mediana edad y mayores que el cuidado para la mayoría de los demás, pero que las diferencias de género deben ser consideradas.

Es importante agregar las evidencias encontradas por Alma, Lau et al (2010), en este estudio se investigó la relación entre la salud física y la depresión en cuidadores familiares de personas con enfermedad de Alzheimer. Además, examinó la autoeficacia del cuidador como un posible mediador de la relación. Los resultados mostraron que una salud física percibida más deficiente se asoció directa e indirectamente con un aumento de los síntomas depresivos. La ruta indirecta de la salud física percibida estuvo mediada por el dominio específico de la autoeficacia de los cuidadores. Estos hallazgos sugieren que la autoeficacia del cuidador puede funcionar como un mecanismo a través del cual la salud física percibida influye en los síntomas depresivos.

Sin embargo, para autores como De la Cruz Sánchez, Moreno, Pino y Martínez (2011) titulado “Actividad física durante el tiempo libre y su relación con algunos indicadores de salud mental en España” que la práctica de actividad física a lo largo de la vida favorece el mantenimiento de las funciones cognitivas y se asocia habitualmente a una mejor salud mental. Invertir tiempo en realizar deporte o hacer ejercicio físico se asocia con una mejor calidad de vida en las personas que realizan regularmente estas actividades, y participar en programas de ejercicio físico dirigidos puede mejorar diferentes dimensiones del bienestar psicológico y emocional.

En este artículo se concluyó que practicar actividad física durante el tiempo libre se asocia con una menor prevalencia de indicadores negativos de salud mental. Por medio de los diferentes indicadores estudiados se observa una mejor salud.

Para terminar se considera la evidencia encontrada por Jiménez, Martínez, Miró & Sánchez (2008) que plantea el objetivo de determinar la asociación entre la práctica de ejercicio, los hábitos de vida saludables y el bienestar psicológico por medio de dos muestras, una con 208 personas y la otra con 239, diligenciaron un cuestionario de datos sociodemográficos, salud y ejercicio, escala de estrés percibido y una forma abreviada de estado perfil de ánimo.

Los resultados obtenidos en los dos grupos evidenciaron que mientras que la ingesta leve de alcohol o tabaco y la ausencia de sobrepeso no se asocian a la práctica de ejercicio físico, mientras que el bienestar psicológico sí está vinculado a la práctica frecuente de ejercicio físico, independientemente del tipo de ejercicio practicado. Los participantes que realizan ejercicio regularmente tuvieron una tendencia a percibir mayor grado de salud, menor nivel de estrés y mejor estado de ánimo.

Para concluir se quiere aclarar que en este trabajo investigativo no se hará ninguna clase de intervención, por lo cual su información es netamente aproximarnos a los sucesos contextuales y experienciales de los cuidadores.

Estos autores brindan un amplio aspecto de su panorama sobre los cuidadores en distintos ámbitos y de las relaciones que tienen con respecto a las afectaciones del cuidado, de su salud física - mental - social, sobrecarga, depresión y estrés que contribuyen a enriquecer el conocimiento de este trabajo realizando un aporte para seguir investigando este tema a partir de las diferentes disciplinas.

Se puede decir que la cercanía de nuestro trabajo es por parte de los autores de Fauth et al (2012) quienes dan cuenta que los síntomas positivos como negativos varían de un cuidador a otro. Sin embargo, la realidad de este trabajo se dirige a la comprensión de variables de cualidad y numéricas, buscando conocer las experiencias de los actores involucrados en esta investigación.

Revelando que el aporte principal del trabajo es conocer al cuidador desde su ser, lo que significa integrar su experiencia y reflejarla a través de las historias contadas por medio de las entrevistas, dado que las pruebas psicométricas no pueden llegar a dimensionar los estados transitorios los cuales las personas atraviesan durante periodo determinado.

IV. Metódica

Método

Este apartado se tiene como referencia enunciados propuestos anteriormente, sin embargo, se recalca que la metodología utilizada mantiene un diseño exploratorio secuencial comparativo con énfasis cualitativo (DEXPLOS), consistente en la priorización de los datos cualitativos, generando una segunda fase cuantitativa para apoyar los

resultados iniciales (Programa MAXqda, 2015). Dicho brevemente, se aprovecha la hermenéutica para plantear las condiciones en las que se produce la comprensión de un fenómeno, a la interpretación del sentido; así, al contacto con los hechos humanos reconfiguran las categorías de análisis y precisan los supuestos iniciales. (Ciro, 2006 ; Cárcamo, 2005). Considerando ahora, el corte empírico - analítico que procura explicar el objeto de estudio para ejercer una acción local sobre ello y predecirlo. Es decir, el interés es explicar, controlar y predecir (Ciro, 2006).

Si bien, esto permite no solo conocer los múltiples factores que pueden influir en los cuidadores y sus estilos de vida, sino también cómo llevan sus hábitos de salud y habilidades psicológicas para afrontar los síntomas negativos de la sobrecarga, estrés y depresión. En concreto muestra un panorama desde el significado individual cuya “realidad” en esencia depende del modo en que es vivida y percibida por cada una de los sujetos que ejercen el rol de cuidador y determinar los factores que los ponen en riesgo.

Para comprenderlo mejor durante los resultados se utilizarán los programas ATLAS.TI (The Qualitative Data Analysis & Research Software) y SPSS (IBM SPSS Statistics) que ayudan a la sistematización de los datos con la intención de que se visibilicen y sean mejor analizados. De tal manera que para examinar mejor los datos cuantitativos se indaga desde la correlación de Pearson que se expresa como la medida de la correspondencia o relación lineal entre dos variables cuantitativas aleatorias a través del SPSS.

Actores

Los participantes son veinte cuidadores primarios formales e informales de la ciudad de Bogotá, tres de ellos eran hombres y diecisiete mujeres con un rango de edad entre los veinte años (para hombres y mujeres) hasta los cincuenta y siete años (para

mujeres) y sesenta y dos años (para hombres), este rango de edad justificado por la prueba psicológica que será usada, la cual es aplicable únicamente desde los veinte años, y se determinó el número límite de edad en función de que sean personas que sigan laborando y cuidando, también es importante aclarar que no es relevante que los cuidadores estén trabajando o estudiando, tampoco es relevante que tuvieran o no algún tipo de estudio para esta investigación.

Para esta investigación no se estableció un número específico de años cuidando ni tampoco ningún valor semejante, por tanto la población estaba conformada por personas desde veinte años de experiencia en el cuidado hasta personas que nunca en su vida habían ejercido dicha función. Tampoco se estableció requisito en relación a la persona que cuidaban, pues podrían entrar dentro de la investigación cuidando cualquier tipo de familiar (hijos, padres, abuelos, etc.).

Donde hombre y mujeres, todos con experiencias previas en cuidado, estos fueron escogidos para el estudio debido a que cumplen con los siguientes criterios de inclusión: la disponibilidad, la edad, que tengan el rol de cuidador y que hayan ejercido su rol alguna vez en su vida, esto con la intención de determinar si todos los cuidadores independientemente del tiempo que llevan ejerciendo el rol experimentan efectos adversos o comienzan a experimentar las repercusiones.

Estrategias

Para este estudio se utilizan las pruebas ZARIT , CRI-A, GHQ- 12 que permiten medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores, las respuestas de afrontamiento que una persona emplea ante un problema o una situación estresante respectivamente y depresión.

Zarit. Denominada como la Escala de sobrecarga del cuidador (Zarit Care Burden Interview) creada por Zarit, Rever y Bach-Peterson (1980) adaptación Española por Martín et al (1996), aplicada de manera colectiva o individual con una duración de 5 minutos.

Diseñado para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principal de una persona con trastorno mental. Explora los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos.

Contando con 22 ítems que tienen formato de pregunta, que el cuidador debe responder en una escala tipo Likert de 5 puntos (0 = Nunca; 1 = Casi nunca; 2 = A veces; 3 = Bastantes veces; 4 = Casi siempre). Respecto a la confiabilidad y validez de este instrumento, es pertinente mencionar que según Barreto, Campos de Aldana, Carrillo, Coral, Chaparro, Durán & Ortiz (2015) en su investigación concluyen que el ZARIT es confiable y válido para evaluar la carga en cuidadores, por esta razón los datos obtenidos para esta investigación son precisos.

CRI-A. denominado como Inventario de respuestas de afrontamiento creado por R. H. Moos (1993) adaptación argentina por Mikulic (1998), aplicada de manera colectiva o individual, con un duración de 15 minutos de manera que la primera cuenta con 22 preguntas en total que se responden con una escala de frecuencia donde 0 es nunca, 1 es casi nunca, 2 es a veces, 3 es bastantes veces y 4 es casi siempre.

Consta de 58 ítems dividido en dos partes, la primera consta de 10 ítems y la segunda parte de 48 ítems y tiene ocho escalas que incluyen estrategias de aproximación al problema (Análisis lógico, Reevaluación positiva, Búsqueda de guía y soporte, Solución de problemas) y de evitación del mismo (Evitación cognitiva, Aceptación o resignación, Búsqueda de recompensas alternativas, Descarga emocional).

Por otra parte, tal y como indica Zavala (2015) el CRI-A, según los resultados obtenidos, tiene confiabilidad y además se comprobó que el mismo tiene validez, por lo que estos datos son útiles para la investigación actual ya que se obtienen por medio del instrumento en cuestión.

