

El libro *Depresión en cuidadores adscritos a centros de larga permanencia*, es producto de investigaciones que se han desarrollado en torno a la problemática que se ha presentado en la actualidad con las personas que tienen como labor el cuidado de personas mayores. Se presentan dos capítulos, en el primero se describe el estado depresivo en los cuidadores adscritos en tres Centros de Larga Permanencia, donde se encontró que el hecho de cuidar fue un factor predisponente para la depresión, dependiendo del interés, los gustos personales y de cómo los cuidadores elaboran la situación. En el segundo capítulo, se explora la relación que se establece entre los cuidadores, sus familias y el trabajo que ejercen, donde ellos se sienten a gusto con su rol; sin embargo, se puede llegar a alterar su salud mental, debido a la exclusión que tienen frecuentemente de los proyectos de su núcleo familiar.

Depresión en cuidadores

Depresión en cuidadores adscritos a centros de larga permanencia

Escanee el código QR para conocer
más títulos publicados por Ediciones
Universidad Simón Bolívar



ISBN 978-958-53175-5-0



9 789585 317550 >



Depresión

en cuidadores

adscritos a centros
de larga permanencia

**DEPRESIÓN EN CUIDADORES ADSCRITOS A
CENTROS DE LARGA PERMANENCIA**

© Margarita Cardeño-Sanmiguel - Patricia Ruiz Tafur - Jennifer Castillo
Bolaño - Yolanda Morales Castro

Proceso de arbitraje doble ciego

Recepción: Junio de 2020

Evaluación de propuesta de obra: Julio de 2020

Evaluación de contenidos: Agosto de 2020

Correcciones de autor: Agosto de 2020

Aprobación: Septiembre de 2020

Depresión

en cuidadores adscritos a centros de larga permanencia

Margarita Cardeño-Sanmiguel
Patricia Ruiz Tafur
Jennifer Castillo Bolaño
Yolanda Morales Castro

Depresión en cuidadores adscritos a Centros de Larga Permanencia /
Margarita Cardoño-Sanmiguel [y otros 3]-- Barranquilla: Ediciones Universidad
Simón Bolívar, 2020.

95 páginas ; 17 X 24 cm; gráficas y tablas a color

ISBN: 978-958-53175-5-0 (PDF versión electrónica)

1. Depresión mental – Aspectos psicológicos 2. Asilos de ancianos I. Cardoño-Sanmiguel, Margarita II. Ruiz Tafur, Patricia III. Castillo Bolaño, Jennifer IV. Morales Castro, Yolanda V. Título

616.895 D424 2020 Sistema de Clasificación Decimal Dewey 22ª. edición

Universidad Simón Bolívar – Sistema de Bibliotecas

Producido en Barranquilla, Colombia. Depósito legal según el Decreto 460 de 1995. El Fondo Editorial Ediciones Universidad Simón Bolívar se adhiere a la filosofía del acceso abierto y permite libremente la consulta, descarga, reproducción o enlace para uso de sus contenidos, bajo una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



©Ediciones Universidad Simón Bolívar

Carrera 54 No. 59-102

<http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/edicionesUSB/>

dptopublicaciones@unisimonbolivar.edu.co

Barranquilla - Cúcuta

Producción Editorial

Editorial Mejoras

Calle 58 No. 70-30

info@editorialmejoras.co

www.editorialmejoras.co

Octubre de 2020

Barranquilla

Made in Colombia

Agradecimientos

Agradecemos a los hogares gerontológicos Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo y a los cuidadores que laboran en ellas, por la disposición e interés que mantuvieron durante el proceso investigativo.

Contenido

AGRADECIMIENTOS.....	5
PRÓLOGO.....	9
C a p í t u l o 1	
ESTADO DEPRESIVO EN CUIDADORES ADSCRITOS A LOS CENTROS DE LARGA PERMANENCIA MADRE MARCELINA, NUEVO DESPERTAR Y CASA DEL ABUELO DE BARRANQUILLA.....	11
INTRODUCCIÓN.....	12
OBJETIVOS.....	22
REFERENTES TEÓRICOS.....	23
MÉTODO.....	39
DEFINICIÓN DE VARIABLE.....	41
RESULTADOS.....	42
DISCUSIÓN.....	66
CONCLUSIONES.....	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70

Capítulo 2

CUIDADORAS FORMALES Y SU RELACIÓN FAMILIA Y TRABAJO	79
INTRODUCCIÓN.....	80
OBJETIVOS.....	82
REFERENTES TEÓRICOS.....	82
METODOLOGÍA.....	88
RESULTADOS	88
DISCUSIONES.....	91
CONCLUSIONES.....	93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94

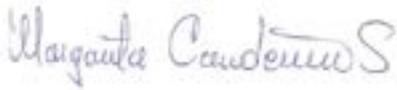
Prólogo

En la actualidad, la depresión es un problema de salud pública y marca con fuerza, a las personas vinculadas al trabajo del equipo en salud, ya que los adultos mayores, requieren de un cuidado y una ayuda especializada, enfrentando problemas sociales, el abandono, manipulación económica, chantaje emocional y la desprotección estatal. También se encuentran implicados, problemas familiares, como es el caso, de la desatención por parte de la familia hacia el adulto mayor, ya sea, por falta de tiempo de los parientes por cuestiones laborales, o porque se sienten incapacitadas para cuidar de ellos. Por estas situaciones, se tiene la necesidad de contar con un cuidador.

Cuidar no es una tarea fácil, es un acto de amor inmenso. Con mayor razón, si son mayores, donde los niveles de dependencia son totales si presentan patologías, o si superan los 90 años (nonagenarios).

La investigación, "estado depresivo en cuidadores adscritos a los centros de larga permanencia, Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo de Barranquilla", es una contribución a la salud de

las personas cuidadoras. Siendo una alerta para diseñar programas que permitan un espacio de actividades recreativas y de mayor vida familiar, con horarios flexibles que permitan un trato con exaltación del calor humano.



Margarita Cardeño-Sanmiguel

Psicóloga - Psicogeriatra Clínica.

Investigadora Grupo Estudios de Género, Familias y Sociedad

Línea Envejecimiento y Vejez, Universidad Simón Bolívar.

Investigadora Asociada-Colciencias.

Capítulo 1

Estado depresivo en cuidadores adscritos a los centros de larga permanencia Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo de Barranquilla**Margarita Cardeño-Sanmiguel¹****Patricia Ruiz Tafur²****Jennifer Castillo Bolaño³****Yolanda Morales Castro⁴**

1 Psicóloga. Magíster en Psicología Clínica. Especialista en Psicogeriatría Clínica. Docente e investigadora de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla. Miembro del Grupo de investigación Estudios de Género, Familias y Sociedad. <https://orcid.org/0000-0002-0003-9162>
gcardeno1@unisimonbolivar.edu.co

2 Psicóloga. Magíster en Desarrollo Familiar. Especialista en Gestión de Proyectos Educativos. Doctoranda en Ciencias Sociales. Docente e investigadora de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla. Miembro del Grupo de investigación Estudios de Género, Familias y Sociedad. <https://orcid.org/0000-0003-1786-1985>
pruiz@unisimonbolivar.edu.co

3 Abogada. Magíster en Menores en Situación de Desprotección y Conflicto Social. Doctoranda en Administración y Políticas Públicas. Docente e investigadora de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla. Miembro del Grupo de investigación Estudios de Género, Familias y Sociedad. <https://orcid.org/0000-0001-9687-1457>
jcastillo12@unisimonbolivar.edu.co

4 Trabajadora social. Doctora en Ciencia Política. Magíster en Desarrollo Familiar. Especialista en Estudios Pedagógicos. Miembro del Grupo de investigación Estudios de Género, Familias y Sociedad. Profesora del Programa de Trabajo social de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla. <https://orcid.org/0000-0002-4425-2328>
ymorales@unisimonbolivar.edu.co

Resumen

El siguiente capítulo es el producto de un trabajo investigativo que tuvo como objetivo describir el estado depresivo en los cuidadores adscritos en los Centros de Larga Permanencia Madre Marcelina, Casa del Abuelo y Nuevo Despertar. Los cuidadores adscritos a ellos tienen como pacientes a personas adultas mayores que presentan diferentes patologías tales como trastorno bipolar, alzheimer, esquizofrenia y depresión. Este estudio fue guiado bajo el paradigma empírico-analítico, donde prevaleció la observación directa. Tiene un diseño de carácter descriptivo, donde su propósito no es precisamente explicar o profundizar en las causas o razones del estado depresivo que presentaron los cuidadores adscritos a los hogares gerontológicos, sino más bien describir el estado depresivo a través de los resultados de los instrumentos de medición que se aplicó a los cuidadores. Encontrándose que si bien la labor de cuidar no genera depresión, es un factor predisponente dependiendo del interés, los gustos personales y de cómo los cuidadores elaboren la situación.

Palabras clave: adulto mayor, centros de larga permanencia, cuidadores, depresión.

ABSTRACT

The following chapter is the product of a research work that had as its objective to describe the depressive state in the caregivers assigned to the Madre Marcelina, Casa del Abuelo and Nuevo Despertar (all these Long Term Care Centers). The caregivers assigned to them have as patients older adults who present different pathologies such as bipolar disorder, alzheimer, schizophrenia and depression. This study was guided under the empirical-analytical paradigm, where direct observation prevailed. It has a descriptive design, where its purpose is not precisely to explain or deepen the causes or reasons for the depressive state presented by the caregivers assigned to the gerontological homes, but rather to describe the depressive state through the results of the measuring instruments applied to the caregivers. It was found that although caregiving does not generate depression, it is a predisposing factor depending on interest, personal tastes and how the caregivers elaborate the situation.

Keywords: elderly, long term care, caregivers, depression

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la población colombiana ha tenido un aumento progresivo de sus integrantes, por lo cual las entidades políticas buscan ajustar y dar todos los recursos necesarios para brindar a sus habitantes una mejor calidad de vida, poniendo gran énfasis en la población mayor, personas que pertenecen a este grupo son

Estado depresivo en cuidadores adscritos a los centros de larga permanencia Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo de Barranquilla

aquellas que están comprendidas entre los sesenta años de edad hacia adelante. Cabe resaltar que de acuerdo al Censo (2018), la esperanza de vida en Colombia se encuentra en 76 años, hombres 73.1 y mujeres 79.4. Siendo Medellín la ciudad del país que más está envejeciendo (DANE, 2019).

Las personas mayores que requieren de un cuidado y una ayuda especializada, muchas veces se enfrentan a problemas sociales, como lo es el abandono y la desprotección estatal. También se encuentran implicados problemas familiares, que es cuando se presenta el caso de la desatención por parte de la familia hacia el adulto mayor, ya sea por la falta de tiempo de los parientes por cuestiones laborales o porque se sienten incapacitadas para cuidar de ellos. A raíz de estas situaciones, se tiene la necesidad de contar con hogares gerontológicos especializados que cuenten con todas las herramientas y medios para ayudar a cubrir las necesidades que tenga la persona mayor de forma satisfactoria, dicha labor es realizada por cuidadores adscritos a estos hogares gerontológicos.

Los centros de larga permanencia o los hogares gerontológicos son entidades especializadas en ofrecer atención integral y dar vivienda permanente a personas adultas mayores, tales como, atención médica, cuidados sanitarios, además deben estimular la autonomía, dignidad y desarrollo personal del paciente. Dichos servicios se prestan en ocasiones de forma temporal o de forma permanente hasta el final de la vida del residente que por problemas familiares, sociales, económicos o por un alto grado de dependencia, no pueden ser atendidas en sus hogares; cabe resaltar que estas deben cubrir requisitos para una óptima atención de sus pacientes (buenas instalaciones, higiene, personal de atención especializada) (Rojas y Mendoza, 2017).

La responsabilidad de un buen tratamiento a los adultos mayores institucionalizados en estos hogares gerontológicos, recae sobre ese personal especializado encargado de atender al adulto mayor, llamados cuidadores, en la mayoría de los casos mujeres (OIT, 2015).

Los cuidadores por lo general tienen edades comprendidas aproximadamente entre los 23 a los 65 años, son los profesionales encargados de cubrir las necesidades y las ayudas que requiere el adulto mayor, con una atención y servicio constante. Esta labor puede resultar muy significativa y recompensante para la persona que realiza esta tarea pero a la vez puede ser agotadora física y emocionalmente en ellas, afectando su desempeño en el trabajo, dando una mala atención al paciente; puede tener repercusiones en su vida familiar debido al alejamiento y el poco tiempo que comparte con esta, ya que es una labor que toma gran parte del tiempo de la persona. Por lo que para evitar este desgaste es vital que el cuidador goce de un adecuado descanso, como tiempo o días libres, realización de actividades diferentes a su trabajo, y sobre todo no apropiarse ni sentir como suyo el problema que tenga su paciente. Al respecto Zepeda-Álvarez, et. al. (2019) en los resultados de su estudio evidencian que el abandono de alguna actividad por el cuidado se relaciona significativamente con la sobrecarga del cuidador principal. Por lo tanto, las políticas públicas deben considerar estrategias que apoyen a los cuidadores en la actividad del cuidado, con la finalidad de disminuir la carga mejorando así su calidad de vida y su estado de salud.

Una de las problemáticas que está afectando con mayor frecuencia a las personas que asumen el papel de cuidador en hogares gerontológicos es la depresión, y con ella el desarrollo de múltiples síntomas

Estado depresivo en cuidadores adscritos a los centros de larga permanencia Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo de Barranquilla

que le afectan en todas las áreas de su vida. En esta investigación de corte cuantitativo se describe el estado depresivo de los cuidadores que laboran en los hogares gerontológicos Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo tomando una muestra representativa de 23 cuidadores comprendidos en edades de 18 a 62 años, a quienes se les aplicó el inventario de depresión de Beck (Beck, Steer y Brown, 2011) y una ficha sociodemográfica de creación propia.

Los cuidadores adscritos a un centro de larga permanencia son profesionales que cuentan con el conocimiento para brindar a la persona mayor apoyo y cuidado especial acorde con el problema de salud que presenta el paciente. Esta profesión absorbe en casi su totalidad el tiempo de los cuidadores debido a que residen en los mismos hogares y esto hace que muchos de ellos desplacen toda su atención hacia la persona mayor, ocasionando en ellos frustraciones, vacíos y tensiones donde se verán perjudicados tanto física como mentalmente.

Como el mismo título lo indica, la atención de esta investigación se dirigió a los cuidadores pero no precisamente en cuanto a su desempeño ético y laboral, sino sobre el estado depresivo que los cuidadores pueden tener como resultado de las repercusiones negativas que genera el no poseer estrategias de afrontamiento adecuadas al laboral este tipo de profesión. Esto posiblemente puede conllevar a problemas de diversa índole, no solo generando agotamiento físico sino también emocional, viéndose restringida la vida social, el desarrollo de las actividades de interés, angustia, dificultades para dormir, tristeza, puede presentar privación en la relación con el cónyuge e hijos, sentimientos de soledad y abandono por parte de sus familiares, entre otros. Cabe mencionar que los anteriores

síntomas son característicos de un cuadro depresivo. Cardeño, Ruiz, Morales y Quintero (2017) resaltan la importancia de la relaciones de convivencia que se establecen en la familia, lo cual enriquece los diálogos intergeneracionales y las futuras concepciones frente al cuidado. Al valorar la nueva generación el buen trato y el cuidado en las familias, se aporta a la reducción de estereotipos cuando se llega a la disminución de capacidades por el avance en la edad (Cardeño, Ruiz, Cortés, García, Morales, Quintero y Gennes, 2018).