GHQ-12. Considerado como (Cuestionario De Salud General) realizado por Goldberg, adaptación española por Lobo, Pérez-Echeverría y Arta. Se aplica para evaluación pre tratamiento, evaluación durante el tratamiento, evaluación post-tratamiento con una duración de 4-10 minutos. Es un cuestionario de detección auto administrado destinado a detectar trastornos psicológicos clínicos en ambientes comunitarios, no psiquiátricos. Se centra en el deterioro del funcionamiento normal, más que en los rasgos presentes a lo largo de toda la vida (no detecta trastornos crónicos). Evalúa dos tipos principales de fenómenos: la incapacidad para seguir realizando las funciones saludables normales y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico.

En relación a la validez de este instrumento analizando la literatura al respecto se encuentra que “el análisis de consistencia interna utilizando el coeficiente alpha de Cronbach, mostró una buena consistencia interna y validez” (Villa, Zuluaga & Restrepo (2013), p.532). Conforme a la anterior investigación se puede evidenciar que la validez del instrumento es adecuada para ser utilizada por lo cual conlleva a tenerla como referente en esta investigación.

También se encontró que Garmendia (2007) en el resultado de su estudio encontró una alta confiabilidad y una estructura factorial semejante a la de otros estudios con otras poblaciones, esto indica buena confiabilidad por lo que genera seguridad para usar este instrumento en la investigación actual.

Encuesta De Hábitos Saludables. También se realizó una encuesta de hábitos saludables diseñado para indagar sobre hábitos como el consumo de alcohol, cigarrillo, ejercicio, consumo de grasas, consumo de líquidos y frutas y horas de sueño. El instrumento se diseñó con el propósito de mencionar la cantidad y la frecuencia con la que se realizan estos hábitos, usa una escala de valoración en función de las respuestas que, dependiendo de si la respuesta es saludable o no, ubica al sujeto en un rango u otro, dependiendo de las respuestas, se ubica al sujeto al sumar los puntos obtenidos y así determinar si vale la pena cambiar dichos hábitos o mantenerlos.

La puntuación se obtiene sumando las respuestas de cada ítem al final, cada opción de respuesta equivale a 0, 1 o 2 puntos y se asigna de la siguiente forma:

Para los hábitos saludables, es decir, aquellos como beber agua en lugar de gaseosa, o nunca añadir más sal de lo necesario a sus comidas en lugar de añadir frecuentemente, o también el hábito de no fumar en comparación con el de fumar habitualmente, suman de a 0 puntos, las respuestas intermedias como “un trago o dos” en relación al consumo de alcohol o “entre siete y ocho horas” en relación a los hábitos de sueño, añaden de a 1 punto, es decir son aquellas respuestas que no son indicadoras de los peores hábitos ni de los hábitos ideales, por último tenemos las respuestas que añaden de a 2 puntos, estas son todas aquellas que indican malos hábitos como fumar en exceso, hacer nada o poca actividad física, comer muchas calorías en relación a las comidas rápidas, no dormir, beber gaseosas, etc.

Los criterios de calificación son los siguientes:

0-14 puntos: Lleva un estilo de vida saludable, tiene buenos hábitos que benefician a su salud ampliamente. Trate de mantener una dieta equilibrada, realizar ejercicio físico, moderar el consumo de alcohol y no fumar.

25-30 puntos: Puede mejorar sus hábitos de vida y hacerlos más saludables. Trate de mantener una dieta equilibrada, realizar ejercicio físico, moderar el consumo de alcohol y no fumar.

31-40: El recomendamos cambiar sus hábitos de vida, su salud está en peligro. Trate de mantener una dieta equilibrada, realizar ejercicio físico, moderar el consumo de alcohol y no fumar.

Este cuestionario tiene fundamentos del libro de Oblitas, L. 3ra edición que tiene por nombre “psicología de la salud y calidad de vida”, también de la lista de verificación de peso de la facultad pública de harvard, el test “test your healthy habits knowledge” de Gina Crome, el test llamado “the healthy habit test” de John Cavendish, y el libro de psicología de la salud de Roales, G.

Entrevista Semi-Estructurada. También se realiza una entrevista semi - estructurada por participante, la cual se utiliza debido a que es una estrategia complementaria que permite concentrarse más en aspectos que pueden pasarse por alto con la aplicación de los test.

En esta entrevista se utilizan preguntas como: ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo el cuidado?, ¿qué tipo de enfermedad tienen las personas a las cuales usted cuida?, ¿Cómo ha cambiado su vida?, ¿qué impacto ha tenido sobre usted el ejercer este rol? Entre otras que puedan surgir en el desarrollo de la entrevista, esta entrevista semi- estructurada será el procedimiento mediante el cual se recolecta la información cualitativa para esta investigación, todo desde los fundamentos paradigmáticos expuestos anteriormente, por último, es importante hablar de las cinco categorías principales que se pretenden evaluar mediante los test, la encuesta y la entrevista: estrés, depresión, sobrecarga, experiencia y hábitos.

Como sub categorías que se dividen de la condición de experiencia, encontramos las siguientes: habilidad de cuidado y paciencia , relación, malestar y conocimiento empírico y científico.

La entrevista se fundamenta en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información (Sampieri, 2014) contando con un número aproximado de quince preguntas.

El propósito de utilizar el método hermenéutico es el de poder conocer la experiencia subjetiva de los participantes en su esencia misma y conocer así el mundo vivido de los actores de una forma más amplia, también permite interactuar con los cuidadores y su mundo para darle una interpretación profunda de su visión.

Con esto las entrevistas tienen como propósito fundamental, el entablar una conversación con los participantes y explorar más a fondo cómo es la relación de ellos con su trabajo de cuidadores.

Entre los aspectos, que la entrevista pretende dar a conocer se encuentra la relación del cuidador con la persona a la que atiende, la relación del cuidador con las demás personas (familia, amigos, conocidos, etc.), la paciencia del cuidador, su experiencia, los conocimientos tanto empíricos como científicos, enfermedad de la persona cuidada, cómo cuidar afecta o no sus hábitos, estrés y sobrecarga. Además de esto, al ser una entrevista semi-estructurada, en algunos casos, se abordaran más focos aparte de los ya mencionados.

La finalidad de utilizar estos instrumentos son: la medición de estrés, sobrecarga, depresión, hábitos de los participantes y como se ha expuesto en los apartados anteriores, el llevar a cabo el rol de cuidador tiene repercusiones negativas, ya sea que recaiga en su

salud mental o física. Identificando de esta manera el problema y explicar su relación con los estilos de vida. Teniendo en cuenta que los instrumentos o constructos brindan información complementaria a las entrevistas.

Trayectoria

La información que se recogió de la aplicación de las pruebas psicológicas aplicadas, permitió determinar los niveles de estrés, depresión y sobrecarga de los cuidadores, esto hizo que se pudiera reconocer como se presentan estas problemáticas en los sujetos, con el propósito de determinar si es un factor común debido al rol de cuidador y su relación con los efectos negativos mencionados previamente. También, los datos reunidos por la entrevista ayudarán a conocer algunos aspectos relevantes para la investigación.

Sin embargo, en un primer momento se determinó la observación de los datos según la propia descripción que se reconoció al realizar la prueba, es decir, la interpretación de los datos adquiridos por los constructos. Mas adelante, respecto a las entrevistas se tomo en cuenta al ser grabada y registrada de manera escrita para acceder posteriormente a la información.

Primera fase. Se realizó la respectiva búsqueda de la institución y personas que desde el interés mutuo participarán en esta investigación, estas personas se hallaron mediante el contacto con la fundación I.P.S. Yenny Zoraya Salazar M. Y se habló directamente con las personas que participaron.

Segunda fase. Aceptación de la institución Goleman - I.P.S. Yenny Zoraya Salazar M, a la cual se tomó un grupo de asistencia constante, reconocimiento del espacio y funcionamiento del mismo (horarios, composición de la planta, coordinadores,

descripciones de los cuidadores y enfermedades tratadas), con la finalidad de conocer a los grupos con los cuales poder trabajar y hablar con ellos; Acuerdo con la coordinadora de la sede.

Tercera fase. Preparación de los instrumentos, consentimientos, permisos y entrevista; Coordinando los días de visitas para las entrevistas y aplicación de los instrumentos, teniendo en cuenta la elaborada agenda de la institución y los horarios en que los padres asisten a su grupo. Organización de la agenda para quienes no están institucionalizados.

Cuarta fase. Acuerdos con los padres a trabajar y espacios para la atención a los cuales tomaron los siguientes fechas el primer grupo se entrevistó y realizaron las pruebas dentro de las fechas de 10/05/2018 al 22/05/2018 un horario dentro de las 5:00 pm a las 9:00 pm, para el segundo grupo se realizó la aplicación de pruebas psicológicas durante los días lunes, martes, miércoles y viernes en el horario de 7:00 a.m. a 10:00 a.m. y de 10:00 a.m. a 1:00 p.m., el día 08/06/2018 se realizó de 8 a.m. a 10:30 a.m. una parte de la recolección de datos y para las entrevistas se utilizaron los días 15, 20 y 21 de junio y 10 y 27 de julio en los mismos horarios que los de las pruebas psicológicas.

Quinta fase. Recolección de la información, sistematización y resultados preliminares; Los cuales se dividieron en cuatro partes; calificación de las pruebas, interpretación, transcripción de las entrevistas y sistematización haciendo uso de los programas Atlas.ti y SPSS.

Sexta fase. Resultados finales, retroalimentación a los padres y a la institución.

Séptima fase. Recomendaciones, dejando espacio dentro de la institución para siguientes investigaciones con esta población.

V. Consideraciones Éticas

Esta investigación se regirá a partir de la Ley 1090 de 2006 que se establece como el código deontológico y bioético del que hacer profesional del psicólogo, guiado por lo que decreta a partir del Título I: De la profesión del psicólogo

“Artículo 1º. Definición. La Psicología es una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, desde la perspectiva del paradigma de la complejidad, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida.

Con base en la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida. Parágrafo.

Por lo anterior y teniendo en cuenta: La definición de salud por parte de OMS; En la que se subraya la naturaleza biopsicosocial del individuo, que el bienestar y la prevención son parte esencial del sistema de valores que conduce a la sanidad física y mental, que la Psicología estudia el comportamiento en general de la persona sana o enferma. Se concluye que, independientemente del área en que se desempeña en el ejercicio tanto público como privado, pertenece privilegiadamente al ámbito de la salud, motivo por el cual se considera al psicólogo también como un profesional de la salud.”

El artículo anterior se aplica a la investigación, en la medida que se puede producir conocimiento para ayudar a la mejora del bienestar en cuidadores informales, ya sea directa o indirectamente, ya que desde este trabajo se busca establecer cómo algunas variables relacionadas con la salud, como por ejemplo los hábitos saludables influyen en la disminución de los efectos negativos de realizar dicho rol, es decir la sobrecarga, la depresión y el estrés, entonces de esta forma se está aportando a la literatura que habla de la salud, pero con la cualidad específica de beneficiar a los cuidadores. Es por esto, que desde esta investigación se puede dar un referente para la psicología de la salud debido a los alcances y la población analizada.

También regido por el apartado del Título II: Disposiciones generales, a partir del Artículo 2º. De los principios generales. Los psicólogos que ejerzan su profesión en Colombia se regirán por los siguientes principios universales, sin embargo para esta investigación se tomarán en cuenta ciertos apartados como lo son:

1. Responsabilidad. Esta se aplica a la actual investigación debido a que al producir este conocimiento se asume la responsabilidad de lo que se escribe y para qué se escribe, además, los esfuerzos se colocan en brindar una información útil y veraz para garantizar un correcto desarrollo de la investigación.
2. Competencia. Respecto a este principio se puede decir que, con la asesoría de algunos colaboradores se han logrado identificar los alcances y las limitaciones que esta investigación plantea, por lo menos en lo referente a la población y al trabajo particular que se realizará, por tanto de esta forma se incluye dicho artículo. El mantenimiento de altos estándares de competencia será una responsabilidad compartida por todos los psicólogos interesados en el bienestar social y en la profesión como un todo. Los psicólogos reconocen

los límites de su competencia y las limitaciones de sus técnicas. Solamente prestarán sus servicios y utilizarán técnicas para los cuales se encuentran cualificados

3. Estándares morales y legales. Respecto a esto es importante resaltar que esta investigación regimos bajo ciertas normas que son aprobadas por la comunidad científica para hacer un buen uso de la información con sus respectivos autores originales, dejando en alto el buen nombre del psicólogo profesional al no incurrir en este tipo de faltas como el plagio. También se utilizaron consentimientos informados que explicaron a los participantes la información de la investigación, su posición y sus derechos a participar voluntariamente además de dar a entender el uso que se le daría a los datos obtenidos. Mediante estos formatos los participantes expresaron su total disposición voluntaria ante el proyecto y en los mismos se explican las normas de confidencialidad y el manejo de la información que se recolecta además de explicar que los participantes se pueden retirar en cualquier momento de la investigación.

5. Confidencialidad. Es pertinente decir que se utiliza plenamente el uso de autorización por parte de la población estudiada, es un acuerdo en dónde se explica cómo ha de ser utilizada la información recolectada y se explica que será utilizada con fines investigativos para aportar a la comunidad científica en el saber psicológico y que el brindar dicha información y posteriormente el uso de la misma está bajo la libertad de la persona que lo autoriza.

6. Bienestar del usuario. Es fundamental para esta investigación lograr el bienestar del usuario, en ese orden de ideas, se vela por garantizar total transparencia en el proceso, explicando concretamente la naturaleza de cada acción dentro del camino planteado, por tanto, se considera que esta investigación cumple también con este ítem mencionado en gran manera.

9. Investigación con participantes humanos. Respecto al artículo noveno es necesario decir que se aplica a esta investigación ya que esta se interesa por el bienestar de las personas en la medida que buscará el bienestar de las mismas para mejorar su calidad de vida y está en armonía con las normas que es necesario seguir desde lo legal para garantizar un trato humano y un desarrollo ético de la misma.

VI. Resultados

Durante el desarrollo de este proyecto se han manifestado las siguientes condiciones, para ello es importante aclarar que el total de la muestra es de veinte personas, sin embargo, dos de ellas se retiraron durante la cuarta fase del proceso, permaneciendo dieciocho cuidadores en total para la investigación, en ese orden de ideas, el promedio de edad de la población entrevistada se encontró que equivale a 37,3 años de edad con un rango entre los veintidós años hasta los sesenta y cuatro años. Dentro de esta población se presentaron las siguientes ocupaciones tal y como lo muestra la siguiente gráfica.



Figura 1. Las diferentes ocupaciones que tenían los entrevistados en el momento de la investigación.

Según lo anterior, se han identificado como bachilleres, estudiantes universitarios, profesionales, trabajadores y amas de casa. Entre ellos se destacan quienes cumplen alternando sus estudios, trabajos y demandan a tiempo completo desempeñando el cuidado. El total de los participantes, se identificaron como tres hombres y diecisiete mujeres, quienes se retiraron corresponden al género femenino.

Prosiguiendo con el análisis, las enfermedades manifestadas por las personas cuidadas corresponden a una sola categoría, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), compuestas por múltiples afecciones asociadas, entre las que se encuentran: esclerosis múltiple (fibromialgia), diabetes (grado 1 o 2), hipertensión, artritis (osteoartritis), cáncer, síndromes (marfan, alzheimer, autismo, cri du chat o maullido de gato, Angelman), hemiplejia espástica. Vinculadas con otras enfermedades como : enfermedad del corazón, derrame cerebral, retardo mental, epilepsia.

Es importante, indagar el periodo de desempeño del cuidado, se descubrió que cuatro personas no tienen experiencia o solamente han cuidado por menos de un año, sin embargo, el restante de la población su lapso mínimo como cuidador es de dos años hasta aproximadamente veinte años que se dedican al cuidado.

Finalmente, otro aspecto que cabe señalar, mediante las entrevistas se reveló el sentido de apoyo en el cuidado, aunque durante el proceso de investigación no se pretendía ahondar en dicha variable. Demostró que algunos de los cuidadores declararon estar siendo apoyados por la familia (hermanos) y en otros casos donde son ellos mismo quienes cuentan con total responsabilidad de la persona enferma.

Para entender mejor estos resultados, se quiere focalizar en la interpretación de los relatos, que corresponden a los diferentes constructos de análisis de las entrevistas. Esto se

muestra con el propósito de entender a profundidad la experiencia de algunos de los cuidadores en su contexto que se dirán a continuación:

Conocimiento Empírico

Hace referencia a las experiencias previas de cada uno de los participantes y cómo esto se relaciona con el cuidado de la persona que padece la enfermedad.

Tabla 1
Citas relacionadas con el conocimiento empírico.

<i>Fuente de experiencia</i>	<i>Cita</i>
La relación establecida con cuidadores formales (enfermera).	04: “Creo que se ha aprendido más día tras día, y también, pues bueno mi mama es enfermera, y también ella sabe un poco más, pero yo sí lo he aprendido día tras día con ella, manejándola”.
Experiencia previa con el ejercicio de cuidado de otros familiares. Ta	08: “Si yo ya tenía un conocimiento base acerca de esta enfermedad, esto debido a que mi abuelo paterno sufrió la misma enfermedad y pese a que yo era mucho más joven en esa época, fui testigo de su padecimiento”.
Observación de acciones o actividades de cuidado realizadas por otras personas hacia sus familiares.	17: “pues siento yo que está bien porque digamos uno ve casos de niños, personas con su discapacidad porque la gente no los soporta y pues yo siento que lo que yo hago es bien...”
No tiene conocimiento empírico previo.	12: “nunca había cuidado a ninguna persona en la vida, nunca había tenido experiencia como cuidador ahora entiendo que es un trabajo muy pesado que solo se hace por las personas más cercanas a ti”

Esta tabla corresponde a algunas de las frases que surgieron durante las entrevistas a la población en relación a la categoría de conocimiento empírico asociado al cuidado.

Lo anterior, indica que los cuidadores recurren en gran medida a experiencias previas o fuentes de información cercanas. Dichas fuentes son de naturaleza diversa, de acuerdo a las condiciones y recursos con que cuenta cada cuidador para así poder obtener los

conocimientos necesarios de manera que pueda realizar sus funciones. Esto con el objetivo de brindar un cuidado de calidad hacia la persona.

Conocimiento Científico

Hace referencia al acercamiento o estrategias para entender la enfermedad y cómo se relaciona con la modificación de las conductas para suplir las necesidades de la persona que sufre de la enfermedad.

Tabla 2
Citas relacionadas con el conocimiento científico.