16

Las necesidades que se desarrollan en el cuidador con base a todas las causas externas que este puede sobrellevar en su diario vivir y en su ámbito personal, las podemos ver evidenciadas en muchas investigaciones que concluyen que se generan en la vida del cuidador cambios negativos afectándolos. Entre los hallazgos encontrados en otros estudios revelan que se altera el entorno familiar causando aislamiento, sentimiento de tristeza, de castigo o de culpa, desinterés, en algunos puede verse afectado su desempeño laboral por la desmotivación que tienen hacia este, generando a su vez problemas económicos por reducción de ingresos o aumento de gastos. También se encuentran que muchos de los cuidadores empiezan a tener problemas de salud física como dolores articulares, cefaleas, alteraciones del sueño, infecciones cutáneas, cansancio, etc. (Bermejo & Martínez, 2004). Otras consecuencias que puede dejar esta labor se encuentra reflejada en su salud mental conllevando a problemas de ansiedad, irritabilidad, sobrecarga y depresión.

Se considera de gran importancia la indagación y abordaje sobre el estado depresivo de los cuidadores adscritos en los hogares gerontológicos Madre Marcelina, Casa del abuelo y Nuevo Despertar para conocer cuáles son los síntomas característicos de la depresión

que se desencadenan en ellos y también los de mayor porcentaje en la muestra evaluada. Además, se resalta la importancia que los cuidadores tienen en la sociedad, y se espera que los resultados de esta investigación sirvan para buscar y crear mejores estrategias de afrontamiento para los cuidadores ante situaciones difíciles con sus pacientes y de esta forma podrían estar en mejores condiciones para dar un servicio de calidad. A su vez, se mejora el ámbito familiar y social de los cuidadores.

Hoy en día se detecta que este tema no ha sido abordado en su totalidad en el país, dejando así muchos vacíos, estigmas y poca importancia hacia esta problemática. Por ende, los resultados arrojados en esta investigación son de gran importancia para conocer cómo es el proceso que tiene el cuidador en el interior de los hogares gerontológicos y fuera de estos.

Cuidador es un término que se ha empleado desde la antigüedad y no estuvo ajeno a lo que hoy día lleva como significado, ya que en ese entonces era entendido como el arte de cuidar, en su proceso evolutivo la palabra cuidar vino entrando en relación con la mujer, ya que se considera que el cuidado es innato en ellas, en la madre que vela el sueño de su hijo y apacigua su dolor; en la hija que cuida a sus padres y hermanos, en la mujer que consuela y cuida a su hombre (Cormack, 2007).

Cuando surgen necesidades familiares o sociales, aparecen asimismo, roles específicos para suplirlas y satisfacerlas. Por lo tanto, para comprender el papel que desempeñan los cuidadores resulta importante conocer su pasado para así entender mejor el presente y visualizar el futuro. Cabe resaltar que la labor de cuidar es ejercida también por hombres, sin embargo es mucho más frecuente

que las mujeres sean quienes asuman la responsabilidad de cuidar a una persona que requiera atención especial, tal es el caso de las personas mayores en los hogares gerontológicos.

El rol de cuidar es ejercido a través de la historia, ya que siempre se requieren personas que se dediquen a velar por el bienestar de otros, en especial entre los mismos miembros de la familia. Ese papel lo han venido desarrollando tradicionalmente ciertos miembros de la familia generalmente mujeres, a la vez que dedicándose a las tareas del hogar. La posición que ha ocupado la mujer en la sociedad a través de los tiempos es la que ha marcado el paso del reconocimiento de la cuidadora en la sociedad.

18

Anteriormente, a las mujeres solo se les reconocía como aquellas encargadas de las responsabilidades del hogar, y por otro lado los hombres eran solo los que se responsabilizaban de la estabilidad económica y los que tenían la posibilidad de estudiar alguna profesión.

Adentrándonos en la actualidad los cuidadores se han afianzado con más fuerza en una sociedad que cada vez más necesita de ellas, sin embargo hay un tema muy importante que no se abordó en la antigüedad y que tampoco es muy mencionado hoy en día puesto que solo se habla de la labor que ellas cumplen al cuidar de otros, en este caso esta investigación se centró en las repercusiones que tienen para los cuidadores la atención de personas mayores, surgiendo interrogantes tales como, ¿quién se preocupa por ellas? ¿Quién se preocupa por su sentir, sus pensamientos, su estado de ánimo, sus necesidades?

Cabe resaltar que los cuidadores son personas de vital importancia en los hogares gerontológicos, ya que, dedican gran parte de su tiempo en la atención y el cuidado de los adultos mayores.

Los cuidadores son considerados pacientes ocultos, son quienes padecen la enfermedad en silencio, se caracterizan por presentar un cuadro plurisintomático que afecta todas las áreas de la persona con repercusiones médicas, sociales y económicas. Según una investigación, los cuidadores presentan más riesgo de ansiedad, depresión e índice de esfuerzo cuanto mayor es la dependencia física y el deterioro mental del paciente, menor el apoyo social y mayor el tiempo cuidando de este (Mora, Ortega, López & Pellicer, 2003).

El hecho de cuidar no está exento de repercusiones para la salud de la persona que cuida; estudios realizados en la población de enfermeras describen las manifestaciones y/o alteraciones en su salud asociadas al hecho de cuidar. Diversos autores especialmente desde el ámbito de las ciencias sociales, han estudiado esta problemática y han puesto de manifiesto la sobrecarga física y emocional que presenta el cuidador, pudiendo manifestarse lo que se denomina como el “síndrome del cuidador”, con el riesgo que este se convierta en un enfermo secundario (Roca, et al., 2000).

Trabajar con adultos mayores es una labor difícil para los cuidadores, ya que, por ser una población de mayor edad tienden a ser más exigentes y menos complacientes en cuanto sus gustos personales y los problemas de salud aumentan más la dificultad de trabajar con ellos. Algunos, se vuelven dependientes ya sea física o emocionalmente a la persona que los cuida. Siendo este, una de las razones del desgaste emocional y físico que repercute en la vida personal y familiar del cuidador. Se tienden a cansar más, tienen menos tiempo

libre, están con constantes dolores musculares, pierden el sentido del humor, alteran su vida familiar, bajan o ganan peso, dedican menos tiempo al cuidado personal etc., sin embargo hay un problema que las asecha con más frecuencia y el cual es motivo de nuestra investigación, puesto que los cuidadores debido a todo esa carga tensional que el ambiente laboral les genera tienden en el mayor de los casos a padecer de rasgos de estado depresivo, el cual les genera una disminución para interesarse o disfrutar de actividades, disminuyendo la capacidad laboral que a su vez va acompañado de tristeza, inseguridad, cansancio, baja autoestima y también presentan una visión distorsionada de la realidad.

20

En Colombia, buena parte de los estudios se han desarrollado con cuidadores de pacientes con diversas alteraciones mentales como el trastorno afectivo bipolar (Palacios-Espinoza & Jiménez-Solanilla, 2005) o algunas enfermedades crónicas (Vega, Mendoza, Ureña & Villamil, 2008). De igual modo, se han reportado relaciones significativas entre las manifestaciones de sobrecarga del cuidador y la presencia de depresión en cuidadores de ancianos dependientes (Ocampo et al., 2007).