<i>Fuente de conocimiento</i>	<i>Cita</i>
Mediante lecturas.	01: “Generalmente leo artículos de investigación y leo sobre los medicamentos, o sea, digamos, si le van a cambiar el medicamento entonces leo sobre el nuevo medicamento como para documentarme o para saber”
Conocimientos previos de primeros auxilios.	08: “tengo formación en primeros auxilios eso me ha ayudado mucho. Debo aclarar que no sabía inyectar... yo y otras hermana debimos de aprender, hay días donde nosotras debemos ayudarle aplicando la insulina y cubrir otras de sus necesidades”
Charlas, seminarios y conferencias	18: “Sí señor, en varias ocasiones estuve en el colegio en varias charlas donde se trató esto del autismo.
No tiene conocimiento científico previo.	012: “Honestamente no conocía la enfermedad no sabía cómo tratar con ella, he tenido que ir aprendiendo a medida que pasa el tiempo...”

Esta tabla corresponde a algunas de las frases que surgieron durante las entrevistas a la población en relación a la categoría de conocimiento científico asociado al cuidado.

Se puede analizar que la adquisición del conocimiento científico es de gran importancia para quien realiza las labores de cuidado y para ello se apoya en diferentes fuentes de información, como los son los artículos científicos, formación profesional,

capacitaciones dadas por expertos en el tema y el aprendizaje que se da realizando las funciones como cuidador a lo largo del desarrollo de la enfermedad, sin embargo, también se observa que estas personas no cuentan con el apoyo suficiente por parte del sistema de salud para recibir una formación adecuada, haciendo que dichos cuidadores acudan a redes de apoyo externas al sistema de salud.

Experiencia

Conocimientos adquiridos en el transcurso de la vida.

Tabla 3
Citas relacionadas con la experiencia.

<i>Función en conocimientos adquiridos</i>	<i>Cita</i>
Tiene experiencia previa	05: “Ayude en el cuidado mi abuelo por un par de años de, él se fue a vivir con mi familia y debíamos estar pendientes de él, por su edad sufría de varias complicaciones (hipertensión, problemas del corazón)”
No tenía experiencia la adquirió	10: “Al nivel de ser un cuidador, mi abuela es la primera persona que cuido.”

Esta tabla corresponde a algunas de las frases que surgieron durante las entrevistas a la población en relación a la categoría de experiencia asociada al cuidado.

Es importante, enfatizar que al ser cuidadores informales, la mayor parte de ellos no tienen experiencia previa cuidado a otras personas, los pocos cuidadores que tiene algún tipo de experiencia se debe a que han participado o han cuidado a un familiar cercano, estos cuidadores comenzaron a adquirir su experiencia desde el momento en que la enfermedad afectó la salud la persona que actualmente cuidan. Haciendo el debido acompañamiento de todo el proceso de la enfermedad y esto sumado a las herramientas y

habilidades que han adquirido a lo largo del tiempo, hace que a actualmente puedan cumplir a cabalidad su rol como cuidadores.

Habilidades de cuidado y paciencia

Hace referencia a procedimientos y tareas que realiza, capacidad de adquisición de conocimientos, la paciencia y el valor para finalizar una tarea y su relación con la constancia.

Tabla 4.
Citas relacionadas con las habilidades de cuidado y paciencia.

<i>Función de tarea y constancia</i>	<i>Cita</i>
Cuidadores pacientes	14: “Generalmente creo que sí, el 90% de las veces yo creo que soy una persona paciente.”
Paciencia y habilidad de cuidado	05: “Entonces hemos estado junto y gracias a ello supe muchos aspectos de su enfermedad y por ello puedo ayudarle manejar sus síntomas y mejorar su calidad de vida; Actualmente me encuentro estudiando enfermería para poder ayudarlo”.
Habilidades de cuidado	04: “he aprendido muchas cosas de enfermería , como a tomarle la tensión”

Esta tabla corresponde a algunas de las frases que surgieron durante las entrevistas a la población en relación a la categoría de habilidades de cuidado y paciencia asociadas al cuidado.

Se pudo observar, que ante una situación de enfermedad los cuidadores suelen desarrollar las habilidades necesarias en función del cuidado del paciente, sin embargo, el que desarrollen habilidades de cuidado no quiere decir que tengan habilidades de paciencia necesarias.

Malestar

Sensación de incomodidad física o imprecisa, asociada a un acontecimiento externo que altera el organismo.

Tabla 5.
Citas relacionadas con el malestar.

<i>Función de incomodidad</i>	<i>Cita</i>
Relataron tener estrés	17: “Sí, mucho”
Nada de sobrecarga	01: “No, yo creo que no, porque a pesar de todo mi mamá es una persona muy independiente, entonces así que yo tenga que hacer todo, no”
Tiene sobrecarga	18: “Claro, porque cuidar a un niño con autismo es una sobrecarga total para todas las que nos toca hacer ese trabajo diariamente”

Esta tabla corresponde a algunas de las frases que surgieron durante las entrevistas a la población en relación a la categoría de habilidades de cuidado y paciencia asociadas al cuidado.

Se comprende que no todos los casos se realizó la pregunta referente al estrés, se identificó que el total de las personas a las cuales se les preguntó manifestaron abiertamente tener estrés, esto derivado de la actividad de los cuidadores. Indicando que de alguna manera todos los cuidadores se ven expuestos a algún grado de estrés, ahora bien, del total de personas a quienes se les preguntó si consideran que su labor como cuidador les genera algún tipo de sobrecarga la mayoría nos precisó que su labor como cuidador les genera un malestar en su vida diaria.

Relaciones

Vínculos establecidos logrando interacción entre las partes involucradas.

Tabla 6
Citas relacionadas con las relaciones.

<i>Función de interacción</i>	<i>Cita</i>
Tiene relaciones sociales	18: “Pues buena, yo soy una persona que le gusta socializar con otras personas, comentar, investigar cómo les va, en este caso nos estamos relacionando más con mamás que tienen el mismo problema que yo tengo
Tiene relaciones sociales pero deterioradas	12: “En cuanto a mi familia me he alejado de ellos, sabes mi tía tiene dos hijos y un hermano menor, y ninguno de ellos ha preocupado jamás por su estado de salud, ellos hicieron sus vidas y la dejaron de lado, tengo muy claro que solo somos ella y yo, de mis amigos son pocos lo que me quedan y aún menos con los que puedo contar para algo.
No tiene relaciones sociales	17 : “No pues lo que te decía, digamos amigos de años sólo en WhatsApp, a través del WhatsApp puedo hablar con ellos...”
No tiene buena relación con la persona que cuida.	01: “...a veces nos queremos matar, y se Vuelve más rara cuando está con un medicamento porque se pone como necia...”

Esta tabla corresponde a algunas de las frases que surgieron durante las entrevistas a la población en relación a la categoría de habilidades de cuidado y paciencia asociadas al cuidado.

Conforme a los vínculos familiares y personales de los cuidadores, es importante destacar que la afectación o no de los mismos, se establece por el contexto particular que se da en cada caso, dicho contexto es determinado por su posición socio-económica, tipo de enfermedad que padece, la persona que cuida y el apoyo con el que cuenta.

Por otro lado, se presentan los datos que soportan los argumentos anteriores, arrojando resultados que corresponden a los diferentes constructos.

En cuanto al cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-12) se encontró que ocho personas puntuaron por encima del punto de corte, que equivale a ≥ 6 (mayor o igual que

seis), dicho puntaje fue el que se determinó para conocer si es o no un caso de depresión, teniendo en cuenta que las doce personas restantes obtuvieron un puntaje menor al punto de corte, de acuerdo a lo establecido por el GHQ-12 estas personas no padecen de depresión.

Para el test de sobrecarga del cuidador (ZARIT) se evidencio que doce personas puntuaron dentro del rango mas alto clasificándolos con sobrecarga intensa, teniendo en cuenta que cuatro personas puntuaron dentro del rango intermedio con sobrecarga leve y finalmente las personas restantes (cuatro) se determino en el rango bajo con ningún tipo de sobrecarga.

Dentro de la encuesta de hábitos saludables se halló que once participantes deben mejorar sus hábitos de vida - salud y los nueve participantes restantes se identificaron como que mantienen buenos hábitos saludables. Teniendo en cuenta que ningún participante se registró sobre la categoría mas baja de los hábitos.

A continuación, se presenta la tabla 7 que contiene información correspondiente a las correlaciones que surgen al cruzar los resultados de los diferentes instrumentos psicométricos, es decir, Zarit, GHQ-12, CRI-A y la encuesta de hábitos saludables.

Para la variable de GHQ-12 (Depresión) se presentan dos correlaciones positivas que son significativas con sobrecarga y estrés, dos correlaciones negativas con los hábitos saludables y control. En cambio para la variable Zarit (Sobrecarga) se destacan tres correlaciones positivas significativas con depresión, los hábitos saludables y el estrés y una correlación negativa con control. Por otro lado, para los hábitos saludables tiene una alta correlación con control y sobrecarga, más no se correlaciona con depresión y el estrés.

Se analizan dos variables (Control - Estrés) pertenecientes a ítems que hacen parte del CRI-A que se han evaluado por separado y resaltan las siguientes correlaciones, para control se presentan dos correlaciones positivas que son significativas con hábitos saludables y el

estrés, y dos correlaciones negativas con depresión y sobrecarga. Ante el Estrés sostiene tres correlaciones positivas significativas con control, sobrecarga y depresión, más no se correlaciona con los hábitos saludables.

Para finalizar se destaca que aunque las correlaciones sean negativas pueden ser inversamente proporcionales.