Sin embargo, resultados más precisos en cuidadores de pacientes con demencia son menos frecuentes; resaltan los hallazgos de un estudio realizado en Bogotá con 73 cuidadores familiares (Arango-Lasprilla, Moreno, Rogers & Francis, 2009) entre quienes la presencia de manifestaciones depresivas y de sobrecarga por el cuidado se relacionó significativamente con los problemas de tipo emocional que expresaban los pacientes con demencia; igual situación se identificó con las problemáticas cognitivas y comportamentales de los pacientes que también se asociaron a la depresión y al estrés

en los cuidadores. Por su parte, en Estados Unidos, Covinsky et al., (2003), en una muestra de 5627 cuidadores de pacientes con demencia, reportaron que el 32 % de los individuos presentaba depresión, siendo mucho más frecuente entre los cuidadores más jóvenes (alrededor de los 65 años), de procedencia hispana y con menor nivel de formación educativa; estos autores muestran el desarrollo de la depresión en los cuidadores como un proceso complejo, ligado a las particularidades culturales e individuales de los cuidadores, así como a las características personales del paciente. Estos datos coinciden con lo descrito por otros estudios en los que también se han identificado relaciones significativas entre el padecimiento de depresión y el nivel de intensidad del desgaste producido por el cuidado del paciente con demencia (Takai et al., 2009).

En general, los estudios demuestran una estrecha relación entre las manifestaciones de depresión y la tarea de cuidado desempeñada cuando se trata de pacientes con enfermedades demenciales. Al respecto se relaciona el estudio de Mahoney, Regan, Ktona & Livingston (2005), quienes en una muestra de 153 cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer, hallaron que el 10,5 % presentaba depresión; asimismo, reportaron su salud como mala y expresaron pobreza en sus relaciones sociales. Los resultados de este estudio revelaron una importante relación entre la tarea de cuidar, la depresión y otras alteraciones emocionales como la ansiedad, así como la forma en que la pobreza de las relaciones tiene efectos importantes sobre la salud mental del cuidador. Otras investigaciones han mostrado promedios más elevados de depresión entre cuidadores de pacientes con demencia en comparación con los datos de Mahoney et al. (2005); Papastavrou et al., (2007) señalan la presencia de la alteración en el 65 % de los evaluados en un estudio

desarrollado con 172 cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer entre el 2004 y el 2005. En este estudio sobresale además el interés por identificar la función de los estilos particulares de afrontamiento frente a las exigencias del cuidado y el reconocimiento de que los individuos con mayor nivel de sobrecarga emplean estrategias centradas en la emoción ante los eventos estresantes, mientras que quienes tienen menor nivel de sobrecarga se centran más en el problema. Precisamente, una de las formas más equilibradas y funcionales para afrontar las condiciones adversas que plantea la labor del cuidado radica en la adquisición de habilidades adecuadas para el cumplimiento de rol de cuidador.

La depresión se ha convertido en una de las enfermedades más comunes en la sociedad presentándose con mayor incidencia en las mujeres. (OMS, 2020). Por estos y muchos más factores resulta importante indagar acerca del estado depresivo del cuidador y surge el interrogante acerca de ¿Cuál es el estado depresivo en cuidadores adscritos en los Centros de larga permanencia Madre Marcelina, Casa del Abuelo y Nuevo Despertar?

22

OBJETIVOS

Objetivo General

Describir el estado depresivo en los cuidadores adscritos en los Centros de Larga Permanencia Madre Marcelina, Casa del Abuelo y Nuevo Despertar en la ciudad de Barranquilla.

Objetivos Específicos

- Describir el estado de ánimo de los cuidadores

Estado depresivo en cuidadores adscritos a los centros de larga permanencia Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo de Barranquilla

- Describir los pensamientos de pesimismo, sentimientos de fracaso, insatisfacción, de culpa y sentimientos de castigo que experimenta los cuidadores.
- Describir si los cuidadores desarrollan sentimientos de odio a sí mismos, autoacusación y/o impulsos suicidas.
- Describir los períodos de llanto e irritabilidad de los cuidadores.
- Describir el aislamiento social y grado de indecisión de los cuidadores.
- Describir la percepción que tienen los cuidadores de su imagen corporal.
- Describir la capacidad laboral que tienen los cuidadores.
- Describir los trastornos del sueño, cansancio, pérdida de apetito, de peso, hipocondría y libido que experimentan los cuidadores.

23

REFERENTES TEÓRICOS

Actualmente una de las enfermedades más frecuentes y que envuelve a las personas es la depresión, que si bien es cierto, no mide ni discrimina entre género, edad, ni estatus social. La depresión es muy común porque existen diferentes factores predisponentes y situaciones que hacen a las personas vulnerables a que sean más propensas a desarrollar un cuadro clínico depresivo. Esta investigación se dirigió al estado depresivo en personas que ejercen la labor de ser cuidadores de adultos mayores debido a todas las implicaciones emocionales, físicas y psicológicas que esta genera.

Desde la antigüedad se ha hablado de la depresión, empezando por Hipócrates en el año 460-370 a.C (citado por Tapias, Morales, Cruz &

De la Rosa, 2000), quien fue uno de los primeros exponentes de este tema y lo que hoy se conoce como depresión, él lo definió “melancolía”, señalándola como una grave dolencia caracterizada por una intensa tristeza, originada por el efecto de la bilis negra sobre el cerebro. Hipócrates decía que la melancolía era un trastorno afectivo que provoca pérdida de vitalidad general, interés y energía que hace sufrir tanto al enfermo como a su familia.

A lo largo de los años la depresión ha tenido muchas connotaciones que han impulsado al estudio de esta como un grave problema de salud que de no ser tratado tendría graves repercusiones no solo a la persona que lo padece si no a la familia y a los que lo rodean en general, por lo que se ha indagado desde diferentes enfoques, modelos y teorías sobre sus causas, consecuencias, tratamientos, etc., todo esto con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

24

En la actualidad, la depresión es un tema investigado por muchos autores, según Bulut (2009) la depresión se define como “el estado de ánimo bajo, pérdida de interés o placer en la vida y en las actividades de tiempo libre, ocasionando en las personas que la padecen síntomas como falta de apetito, insomnio o hipersomnia, pérdida de energía, fatiga o cansancio, agitación psicomotora o retardo, sentimientos de culpa excesiva, falta de concentración, incapacidad para pensar y pensamientos suicidas”.

Por otro lado la OMS (2012), plantea que la depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando

tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es la cuarta causa de discapacidad en el mundo y para el 2020, dice la OMS (2012), será la segunda causa. Se llegó a la conclusión que los países con más ingresos tienden a tener altos índices de padecer depresión a comparación de los países con bajos ingresos, se encontró también que las mujeres tienen dos veces más riesgo de sufrir depresión que los hombres, y las personas que son viudas, separadas o divorciadas tienen tasas "significativamente más altas" de depresión que los casados. Demostrando así que esta enfermedad es un problema importante de salud pública en todas las regiones del mundo y está fuertemente vinculada a las condiciones sociales.

La población más afectada por esta problemática en su mayoría es el sexo femenino, quien por múltiples causas "innatas" tiende a padecer factores predisponentes para que la depresión aparezca más fácilmente. Según el estudio de la doctora García (2010), las patologías más frecuentes encontradas en mujeres fueron los trastornos del ánimo. Las mujeres presentan, en comparación con los varones, el doble de probabilidades de padecer trastornos mentales durante los años reproductivos, fundamentalmente depresión y ansiedad. La mayor vulnerabilidad de la mujer hacia la depresión depende de factores biológicos, psicológicos y socioculturales.

Podemos concluir en cuanto a las estadísticas que la depresión es un trastorno de salud mental muy frecuente, alrededor del 30 % de las personas que acuden a la consulta de un médico de atención primaria presentan síntomas de depresión (Coryell, 2018). Tampoco la edad es un escudo protector y aunque el rango en que se presenta

el pico de diagnóstico está entre los 20 y los 40 años, puede haber niños o mayores de 50 con depresión. (Duque, 2010).