Tabla 7.
Correlaciones

		GHQ12	Zarit	Hábitos	Estrés	Control
GHQ12	Correlació	1	,379	-,194	,067	-,373
	Sig.		,100	,412	,791	,141
	N	20	20	20	18	17
Zarit	Correlació	,379	1	,179	,186	-,356
	Sig.	,100		,450	,460	,161
	N	20	20	20	18	17
Hábitos	Correlació	-,194	,179	1	-,006	,250
	Sig.	,412	,450		,981	,334
	N	20	20	20	18	17
Estrés	Correlació	,067	,186	-,006	1	,206
	Sig.	,791	,460	,981		,428
	N	18	18	18	18	17
Control	Correlació	-,373	-,356	,250	,206	1
	Sig.	,141	,161	,334	,428	
	N	17	17	17	17	17

Correlaciones entre los resultados de las pruebas psicotécnicas del estudio arrojadas por el programa IBM SPSS Statistics.

Respecto a la tabla 8 se pueden observar las escalas que incluyen las estrategias de aproximación al problema y de evitación al mismo establecidos por el CRI-A. A partir de las correlaciones de Pearson, entre ellas sobresalen una correlación significativa entre las siguientes variables:

Desde la aproximación al problema : La búsqueda de guía (BG) y sobrecarga; Análisis lógico (AL) y solución de problemas (SP); Análisis lógico (AL) y búsqueda de guía (BG)

todas con una correlación positiva directamente proporcional, también se encuentra correlación negativa con las variables de solución de problemas (SP) y Control. Finalmente se tiene las variables doblemente significativas que son solución de problemas (SP) y los hábitos saludables con una correlación negativa inversamente proporcional.

A partir de evitación al problema: Evitación cognitiva (EC) Y estrés con una correlación positiva directamente proporcional. Por último se obtienen las variables doblemente significativas como son la descarga emocional (DE) y aceptación y resignación (AR) con una correlación positiva directamente proporcional.

Tabla 8
Correlaciones

		GHQ12	Zarit	Hábitos	Estrés	Control	RP	SP	EC	BR	AL	BG	AR	DE
GHQ12	Correlación de Pearson	1	,379	-,194	,067	-,373	,049	-,030	-,264	,307	-,023	,226	,374	,411
	Sig. (bilateral)		,100	,412	,791	,141	,838	,904	,260	,188	,923	,338	,104	,071
	N	20	20	20	18	17	20	19	20	20	20	20	20	20
Zarit	Correlación de Pearson	,379	1	,179	,186	-,356	,145	,173	-,036	,016	,412	,499*	,359	,266
	Sig. (bilateral)	,100		,450	,460	,161	,543	,478	,879	,948	,071	,025	,120	,258
	N	20	20	20	18	17	20	19	20	20	20	20	20	20
Hábitos	Correlación de Pearson	-,194	,179	1	-,006	,250	-,382	-,602**	-,131	-,280	-,204	-,117	-,238	-,373
	Sig. (bilateral)	,412	,450		,981	,334	,096	,006	,582	,231	,388	,623	,312	,106
	N	20	20	20	18	17	20	19	20	20	20	20	20	20
Estrés	Correlación de Pearson	,067	,186	-,006	1	,206	-,417	,127	,522*	-,050	,024	-,164	,278	,430
	Sig. (bilateral)	,791	,460	,981		,428	,085	,627	,026	,843	,923	,515	,265	,075
	N	18	18	18	18	17	18	17	18	18	18	18	18	18
Control	Correlación de Pearson	-,373	-,356	,250	,206	1	-,130	-,230	,180	,226	,293	-,507*	-,394	-,153
	Sig. (bilateral)	,141	,161	,334	,428		,618	,374	,489	,383	,254	,038	,118	,557
	N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
RP	Correlación de Pearson	,049	,145	-,382	-,417	-,130	1	,304	,108	,168	,348	,369	-,278	,120
	Sig. (bilateral)	,838	,543	,096	,085	,618		,206	,649	,479	,132	,109	,236	,614
	N	20	20	20	18	17	20	19	20	20	20	20	20	20
SP	Correlación de Pearson	-,030	,173	-,602**	,127	-,230	,304	1	,151	,002	,466*	,213	-,033	,141
	Sig. (bilateral)	,904	,478	,006	,627	,374	,206		,536	,994	,044	,382	,894	,564
	N	19	19	19	17	17	19	19	19	19	19	19	19	19
EC	Correlación de Pearson	-,264	-,036	-,131	,522*	,180	,108	,151	1	,203	,272	-,026	,147	,442
	Sig. (bilateral)	,260	,879	,582	,026	,489	,649	,536		,391	,246	,913	,538	,051
	N	20	20	20	18	17	20	19	20	20	20	20	20	20
BR	Correlación de Pearson	,307	,016	-,280	-,050	,226	,168	,002	,203	1	,174	-,009	,172	,516*
	Sig. (bilateral)	,188	,948	,231	,843	,383	,479	,994	,391		,462	,970	,469	,020
	N	20	20	20	18	17	20	19	20	20	20	20	20	20
AL	Correlación de Pearson	-,023	,412	-,204	,024	,293	,348	,466*	,272	,174	1	,519*	-,039	,293
	Sig. (bilateral)	,923	,071	,388	,923	,254	,132	,044	,246	,462		,019	,870	,209
	N	20	20	20	18	17	20	19	20	20	20	20	20	20
BG	Correlación de Pearson	,226	,499*	-,117	-,164	-,507*	,369	,213	-,026	-,009	,519*	1	,170	,295
	Sig. (bilateral)	,338	,025	,623	,515	,038	,109	,382	,913	,970	,019		,474	,206
	N	20	20	20	18	17	20	19	20	20	20	20	20	20
AR	Correlación de Pearson	,374	,359	-,238	,278	-,394	-,278	-,033	,147	,172	-,039	,170	1	,591**
	Sig. (bilateral)	,104	,120	,312	,265	,118	,236	,894	,538	,469	,870	,474		,006
	N	20	20	20	18	17	20	19	20	20	20	20	20	20
DE	Correlación de Pearson	,411	,266	-,373	,430	-,153	,120	,141	,442	,516*	,293	,295	,591**	1
	Sig. (bilateral)	,071	,258	,106	,075	,557	,614	,564	,051	,020	,209	,206	,006	
	N	20	20	20	18	17	20	19	20	20	20	20	20	20

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Correlaciones entre los resultados de las pruebas psicotécnicas del estudio arrojadas por el programa IBM SPSS Statistics.

Ahora bien, recapitulando los resultados adquiridos y visibilizar una alta asociación de los objetivos de este trabajo, se dan a partir de las siguientes correlaciones para una mejor comprensión del mismo, como primer punto se tienen los hábitos de vida-salud como factor del manejo del control y la sobrecarga del cuidador. Teniendo en cuenta que impulsa relaciones significativas con los mismos, atenuando síntomas de la depresión y el estrés. Segundo punto, se puede verificar que a través de las pruebas como el Zarit (sobrecarga), comprende relaciones aun mayores con la depresión, el estrés y los hábitos de vida. Esta experiencia del cuidador, mantiene factores relacionados con el rol que implican la atenuación del control de la situación. Tercer punto, abordando las correlaciones de las experiencias y su malestar medidas por el GHQ-12 (depresión). Se identifica cierta compatibilidad, que al manifestarse dicho malestar es probable que aparezca y sea significativo la sobrecarga y el estrés. Como cuarto punto, se encuentran que todos estos elementos se relacionan en su mayoría, con el aumento de los demás factores significativos (sobrecarga, estrés y depresión). Por ultimo, las correlaciones de las respuesta de afrontamiento CRI-A se evidencian en varios niveles, que conforman distintas relaciones frente a los síntomas que tiene el cuidador y como enfrentan las situaciones. Por un lado, el control con una relación bastante significativa con el estrés y los hábitos saludables, también se encuentra el estrés y su relación con la sobrecarga, la depresión y un alto contenido de control de la situación.

Y estas correlaciones ajustan los objetivos de tal manera que el análisis cuantitativo y cualitativo visibilicen los estadios de cada uno de los participantes de esta investigación.

Para finalizar, este apartado tiene en cuenta los resultados obtenidos anteriormente, se ha demostrado que las personas entrevistadas en este trabajo, en su mayoría

manifestaron en la categoría de malestar sufrir algún tipo de sobrecarga, con respecto a el test ZARIT se afirma que las personas sufren sobrecarga ya sea leve o intensa.

Durante las entrevistas en la categoría de habilidad de cuidado y paciencia, se determinó que los cuidadores mantienen una gran habilidad de cuidado, pero se identificó que algunos no tienen la paciencia suficiente para realizar dicha actividad o labor. Sin embargo, lo que se muestra a través del conocimiento proporcionado de su labor, consigue obtener una experiencia significativa de atenuación de síntomas, a su vez se expresa desde el cuestionario GHQ - 12 que no todos los cuidadores manifestaron padecer depresión.

Desde los datos arrojados por las entrevistas, a partir de las categorías de experiencia, conocimiento científico y conocimiento empírico, se ha demostrado que los cuidadores en su mayoría cuentan con experiencia suficiente para realizar sus funciones de cuidador, por parte de la prueba psicométrica CRI-A se arrojó que estas conductas son relacionadas hacia la estrategias de aproximación al problema, se puede evidenciar a partir de las estrategias de solución al problema, análisis lógico y la búsqueda de guía.

Haciendo una apreciación como investigador, desde la entrevista de la categoría relaciones y la encuesta de hábitos saludables, se identificó que las personas que tienen relaciones más cercanas a la persona que cuidan, mantienen buenos hábitos saludables, en el caso contrario que durante esta relación se ve afecta o conflictiva sus hábitos tienden a verse afectados y por tanto, deben mejorar de acuerdo a los resultados obtenidos por la encuesta.