Según, Batres (2010) las personas que sufren depresión pueden presentar al mismo tiempo otras enfermedades mentales lo que hace más complicado su tratamiento, las características comunes de la depresión son: decaimiento del ánimo, las personas suelen estar tristes, pierden placer e interés en las actividades, presentan sensaciones de vacío, ansiedad, irritabilidad y pierden disposición en la actividad sexual. Cambio en el pensamiento, disminuye la concentración, por un déficit en la atención. Propensión al pesimismo, experimentan culpa, ideación suicida e indecisión. Manifestaciones somáticas, la depresión se manifiesta en el organismo y los pacientes sufren fatiga, dolores musculares, alteraciones gastrointestinales, problemas del sueño y alteraciones en el apetito.

26

Es importante resaltar que todas las personas son diferentes, han vivido experiencias únicas y se desarrollan en contextos sociales y familiares distintos, por lo que cada individuo reacciona de manera diferente a la enfermedad, dependiendo de la personalidad del individuo y la situación en la que se encuentre, sin embargo cabe señalar que se tiende a confundir la tristeza, con la depresión. La tristeza es solo uno de los síntomas del trastorno depresivo, ciertamente uno de los más importantes pero, no es suficiente ni necesario para considerar que alguien tiene un cuadro depresivo. (López & Alcocer, 2007).

La depresión también es entendida según la perspectiva en la que se estudia puesto que muchos son y han sido los estudios que intentan comprender este trastorno de forma integral. (OMS, 2020).

Por último el modelo cognitivo, quien es planteado por varios autores en especial por Beck (2012), de quien establece sustento conceptual a esta investigación. Jervis & González (2005) cita a Beck, planteando que cuando la persona padece algún tipo de desorden psicológico o afectivo, estos esquemas interpretativos distorsionan la manera en la que percibimos los hechos, condicionando negativamente nuestros estados de ánimo y las estrategias con la que afrontamos las dificultades.

Beck (citado por Jervis, & González, 2005) define la depresión no como un trastorno afectivo, sino como una consecuencia directa de la deformación en el modo de pensar y razonar del sujeto. La falta de motivación, la pobre imagen de sí mismo, el afecto negativo o la pasividad son simples manifestaciones secundarias, consecuencias de este modo erróneo de interpretar la realidad y de actuar sobre ella. La depresión según Beck proviene de la activación de esquemas que dan lugar a modelos de pensamientos distorsionados y negativos en tres áreas personales interrelacionadas: la visión de uno mismo, del mundo y del futuro. De la activación de estos se derivan, tanto el humor depresivo como la sensación de desesperanza que sume a la persona en una actitud de apatía y pasividad.

La persona quien padece depresión tiende a tener ideas erróneas de sí mismo en su mayoría concepciones negativas, percibe su entorno peligroso del cual debe protegerse y considera el futuro como algo incierto y desalentador, por lo general las personas con depresión tienden a extraer conclusiones ilógicas debido a sus distorsiones cognitivas, "las cuales transforman la información que llega del exterior consiguiendo que los esquemas cognitivos permanezcan intactos, manteniendo la homeostasis". (Friedberg y McClure, 2005,

p.17). Por lo que Beck (citado por Ajjan, 1997), plantea que los pensamientos y creencias de las personas, son las causantes de sus estados emocionales. Beck expone que la depresión puede desarrollarse a causa de esquemas negativos, debido a que existen varias maneras en que una persona puede malinterpretar una situación, siendo estas las distorsiones que las personas depresivas cometen con mucha más frecuencia; el pensamiento de todo o nada, consiste en ver las cosas en términos dicotómicos; la abstracción selectiva, consiste en prestar atención a los detalles negativos para extraer conclusiones, ignorando aspectos positivos; la generalización excesiva, tendencia a creer que lo que le ha sucedido en un determinado momento, sucederá siempre de forma inexorable; la magnificación, en la importancia que se le da a los sucesos negativos y la minimización del valor dado a circunstancias favorables; el uso habitual de la autodescalificación a través de etiquetas despectivas utilizadas para definirse a sí mismo.

28

En conclusión la forma de pensar de las personas con depresión no se basa en una secuencia lógica de razonamientos donde los hechos constituyen una parte fundamental del proceso, sino una serie de creencias y actitudes activadas por esquemas disfuncionales, a través de los cuales construye un discurso negativo que da significado a cada situación. Por lo tanto cada persona a lo largo de su vida va teniendo experiencias que determinarán en un futuro la forma de actuar y responder ante las diversas situaciones que se le presenten, por lo que las situaciones en sí mismas no ocasionan depresión, sino la forma en que la persona las afronta y los esquemas mentales que haya construido.

Según Nkongho (citado por Ávila, García, & Gaitán, 2010) la habilidad del cuidado hace referencia a

la capacidad de ayudar a otros a crecer dentro de un proceso de relación que implica desarrollo, y asume que las habilidades esenciales del cuidado son: el conocimiento, el valor y la paciencia. Para el caso del conocimiento, sobresalen características como el predominio de sentimientos positivos, una actitud favorable por brindar atención y protección al paciente; en cuanto al valor se caracteriza por la presencia de una sensación de preocupación al saber que alguien depende de su cuidado. En la habilidad paciencia sobresale la predisposición a apoyar al paciente de forma empática. (p.74)

En los Centros de larga permanencia Madre Marcelina, Casa del Abuelo y Nuevo Despertar, donde se llevó a cabo esta investigación, los cuidadores adscritos a ellos tienen como pacientes a personas adultas mayores que presentan diferentes patologías tales como trastorno bipolar, Alzheimer, esquizofrenia y depresión. En el caso de los cuidadores formales de pacientes con alguna patología como el Alzheimer u otra demencia, en los cuales el desempeño cognitivo, funcional y el psíquico se ve deteriorado, la formación del cuidador resulta indispensable para brindar la más adecuada atención, porque estos pacientes necesitan mayor cuidado y requiere que los cuidadores hagan un esfuerzo extra para asumir las responsabilidades de velar por su bienestar.

La gran responsabilidad que genera el acto de cuidar la salud de una persona mayor, hace que el cuidador se sienta muchas veces cargado física y emocionalmente, con dificultades para dormir, muchos de ellos se sienten con nuevas obligaciones y a su vez con menor tiempo libre por lo que puede verse afectada su vida social, personal y familiar.

El grado del esfuerzo para cuidar a una persona de la tercera edad depende en cierto modo de la salud del paciente, entre más dificultades o impedimentos tenga el adulto mayor para realizar sus actividades diarias, mayor será la responsabilidad de los cuidadores; tal es el caso de los pacientes con demencias o alzheimer. Estas repercusiones se observan tanto en cuidadores formales como los informales.

Otras de las enfermedades que más se encuentra en pacientes de los hogares gerontológicos es el alzhéimer; las personas mayores que padecen esta enfermedad requieren de un cuidado especial ya que es una enfermedad progresiva que afecta a las actividades funcionales, por lo que es dependiente de un cuidador. En una investigación realizada por Valentini, Zimmermann, & Fonseca (2010) acerca de la depresión y ansiedad en los cuidadores de personas mayores que sufren de demencia tipo Alzheimer se evaluó la presencia de signos sugestivos de la depresión y la ansiedad mediante el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck. Los cuidadores mostraron signos sugestivos de alteración de la salud psicológica: depresión moderada y presencia de ansiedad grave. Los resultados muestran que el grado de depresión y ansiedad en estos cuidadores suele ser más alto si su paciente se encuentra en una etapa más avanzada de la demencia.

Por otro lado, Ávila et al. (2010) destacan que los cuidadores formales que cuentan con habilidades y estrategias para afrontar las repercusiones que tiene el acto de cuidar podrían estar menos propensos al desgaste emocional. Los autores consideran que la depresión se asocia más con los cuidadores con poca formación educativa o aquellos que son nuevos realizando esta labor. También,

que los cuidadores de pacientes con demencias están sometidos a esfuerzos físicos y psíquicos y la depresión es una de las más frecuentes alteraciones psicológicas y emocionales de estos.

Los anteriores autores realizaron una investigación con 32 cuidadores a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck (IDB) y entre los resultados se encontró:

La medición de la depresión permitió identificar promedios elevados de síntomas depresivos entre los cuidadores evaluados, pese a que estos presentan un buen nivel de habilidad para el cuidado. El 53,1 % de ellos no presenta manifestaciones depresivas, mientras que el restante 46,9 % presentó diferentes niveles de depresión, siendo el más frecuente la depresión leve (34,4 %), seguida de la depresión moderada (12,5 %), mientras que no se reportaron casos de depresión grave. Entre las manifestaciones depresivas halladas en la muestra sobresalen síntomas de intensidad leve de insatisfacción (50 %), irritabilidad (50 %), fatigabilidad (46,9 %) y preocupaciones somáticas (68,7 %). El síntoma de mayor nivel de gravedad es el bajo nivel de energía (25 % en intensidad severa)" (Ávila et al., 2010, p.78).

Diversos estudios muestran que muchas veces el acto de cuidar a una persona enferma o discapacitada genera cambios a nivel familiar, social y personal por parte del cuidador, entre las repercusiones negativas está la privación de relaciones interpersonales debido al poco tiempo libre, soledad, aburrimiento, desinterés de las actividades de diversión, y en numerosos casos se sienten aislados de la familia cónyuge e hijos. Según Silva, Ania, Alés, Junquera, Muñoz & Gonzales (2004) entre las consecuencias negativas que genera el

acto de cuidar aparece lo que se conoce como síndrome del cuidador, definiéndolo como “una serie de alteraciones físicas, psíquicas, sociales y laborales que surge en el cuidador (...) como consecuencia del desgaste producido por la tarea de cuidar” (p.178). Entre las alteraciones físicas se encuentra el dolor de cabeza, alteración del sueño, el cuidado propio de posponer primando el cuidado del enfermo; entre las alteraciones psíquicas se generan sentimientos de tristeza, irritabilidad, culpa; en las alteraciones sociales el cuidador tiende a aislarse socialmente y se da el abandono de responsabilidades familiares, y por último en las alteraciones laborales se puede generar una abandono del cargo.

32

Uno de los objetivos de esta investigación fue conocer cuál es el estado depresivo de los cuidadores adscritos en los centros de la larga permanencia Madre Marcelina, Casa del Abuelo y Nuevo Despertar, asimismo conocer cuál es el porcentaje predominante de los pensamientos de pesimismo, sentimientos de fracaso, insatisfacción, sentimientos de culpa y de castigo, sentimiento de odio a sí misma, autoacusación, impulsos suicidas, períodos de llanto, irritabilidad, el aislamiento social entre otros síntomas. Por lo tanto, resulta importante conocer diferentes hallazgos y resultados de otras investigaciones y estudios así como también las consideraciones teóricas de diversos autores acerca de la depresión en cuidadores.

Según el enfermero y sociólogo Carlos Bermejo & Mercedes Martínez (2004) en su artículo exponen que entre los factores que pueden influir y sirven para detectar de manera preventiva la sobrecarga del cuidador se encuentran: deterioro cognitivo y funcional de la persona cuidada; duración de la enfermedad, trastornos conductuales del paciente, parentesco próximo, la tensión intrapsíquica y tensión en el

desempeño del papel, estrategias de afrontamiento utilizadas, apoyo social, familiar y la motivación para el cuidar. Así mismo, los investigadores anteriores mencionados finalizan su artículo exponiendo que el ejercer esta profesión genera cambios en la vida familiar se pueden ver afectada las relaciones de pareja, alteración de las relaciones sexuales, aislamiento, pérdida de tiempo libre; problemas laborales como absentismo, problemas económicos por reducción de ingresos o aumento de gastos. Entre los problemas físicos está los dolores articular, cefaleas, alteraciones del sueño, infecciones cutáneas, cansancio. Por otro lado, los problemas psíquicos como la ansiedad, depresión, irritabilidad, sentimientos de culpa por no poder atender correctamente al paciente se observan en los cuidadores (Bermejo & Martínez, 2004).

Otro autor que considera que existen consecuencias negativas en los cuidadores es Torres (2007), quien afirmó lo siguiente:

33

la tarea de cuidar a un enfermo comprende a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y sociofamiliar, los cuales originan un auténtico síndrome que es necesario conocer y diagnosticar tempranamente para prevenir su agravamiento. En este proceso hay otros factores que pueden influir en la salud del cuidador, es decir se debe considerar el género, su edad, parentesco, tiempo de dedicación y otras cargas familiares, ya que estos elementos han demostrado influir en la aparición del síndrome (citado por Barrón & Aguilar, 2009, p.41).

Por otra parte los resultados de una investigación realizada con 79 cuidadores, tenía entre sus objetivos determinar la prevalencia de la depresión en la muestra evaluada, evidenciándose que el 40 % de los

cuidadores cumplió con los criterios para el trastorno depresivo con mayor probabilidad, aunque en menos de la mitad se encontró que existe un estado depresivo en cuidadores y además de esto existe una relación entre ansiedad y depresión. (Lehan, Arango, Macías, Aguayo, & Villaseñor, 2012).

También se realizó una investigación a cargo de Pawlowski, Tonantzin, Balbinot, Neves, Bozzetti & Ruschel (2010) donde se evaluó la presencia de síntomas depresivos en cuidadores de familiares con demencia en comparación con los no cuidadores. Participaron 84 cuidadores y 101 no cuidadores a quienes se les aplicó un cuestionario sociodemográfico y el Inventario de Depresión de Beck. Los cuidadores mostraron niveles más altos de síntomas depresivos en comparación con los no cuidadores. Encontraron niveles más bajos de los síntomas depresivos en las personas entre las edades de 65 a 83 años.

34

En cuanto a los factores motivacionales de los cuidadores en diferentes investigaciones realizadas se encontró en primer lugar lazos afectivos (73,8 %), después, los que lo hacían por estar cumpliendo un deber moral (24,6 %) y solo un pequeño porcentaje (1,6 %) perseguía algún interés material con el cuidado del enfermo (Espín, 2006).

Desde los puntos de vista de Cornachione, Urrutia & Ferragut (2005) establecen que cuando un cuidador intenta asumir las exigencias que genera el cuidado de una persona mayor que padece de una enfermedad progresiva como lo es la demencia tipo alzhéimer, estos deben adaptarse constantemente con la finalidad de aceptar los cambios y habituarse a diferentes comportamientos. Esta labor, puede hacer que los cuidadores se aislen de su vida social y que sean

propensos a sentir soledad y depresión. Entre los primeros síntomas de depresión se encuentra: estado de ánimo triste o desalentado, pesimismo sobre el presente, el futuro y el pasado, pérdida de interés en los hobbies, trabajo, vida social y sexo; dificultad para dormir, ideas suicidas, entre otros. De la Serna (2003) comenta que el conocimiento por parte de los cuidadores acerca del proceso del envejecimiento, sobre las diferentes patologías y enfermedades hace que soporten más su situación. Por lo tanto, los cuidadores de los hogares gerontológicos deben contar con la información suficiente para contribuir en la mejora de su paciente y a su vez son menores los niveles de frustración.