VII. Discusión de Resultados

La finalidad de este escrito es presentar y interpretar los datos obtenidos durante el proceso investigativo. Relacionando los datos encontrados con documentos que hicieron parte del desarrollo del mismo.

Teniendo en cuenta, que en los resultados se habla de los cuidadores informales o principales sufren de algún tipo de sobrecarga así lo manifiesta López, Orueta, Gómez, Sánchez, Carmona de la Morena & Lonso (2009) brevemente considera la sobrecarga que experimentan, como una trascendencia negativa no solamente hacia la salud física sino también a otros estados como los socio-económicos, estilos de vida y procesos cognitivos.

Finalmente, se evidenció que las personas participantes de este estudio presentaron un nivel leve o intenso de sobrecarga, ya que las exigencias relacionadas al cumplimiento de sus actividades generan una mayor responsabilidad, por cuanto ejecutan diversas tareas dentro de su vida diaria. Ahora se puede decir, que la sobrecarga (Zarit) guarda una alta correlación con la depresión (GHQ-12) y estrés (CRI-A), esto significa que las actividades de este rol están asociadas a situaciones de estrés que sobrepasan a los cuidadores, generando estados de depresión propiciando cambios precarios de salud.

Se evidencia desde los resultados que la población de este trabajo, no todos padecen de depresión. Ya que como lo sugiere el autor Díaz, Mendoza y Sáez (2015) mostró que el cuidar es una clase de preocupación, que tiene elementos invisibles, intangibles y difíciles de contabilizar. Y es caracterizada por elementos como el conocimiento, la paciencia y el valor para ello, identificando este conjunto de cualidades como la habilidad de cuidado.

Teniendo en cuenta que la categoría aprecia la habilidad de cuidado y la paciencia como pilar fundamental para realizar la actividad. Durante la investigación se observó que la relación de la habilidad de cuidado y la paciencia interactúan generando un efecto causal unidireccional en el cual en un mayor estado paciencia aumenta las habilidades pero no necesariamente la falta de paciencia afecta la habilidad de cuidado, en este sentido se puede visibilizar a través de los estados de depresión (GHQ-12) ya que no todos los participantes manifestaron dichos síntomas.

Empezaré por considerar los componentes que han demostrado que la mayoría de los participantes interiorizan los conocimientos adquiridos a través de la experiencia para realizar su función, considerando los aportes de los autores Díaz, Mendoza y Sáez (2015) que menciona una característica de los cuidadores como lo es el conocimiento. Por otro lado tenemos a Cerquera & Pabón (2014) tratando de ahondar su investigación a partir de la resiliencia, la percepción de apoyo social y estrategias de afrontamiento encontrando que estas son bastante significativas para solucionar problemas.

En el caso de Cedillo et al (2015) explica que el afrontamiento de tipo cognitivo y la resolución de problemas están relacionados con un menor nivel de malestar emocional; con respecto a Flórez, Montalvo, Herrera y Romero (2010) infiere que la experiencia de ser cuidador modifica de manera importante la percepción de las Personas.

Pese a que estos autores se aproximan a la realidad de los resultados obtenidos en este estudio y se toman en consideración sus hallazgos. No obstante desde lo arrojado por los datos del proyecto se determinó que las categorías evaluadas son insuficientes para la información que se requiere analizar en este trabajo. De esta forma se llegó a la conclusión que los componentes interpretados frente a los ítem del CRI-A tienen una gran afinidad frente a las situaciones de estrés.

Dentro de las correlaciones significativas sobresalieron ítem como análisis lógico (AL) y solución de problemas (SP) y análisis lógico (AL) y búsqueda de guía (BG). Todas proporcionando un alto puntaje dentro de la población. Dicho afrontamiento se da desde dos técnicas, la primera consiste desde lo cognitivo validando el análisis lógico como parte de un proceso para prepararse mentalmente para el estresor y sus consecuencias, la siguiente consiste en su parte conductual abordando la búsqueda de guía o soporte la cual

se enfoca en consultar una situación con un familiar o alguien cercano y solución al problema que finalmente es la acción de tomar una decisión frente a un conflicto.

Llegado hasta este punto, se establece un vínculo entre dos aspectos importantes entre relaciones y hábitos saludables. Acorde con Fernández-Lansac (2012) dice que a mayor resiliencia se asocia a un mejor estado emocional y físico de los cuidadores; mientras que Cruz et al. (2011) nos dice que la práctica de actividad física o ejercicio favorece dimensiones del bienestar psicológico y emocional además de mejorar la calidad de vida de la persona que lo realizan.

No obstante, se encuentra que el autor expuesto se acerca a esta investigación en algunas ideas presentadas, pero no se pudo encontrar durante el proceso del proyecto a ningún autor que abarcara los temas desde la categoría de las relaciones, por ellos la importancia de trabajos de investigación que aborden estos aspectos. Contribuyendo así a un mejor entendimiento de las problemáticas y situaciones singulares en que se ven sumergidos los cuidadores informales.

Ya obtenida esta información, damos cuenta de que no se respondieron a otras variables como la higiene personal, el sueño, la alimentación, consumo de cigarrillo, alcohol y/o sustancias psicoactivas SPA de forma que no son relevantes en el estudio, pero que durante el desarrollo del mismo fue aclarando la importancia que pudieron haber tenido. En este sentido se hubieran ampliado los datos obtenidos, identificado nuevas correlaciones y entendimientos sobre los cuidadores.

VIII. Conclusiones

Para empezar se tienen en cuenta los hallazgos de este proyecto a partir de los datos obtenidos durante las fases del proyecto, dando así respuesta a los diferentes objetivos planteados generando nuevos conocimientos.

Ahora veamos un plano más específico, abordando las ocupaciones de la población predominando en un mayor número los trabajadores y estudiantes en cualquiera de sus niveles de formación, de ellos se destacan aquellos que trabajan, estudian y asumen el rol de cuidador teniendo la más alta sobrecarga y demanda de tiempo de toda la muestra, no obstante se evidencio que el rol de cuidador es asumido por un amplio grupo de personas en una diversa gama de ocupaciones, edades y condiciones socio económicas.

Durante el desarrollo del trabajo, se identifica lo opuesto desde los marcos de referencia, encontrando que los porcentajes de cuidadores catalogados como amas de casa es menor al esperado, sin embargo, se corroboró que el papel de cuidador es asumido con mayor frecuencia por mujeres, que si bien no son amas de casa tienen responsabilidades y funciones del hogar, ratificando que quien lleva la carga del rol de cuidador corresponde sobre la población femenina

Por otro lado, se evidencia la importancia que tiene la experiencia a la hora de asumir las funciones de cuidador siendo esta un factor fundamental, se puede afirmar que las personas se enfrentan a ser cuidadores cuando tienen una experiencia previa, así mismo se demostró desde la información obtenida el valor que tienen para el cuidador adquiriendo por sus propios medios los conocimientos necesarios para brindar una atención adecuada, generando un aumento en la carga física y psicológica para ellos.

Por tanto y desde las experiencias manifestadas por los cuidadores se puede reiterar que este grupo de personas requieren de la creación e implementación de redes de apoyo por

parte del sistema general de seguridad social en salud, para así poder generar unas mejores condiciones y hábitos de vida.

Ahora bien, un tema importante es acerca de las variables que afectan a los cuidadores y que fueron investigadas, siendo estas las más significativas lo cual se demostró por medio de las siguientes correlaciones de Pearson. En primer lugar se contrastaron las variables de Malestar y Zarit , en segundo lugar se encuentran habilidades de cuidado y paciencia – GHQ-12 en tercer experiencia - conocimiento científico- conocimiento empírico - CRI- A y finalmente relaciones y hábitos saludables.

Concluyendo que los cuidadores son personas expuestas a muchos factores de riesgo durante el desarrollo de sus actividades , deteriorando su calidad de vida y su salud física, psicológica y emocional, estas afectaciones son el resultado de la sobrecarga, el estrés, la depresión y los malos hábitos adquiridos con el tiempo.

Estas condiciones varían de persona a persona influidas por las características propias de cada uno, así como las de su entorno ya sea socio-económicos o particulares de cada grupo familiar, pero si bien esto es así, también es el hecho que todo cuidador expuesto, visibiliza herramienta que le permiten afrontar dichas afectaciones estando dentro de los más importantes los hábitos y estilos de vida saludables, los conocimientos científicos - empíricos , la experiencia, habilidades de cuidado.

Finalmente lo que responde a nuestra pregunta problema coincide en que lo expuesto si se relaciona con la disminución de los estados de estrés, sobrecarga y depresión, pero no en gran medida como se habría pensado, aunque las personas manifestaron buenos hábitos de vida también es cierto que a través de las pruebas y estudios se evidencio que tiene sobrecarga, estrés y depresión.

Considerando ahora que los estados de habilidad de cuidado y paciencia presentaron una relación de manera causal unidireccional estas manifiestan disminuir los síntomas o reducir el estado de la depresión más no eliminándolos en su totalidad. Por último se reveló que los conocimientos empíricos y científicos como la experiencia si neutralizan la experiencia de estrés del cuidador ya que sus acciones cognitivas y conductuales manejan un alto grado de afrontamiento.

XI. Aportes y limitaciones

Para empezar con los aportes de la investigación se consideraron los siguientes puntos como los más significativos, resaltando que el enfoque principal de esta investigación se abordó desde un diseño multimétodo lo cual permite tratar al cuidador dentro de su entorno y necesidades emergentes contribuyendo así a un mejor entendimiento de las problemáticas y situaciones singulares en que se ven sumergidos los cuidadores informales.