El "Síndrome del Cuidador" es descrito como un trastorno común que presenta una diversa cantidad de síntomas que inciden en la vida física, mental, emocional, social y económica que pueden llevar a trastornar la capacidad para atender a la persona a su cargo. Entre la manifestaciones del síndrome del cuidador se encuentra la sobrecarga, la ansiedad y entre ellas la depresión (Universidad Nacional de Colombia, 2008).

A partir de los diferentes hallazgos y resultados, se puede evidenciar que el acto de cuidar puede generar estado depresivo en cuidadores, así como también se muestra que existe una relación entre las variables depresión-cuidador y depresión-vejez. Se puede concluir que no solamente las personas mayores que asumen el papel de pacientes en una clínica gerontológica pueden padecer de un cuadro de depresión sino que también quien cuida de él, es decir los cuidadores geriátricos. Ahora bien, conociendo las repercusiones que genera esta labor y los cambios en las diferentes áreas de su vida, por ende para entender por qué la depresión puede ser más

propensa a desarrollarse en cuidadores gerontológicos, se deben explicar todos los aspectos y acontecimientos que competen a los adultos mayores, que son a los que cuidan estas personas, debido a que son estos acontecimientos que el cuidador debe enfrentar, atender y procurar mejorar en el anciano.

Ayala (2007) establece que al llegar a la vejez aparecen series de aprensiones y miedos desarrollados por las diferentes pérdidas de facultades, ya sean físicas, mentales y por ende motivacionales. Por lo tanto, se considera la etapa más temida para los adultos. El envejecimiento conlleva a una serie de modificaciones que afectan a los distintos sistemas corporales, como por ejemplo en el sistema nervioso, a estas edades se produce una pérdida de conectividad nerviosa caracterizada por una hipertrofia de las células; en lo que refiere a las situaciones psicosociales esta viene marcada por la disminución del soporte familiar, la pérdida de un estatus social y económico, mayor aislamiento social, menor capacidad para adaptarse a nuevas situaciones; en lo físico se presentan enfermedades físicas y fenómenos neurodegenerativos. Todos estos factores que atacan al período de la vejez hacen que se desarrolle con más facilidad un cuadro depresivo en el anciano; siguiendo este orden, Golfarb (citado por García, 2003) señalaba que el envejecimiento está mejor definido en términos funcionales como un proceso inevitable y progresivo de menoscabo de la capacidad para adaptarse, ajustarse y sobrevivir.

La senitud es la disminución de la capacidad funcional, física y mental, claramente manifestables y significativas. En otras definiciones Silvestre, Solé & Jodar (1995) tienen una nueva conceptualización acerca del concepto de vejez, al resaltar aún más el papel de

las condiciones sociales y psicológicas, como una etapa que no debe entenderse únicamente como un fenómeno estrictamente orgánico, sino que es un proceso más complejo en el que también interactúan variables sociales y psíquicas. Plantean que el envejecimiento del ser humano es un proceso caracterizado por la diversidad, donde los factores que la determinan están conformados por la herencia genética, el estado de salud, el status socioeconómico, las influencias sociales de la educación, la ocupación ejercida, las diferencias por generación y personalidad. Por lo tanto, es una etapa cambiante a lo largo de todo el ciclo vital.

Rice (1997), por su parte, desde una perspectiva de psicología del desarrollo señala que la vejez es un momento de ajustes particularmente a los cambios en las capacidades físicas, las situaciones personales, sociales y las relaciones.

37

Dentro de las cosas más representativas que pueden caracterizar a esta etapa, Erickson (1986) establece que en la vejez se da una crisis entre la integridad con desesperación y disgusto, donde el conflicto central se plantea entre dicha integridad que se refleja en el sentimiento de satisfacción que la persona presenta como reflejo de una vida productiva y la desesperanza, que se manifiesta en el sentimiento de que la vida tiene poco sentido o significado. La capacidad para valorar la propia experiencia y a uno mismo sería la manera correcta para sobrellevar la desesperación; cuando esta tarea resulta armoniosa el balance resulta positivo y proporciona sabiduría, que en esta etapa de la vida significa aceptar y comprender que la vida es el producto de las preferencias, el trabajo y la aceptación de lo vivido.

Además de esta crisis, Montañez & Latorre (2004) afirman que la persona mayor se encuentra arrollada en la marginación ya sea en

su familia, en la misma sociedad o a nivel laboral. Esto se puede ver en los ancianos que aun viviendo en sus residencias pierden gran parte del contacto y la convivencia familiar, situación que se da de manera mucho más fácil y rápida si el anciano se encuentra internalizado en un hogar gerontológico, esto a nivel familiar. En el ámbito social se da un fenómeno que ataca mucho más esta población e involucra a otras generaciones, la mayoría de los jóvenes representados en un 54,9 % piensan que ellos marginan a las personas mayores. Fomentándose un estereotipo negativo hacia la vejez; en esta marginación se involucra la invención de una vida moderna, una forma de vivir a prisa, casa pequeñas, ciudades no pensadas para los mayores, aparición de tecnologías que desconocen. Y también la concepción de amistad que tiene las nuevas generaciones donde se relacionan más con sus amistadas cortando las relaciones abuelo-nieto quitándoles autoridad y comunicación.

38

Zarragoitia (2003) retoma algunos factores de riesgo que se han descrito para la presentación de la depresión en los pacientes de la tercera edad, y que han sido explicados desde el punto de vista etiopatogénico, donde refiere lo argumentado por Freud (1968), quien plantea, la ruptura de la simbiosis con los objetos amados y que los procesos de separación-individualización no son realizados satisfactoriamente, con sentimientos de pérdida, inconformidad y tristeza. Pérdidas que están más asociadas y que se presentan con mayor frecuencia en la etapa de la vejez. Problema que también se puede ver sustentado por la idea de que los ancianos tienen de creer que es mejor la muerte de ellos mismos a la de otras personas más jóvenes. Por su parte Jung (1995), plantea que el anciano deprimido no logra un nuevo significado en la vida con dificultades en los procesos de adaptación a las demandas que impone la reorientación del

proyecto vital., la seguridad y la realidad, afectándose la autoestima e integración del Yo.

MÉTODO

Paradigma

Es una investigación de corte cuantitativo, con un paradigma empírico-analítico ya que se basó en fenómenos observables de la realidad. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Por tal razón, este estudio pretendió medir, cuantificar, verificar por medio de la observación directa los datos obtenidos de manera numérica a través del instrumento aplicado en los evaluados para obtener como resultado el estado depresivo de los cuidadores adscritos en los hogares gerontológicos Madre Marcelina, Casa del Abuelo y el Nuevo Despertar. El diseño de esta investigación es de carácter descriptivo, ya que su propósito no es precisamente explicar o profundizar en las causas o en las razones del estado depresivo que presentó en los cuidadores adscritos a los hogares gerontológicos Madre Marcelina, Casa del Abuelo y Nuevo Despertar sino más bien describir el estado depresivo que se encontró a través de los resultados del instrumento de medición que se aplicó en los cuidadores.

Población

La población total es de 23 cuidadores que laboran en los hogares gerontológicos Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo comprendidos entre los 18 y 62 años de edad. En lo referente a la muestra de esta investigación fue el 100 % de la población es decir la muestra fue conformada por 23 cuidadores que laboran en los hogares gerontológicos, Madre Marcelina, Casa del Abuelo y Nuevo Despertar.

El tipo de muestreo que se utilizó en la investigación fue no probabilístico, ya que la muestra no se obtuvo a través de una selección aleatoria ni mecánica, y toda la población tenían la misma posibilidad de ser escogida, puesto que se buscaba en la población características relacionadas específicamente con la investigación. (Gómez, 2006).