Ahora bien se tomaron en consideración variables novedosas que permitieron ahondar más en las situaciones particulares de los cuidadores las cuales van más allá de las variables analizadas en los estudios consultados para este trabajo.

Agregando que para este estudio se utilizó una muestra relativamente pequeña de personas dieciocho en total, es posible que en términos generales hablando de los cuidadores, este fenómeno sea replicado a una escala mayor, obteniendo resultados más precisos de las problemáticas presentadas.

Concluyendo que el aporte de este trabajo a las psicología de la salud, es en particular el diseño multimétodo para impulsar a la realización de nuevos estudios que lleven un

enfoque mixto que amplíe el conocimiento sobre esta población en particular y permite comprender mejor necesidades globales.

En cuanto a las limitaciones dentro de este trabajo nos encontramos enfrentados como investigadores, en gran medida referente al tiempo para la recolección de los datos y así mismo analizarlos, con respecto a la muestra el inconveniente radica en el abandono durante el proceso por parte de dos personas afectando los datos y en ese orden hubo abstinencia por parte de algunos de los participantes para brindar información requerida para comprensión de los resultados.

Otra dificultad presentada se refiere a la búsqueda de antecedente que hablen acerca del conocimiento científico y empírico y la experiencias del cuidador, pese a que no se tuvieron en cuenta muchas otras variables que pudieron haber sido importantes durante este proceso de investigación.

Por otro lado, se puede observar lo positivo durante este proceso de investigación, se manifiestan situaciones que cambian la forma de ver el fenómeno e impactan al investigador y que ayudan a ampliar la perspectiva y hacia donde se dirige la misma. Esto da crecimiento a la investigador y a quienes están implicados.

También se puede observar durante el proceso, las herramientas que se tiene como investigador, estas pueden ser insuficientes frente al fenómeno porque dentro de las capacidades que se ha adquirido como investigador, puede generar irregularidades frente al desenlace del proceso investigativo y así mismo dudas frente al fenómeno.

X - Referencias

Andújar, A. J. C. (1999). Comparación, evolución y relación de hábitos saludables y nivel de condición física-salud en escolares, entre final de Educación Primaria (12 años) y final de Educación Secundaria Obligatoria (16 años) (Doctoral dissertation, Universidad de Granada).

Au, A., Lau, K. M., Sit, E., Cheung, G., Lai, M. K., Wong, S. K. A., & Fok, D. (2010). The role of self-efficacy in the Alzheimer's family caregiver stress process: a partial mediator between physical health and depressive symptoms. *Clinical Gerontologist*, 33(4), 298-315.

Ávila. J., Vergara, M. (2014) Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. *Aquichan.*;14(3): 417-429.

Ávila M. (2017) Psicología de la salud y calidad de vida, 3ra Edición - Luis A. Oblitas. Tomado de : https://kupdf.net/download/psicolog-iacute-a-de-la-salud-y-calidad-de-vida-3ra-edici-oacute-n-luis-a-oblitas-guadalupe-pdf_58c98017dc0d60c24d339030_pdf

Barrera.L., Galvi. C., Moreno. M., Pinto. N., Pinzón. M., Romero., E., Sánchez. B.,(2006) La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Investigación y Educación en Enfermería*. vol. 24 (1) pp. 36-46.
<http://www.redalyc.org/pdf/1052/105215400003.pdf>

Barrera. L., M., Pinto. N., Sánchez. B., Mabel, G., Chaparro., (2010) universidad nacional de Colombia. Facultad de enfermería tomado de
http://www.uneditorial.net/uflip/Cuidando_a_los_cuidadores/pubData/source/UNAL_Cuidando_a_los_cuidadores.pdf

Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia. Editorial Gedisa.

Berrios, M. (2012) Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. Revista colombiana de anestesiología. 40 (3) pp192-194 sacado de : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334712000111>

Brannon, L., Feist, J. (2001) Psicología de la salud. Madrid- España. Editorial Paraninfo thomson learning

Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayanz, S., Guerra, C., & Millán, T. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Revista médica de Chile, 137(5), 657-665.

Catilla y Leon (2014) Estrés, depresión enfermedades asociadas al cuidado. www.cocemfecyl.es. <http://www.cocemfecyl.es/index.php/cuidadores/67-estres-depresion-enfermedades-asociadas-al-cuidadoestres>

Cárcamo, H. (2005) Hermenéutica y Análisis Cualitativo. Cinta moebio 23. P.. 204 – 216 sacado de : www.moebio.uchile.cl/23/carcamo.htm

Cedillo, G., Grijalva, M., Santaella, G., Cuevas, M., Pedraza, A., (2014). Asociación entre ansiedad y estrategias de afrontamiento del cuidador primario de pacientes postrados Rev Med Inst Mex Seguro Soc.;53(3):362-7

Centro UC estudios de vejez y envejecimiento (2015) estudio sistematización y descripción de los perfiles de las cuidadoras de personas dependientes, las demandas de apoyo que las cuidadoras presenten y los programas existentes para aliviar el trabajo de cuidado. Santiago de Chile. Tomado De:

http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/Final_Perfil_de_Cuidadoras.pdf

Ciro, L.(2006) La teoria y su funcion en los tres modelos de investigacion. Seminario de investigacion docente. Universidad Autonoma de Manizales. ANFRA. 13(20). P. 66 – 76.

Colombia asamblea nacional contribuyente (1991) constitución política de Colombia, Santa fe de Bogotá: legis corte constitucional sentencia T-096

Contreras. J. (2016) Teoría sociocultural de Vygotsky. Recuperado el 24 de abril 2018 de <https://www.slideshare.net/javiercon13/teoria-sociocultural-de-vigotsky-61298285>

Cruz-Sánchez, E. D. L., Moreno-Contreras, M. I., Pino-Ortega, J., & Martínez-Santos, R. (2011). Actividad física durante el tiempo libre y su relación con algunos indicadores de salud mental en España. *Salud mental*, 34(1), 45-52

Díaz, C. Mendoza, S. Sáez C, K.(2015) Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. *Enfermería global* (14) 38. <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/administracion4.pdf>

Espín Andrade, A. M. (2009). "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(2), 0-0.

Fauth,E. Hess,K. Piercy,K. Norton,M.Corcoran,C.Robins,P. Lyketsos,C Tchanz,J. (2012) Caregivers' relationship closeness with the person with dementia predicts both positive and negative outcomes for caregivers' physical health and psychological well-

being. Aging y mental health 16 (6) Pp. 699-711

<http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2012.678482>

Fernández-Lansac, V., López, M. C., Cáceres, R., & Rodríguez-Poyo, M. (2012). Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: estudio preliminar. Revista española de geriatría y gerontología, 47(3), 102-109.

Fernandez, P. Martinez, S.Ortiz,N. Carrasco,M. Salabarieta,J. Gomez,I. (2011) Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. Universidad de Deusto. 23 (3) pp 388-393.

<http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/4098/Autopercepci%C3%B3n%20del%20estado%20de%20salud%20en%20familiares%20cuidadores.pdf?sequence=1&rd=0031225230556229>

Flórez,I., Montalvo,A.,Herrera,A.,RomeroE. (2010)Afectación de los bienestar en cuidadores de niños y adultos con enfermedad crónica.Rev. salud pública. 12 (5): 754-764 .
<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n5/v12n5a06.pdf>

Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Ciencia y enfermería, 18(1), 29-41.

Gallardo, K., Benavides, F., Rosales, R., (2016). Costos de la enfermedad crónica no transmisibile: la realidad colombiana. Rev Cienc Salud. 14(1):103-114 doi:
dx.doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.09

García-Calvente, M. D. M., Mateo-Rodríguez, I., & Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria*, 18, 83-92.

García, J.E., Hidalgo, J.M., Delgado, J.M., Corona, O., Villarreal, J.A. (2012) Fenomenología y psicología fenomenológica. Sacado de:
<http://www.redalyc.org/html/802/80225867004/>

Gomez, A., Penas, O., Parra, E. (2016) Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá. *Rev. salud pública*. 18 (3) pp.367-378. ISSN 0124-0064. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n3.53048>.

González, G., Díaz, L., Herrera, B. (2014) Carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región amazónica de Colombia *Medicina U.P.B. Universidad Pontificia Bolivariana Medellín, Colombia* 33 (1) pp. 26-37. Tomado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1590/159043438004.pdf>

Gonzales, G., Massad, C., lavanderos, F., (2014) Estudio nacional de la dependencia en las personas mayores. recuperado de: <http://www.superacionpobreza.cl/wp-content/uploads/2014/01/estudiodependencia.pdf>

Gostin, L.O. Wiley, L.F. (2016) *Public health Law: Power, Duty, Restraint*. The regents of the University of California, Oakland. Tomado de:
https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=HaowDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR17&dq=Healthy+Habits,+Medicine,+Public+health&ots=XSQWYUwQRb&sig=JaccPWUcG-OujwxITtNmKzDe3T0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

- Gutierrez.M.(2014) Investigacion cualitativa aplicada a la ciencia politica.
Universidad Javeriana de Bogotá Sacado de:
<https://www.javeriana.edu.co/blogs/mlgutierrez/files/Enfoques-y-estrategias-de-investigacion4.pdf>.
- Herrera,J. Melendez,R. (2011) Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teorico?.
Revista Enfermería Universitaria. 8 (1) pp 49-54.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n1/v8n1a7.pdf>
- Islas Salas, N. L., Ramos del Río, B., Aguilar Estrada, M., & García Guillén, M. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 19(4), 266-271.
- Jiménez-Torres, M. G., Martínez Narváez, P., Miró Morales, E., & Sánchez Gómez, A. I. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables:¿ Están asociados a la práctica de ejercicio físico?.
- Jofré Aravena, V., & Sanhueza Alvarado, O. (2010). Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. Ciencia y enfermería, 16(3), 111-120.
- Larrinoa Palacios, P. F. D., Martínez Rodríguez, S., Ortiz Marqués, N., Carrasco Zabaleta, M., Solabarrieta Eizaguirre, J., & Gómez Marroquín, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. Psicothema, 23(3).
- Lavoz, E. E., Villarroel, V. M., Jaque, R. L., & Caamaño, P. R. (2009). Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, en control en el consultorio" José Durán Trujillo", San Carlos, Chile. Theoria, 18(1), 69-79.

López Gil, M., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J., Moreno, A., & Javier, F. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-339.

Luengo, C., Araneda, G. & López.M. (2010).Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. *Index de Enfermería*, 19(1), 14-18. Recuperado en 24 de enero de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962010000100003&lng=es&tlng=en.

Manzanilla, W., (2017) Métodos de investigación: la hermeneusis recuperado de: <http://larealidadeducativaactual.blogspot.com/2017/11/metodos-de-investigacion-la-hermeneusis.html>

Martín,D., (2011) Guía de atención a las personas cuidadoras. Servicio de salud del principado de asturias. tomado el 1 de noviembre de 2018:http://www.riicotec.org/interpresent3/groups/imsero/documents/binario/guia_atencion_personas_cuidado.pdf

Martinez, R. Crespo,L Crespo,B. Méndez,L., Fernández,M., Martínez,.D. (2014) La atención al cuidador, problema de salud necesario de abordar en los estudios médicos. *Rev EDUMECENTRO* 6 (3) pp.128-142. ISSN 2077-2874. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2077-28742014000300010&script=sci_abstract

Martínez, I; Campo, J; Sánchez ,A.; Castro, F; Sánchez,A; González, J; Jiménez, A; Fajardo, I; Gutierrez, I; Palmero C. (2014) Propuesta de programa de promoción de la salud

en cuidadores informales de enfermos de alzheimer y prevención del síndrome del cuidador “evitando que el cuidador se convierta en paciente” International Journal of Developmental and Educational Psychology. 1(2) pp. 2

<http://www.redalyc.org/pdf/3498/349833719018.pdf>

MAXqda (2015) Metodos mixtos análisis cuantitativos- cualitativos. Manual de referencia de MAXqda. VERBI Software. Consult. Sozialforschung. GmbH, Berlin Sacado de: <http://www.metodologiacualitativa.com/directo/mixtos.pdf>

Melillo, A., & Suárez, N. R. (2001). Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires.

Meza, Luis (2003). El paradigma positivista y la concepción dialéctica del conocimiento. Revista Digital Matemática, 4(2), pp. 1-5

Ministerio de protección social. Ley 1090 de 2006. Sacado de : <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>

Miró, E., Iáñez, M. A., & Cano-Lozano, M. D. C. (2002). Patrones de sueño y salud. International Journal of Clinical and Health Psychology, 2(2).

Morales, f., (2012). Psicología De La Salud. Realizaciones E Interrogantes Tras Cuatro Décadas De Desarrollo. Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 4 (2), 98-107.

Moreno, S; Chaparro,L. Blanco, P.(2017) cuidador familiar del niño con cáncer: un rol en transición . Revista Latinoamericana de Bioética. vol.17, n.2, pp.18-30. <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.2781>.

Nilsen, P., Roback, K., Broström, A., & Ellström, P. E. (2012). Creatures of habit: accounting for the role of habit in implementation research on clinical behaviour change. *Implementation Science*, 7(1), 53.

OMS (2017) enfermedades crónicas. Tomado el 20 de agosto 2017 de:
http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

OMS (2017) Informe sobre el progreso de enfermedades no transmisibles.
recuperado de:
https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2830:oms-publica-una-nueva-edicion-del-informe-sobre-el-monitoreo-de-los-progresos-en-enfermedades-no-transmisibles&Itemid=562

Ortiz, E.(2013) Epistemología de la investigación cuantitativa y cualitativa:paradigmas y objetivos. Revista de clases de historia.Publicación digital de historia y ciencias sociales ISSN 1989-4988 <http://www.claseshistoria.com/revista/index.html>

Painepán, B., & Kühne, W. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Summa psicológica UST* (En línea), 9(1), 5-14.

Paoli,A. (2012) Husserl y la fenomenología trascendental:perspectivas del sujeto en las ciencias del siglo XX. Sacado de: <http://www.redalyc.org/html/340/34024824004/>

Penning, M. & Wu, Z. (2016) Caregiver Stress and Mental Health: Impact of Caregiving Relationship and Gender. *The Gerontologist*, 56 (6), Pp. 1102–1113
doi:10.1093/geront/gnv038

Pérez Perdomo, M., & Llibre Rodríguez, J. D. J. (2010). Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 110-122.

Pérez, Y. V., & Espín Andrade, A. M. (2014). Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(1).

Pino, J. (2015) Metodología de investigación en la ciencia política: la mirada empírico analítica. *Rev. Fundacion universitaria Luis Amigo* 2(2). Pp.185-195 sacado de : <http://funlam.edu.co/revistas/index.php/RFunlam/article/view/1671/1399>.

Proyecto de ley 047 de 2015. Por La Cual Se Crea Un Subsidio A Favor De Las Madres O Padres Cabezas De Familia Que Tengan A Su Cargo Una Persona O Más En Situación De Discapacidad. Sacado de : <http://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/proyectos%20de%20ley/2015%20-%202016/PL%20047-15%20MADRES%20PADRES%20CABEZAS%20DE%20FAMILIA.pdf>

Ramírez (2005) habilidad del cuidado de los cuidadores principales de pacientes con cáncer gastrointestinal. *Av. Enferm*, 23(2), Pp. 7-17. ISSN electrónico 2346-0261.

Ramírez, A. (2009) cuidadores en condiciones de discapacidad; acercándonos a sus testimonios. Trabajo de grado; Corporación universitaria Minuto de Dios. Retomado de:

http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/969/Tes_RamirezLopezA_CuidadoresPersonasCondicion_2009.pdf?sequence=1

Ramos, C. A. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Avances en Psicología*, 23(1), 9-17.

Reeder, H.P. (2011) La praxis fenomenológica de Edmund Husserl. Sacado de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=aru8J9HJ6-EC&oi=fnd&pg=PA5&dq=psicolog%C3%ADa+fenomenol%C3%B3gica+de+husserl&ots=Ov2dZ6RzG&sig=cs9CWgEUejzayk9fhHrgIdgCYz4#v=onepage&q=psicolog%C3%ADa%20fenomenol%C3%B3gica%20de%20husserl&f=false>

Reinón, M. S. (2012). Los "cuidados informales" de larga duración en el marco de la construcción ideológica, societal y de género de los "servicios sociales de cuidados"*/The long-term" informal care" at the context of the ideologicalideological, societal and gender construction of the social care. *Cuadernos de relaciones laborales*, 30(1), 185-210.

Riffin, C., Löckenhoff, C.E., Pillemer, K., Friedman, B., & Costa, P.T., Jr (2013). Care recipient agreeableness is associated with caregiver subjective physical health status. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(6), 927–930, doi:10.1093/geronb/gbs114. Advance Access publication December 11, 2012 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3805284/>

Roger, M. R., Bonet, I. Ú., Gallego, C. F., Pisa, R. L., Ribas, A. P., Viñets, L. G., & Oriol, R. P. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención primaria*, 26(4), 217-223.

Ruiz y Nava (2012) Cuidadores: responsabilidad- obligaciones. Enfermería Neurológica. México. 11 (3): 163-169 [456789/2776/506_6.pdf?sequence=1](https://doi.org/10.1016/j.enfneu.2012.06.006)

Sánchez , B., Carrillo, G., Barrera, L., Chaparro, L. (2013). Carga del cuidado de la enfermedad crónica no transmisible. Aquichan. Universidad de la sabana Chía Colombia Vol. 13, No.2, 247-260.

Sampieri, R., Fernández, C., Baptista-L. (2014). Selección de la muestra. En Metodología de la Investigación (6ª ed., pp. 170-191). México: McGraw-Hill.

<http://sined.uaem.mx:8080/bitstream/handle/123>

Solis.C.Vidal.A. (2006) Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. Rev. De psiquiatria y salud mental Hemilio Valdizan. 7(1) pp 33-39 sacado de:
<http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/3%20ESTILOS%20Y%20ESTRATEGIAS%20DE%20AFRONTAMIENTO.pdf>

Tartaglini, M.F.; Sefani, D. (2012) Trastornos psicofisiológicos en adultos mayores cuidadores familiares de enfermos crónicos. Boletín de psicología. 106. 65-79. Recuperado de: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N106-4.pdf>

Torres, D., (2012). Enfoque Histórico- Hermenéutico: Generalidades y Características.

Recuperado de: <http://es.slideshare.net/DianeTorres/enfoquehistorico-hermenutico>

Valero-Moreno, S. Pérez, M. Inmaculada Montoya, I. Castillo, S. Ramírez, A. & Escribano, A. (2016) Impacto de la enfermedad respiratoria crónica pediátrica: estrés

percibido en los cuidadores principales. Calidad de vida y salud. 9 (2); 131-138. Issn 1850-6216

Villegas, S. (2010) Características de los cuidadores informales a nivel nacional e internacional. Movimiento Científico. 4 (1): 8-14.