Sujeto o actores sociales

Entre las características sociodemográficas de los 23 cuidadores adscritos en los hogares gerontológicos Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo se encuentran las siguientes:

La muestra es conformada por 22 mujeres y solo 1 hombre, la mayoría de los cuidadores laboran en la clínica gerontológica Madre Marcelina, seguidamente en el Nuevo Despertar y por último Casa del Abuelo. La edad promedio de los evaluados es de 35 años, el estado civil más frecuente es soltero y en unión libre y el promedio de años de laborar como cuidadores de personas mayores es igual a 4 años.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para el abordaje de esta investigación se utilizó como instrumento de medición, el Inventario de Depresión de Beck (BDI), fichas sociodemográfica y la observación directa. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) para obtener la gravedad y la intensidad de los síntomas se emplearon ítems. Por medio los ítems evaluados se encuentra: sentimiento de culpa, pesimismo, sensación de fracaso y de castigo, insatisfacción, impulsos suicidas, aislamiento social, irritabilidad, imagen corporal, trastornos del sueño, período de llanto,

capacidad laboral, pérdida de peso y apetito, libido, odio a sí mismo, entre otros.

Validez

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz & Fernández-Hermida, 2010).

Fiabilidad

Sus índices psicométricos han sido estudiados, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad del test oscila alrededor de $r = 0,8$ (Vázquez & Sanz, 1991).

41

Ficha sociodemográfica

Se utilizó una ficha sociodemográfica con el objetivo de adquirir información personal de los cuidadores, como la edad, sexo, estado civil y tiempo de laborar, para así complementar las información obtenida en la prueba.

DEFINICIÓN DE VARIABLE

Definición conceptual

En esta investigación la variable “depresión” es tomada y concebida como lo plantea el Dr. Aarón Beck (citado por Jervis, & González, 2005) quien conceptualiza la depresión no como un trastorno afectivo, sino como una consecuencia directa de la deformación en el modo de

pensar y razonar del sujeto. La falta de motivación, la pobre imagen de sí mismo, el afecto negativo o la pasividad son simples manifestaciones secundarias, consecuencias de este modo erróneo de interpretar la realidad y de actuar sobre ella. La depresión según Beck proviene de la activación de esquemas que dan lugar a modelos de pensamientos distorsionados y negativos en tres áreas personales interrelacionadas: la visión de uno mismo, del mundo y del futuro. De la activación de estos se derivan, tanto el humor depresivo como la sensación de desesperanza que sume a la persona en una actitud de apatía y pasividad.

RESULTADOS

Siguiendo la concepción de la definición de depresión que señala Aarón Beck, quien fragmenta esta variable en sintomatologías y síntomas que sufren las personas que poseen un perfil depresivo, a continuación se presentan los datos encontrados en la población de estudio.

42

Análisis Estadístico

Tabla 1. Edad

N	Válidos	23
	Perdidos	0
Media		35,17
Mediana		32,00
Moda		24a
Desv. típ.		12,879
Rango		44
Percentiles	25	24,00
	50	32,00
	75	47,00

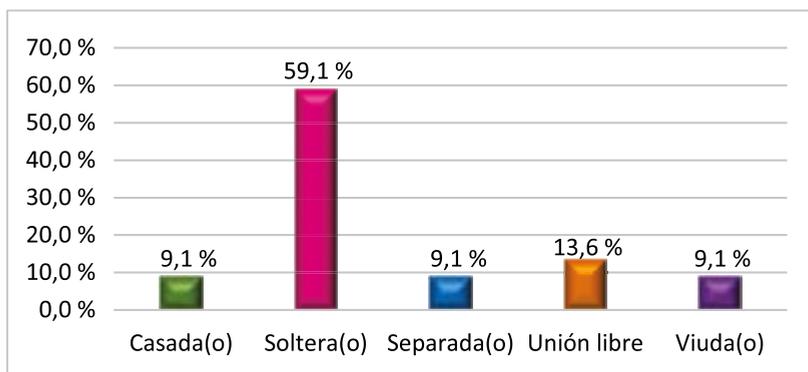
Estado depresivo en cuidadores adscritos a los centros de larga permanencia Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo de Barranquilla

Por medio del análisis estadístico de datos adquiridos de los 23 cuidadores encuestados, se encuentra que la edad promedio es de 35 años, quiere decir que este es el valor esperado si se toma aleatoriamente a un individuo, el 50 % de los encuestados tienen 32 años o menos y la edad de 24 años es el valor que más se repite. Tal como se muestra en la siguiente gráfica.

Tabla 2. Estado Civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Casada(o)	2	8,7	9,1
	Soltera(o)	13	56,5	59,1
	Separada(o)	2	8,7	9,1
	Unión libre	3	13,0	13,6
	Viuda(o)	2	8,7	9,1
	Total	22	95,7	100,0
Perdidos	Sistema	1	4,3	
Total		23	100,0	

Se muestra que la mayoría de las personas cuidadores son solteros, con un 59,01 %, continúan los que están en unión libre con un 13,64 %. Es decir, que el 72,74 % de los encuestados son solteros con hijos y viven en unión libre. Los que están casados, separados y son viudos, presentan el mismo porcentaje de 9,09%.



Gráfica 1. Estado civil

Tabla 3. Tiempo de Trabajo

N	Válidos	19
	Perdidos	4
Media		4,7588
Mediana		2,0000
Moda		4,0000
Desv. típ.		5,8730
Percentiles	25	0,6667
	50	2,0000
	75	7,0000

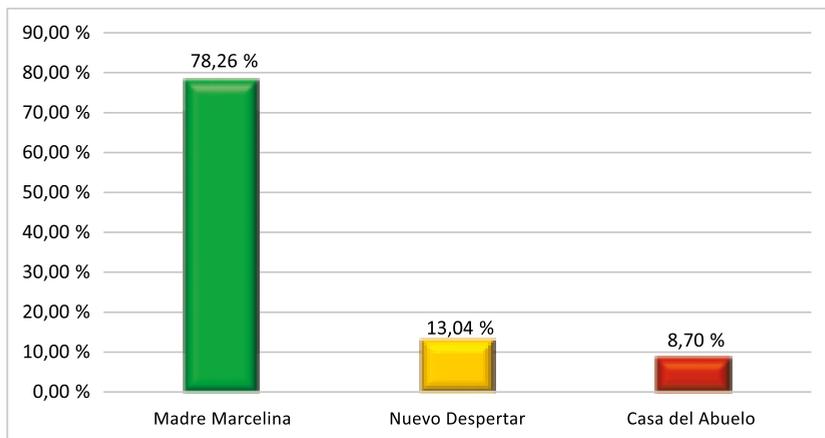
La tabla anterior, muestra el promedio de años de laborar como cuidador de personas mayores es igual a 4,75 años, quiere decir que este es el valor esperado del tiempo de trabajo si se toma aleatoriamente un individuo de la población. También indica que el 50% de los individuos encuestados tiene 2 años o menos de experiencia laboral en el oficio de cuidador y es muy frecuente que tengan 4 años de experiencia.

44

Se observan unos datos atípicos. Esto se debe a que existen tres cuidadores que tienen muchos años de estar en el oficio y otras que apenas están empezando.

En lo referente a los hogares encuestados, es claro que son mayoría Centro de Larga permanencia Madre Marcelina con un 78,26 % de los cuidadores, seguido del hogar Nuevo Despertar con un 13,04 % y el 8,70 % es conformado por los cuidadores del hogar Casa del Abuelo (Ver Gráfica 2).

Estado depresivo en cuidadores adscritos a los centros de larga permanencia Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo de Barranquilla



Gráfica 2. Centro de Larga Permanencia

En cuanto al estado de ánimo de los 23 cuidadores que se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck de los hogares Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo, el 69,57 % indicaron que no se encuentran tristes, el 17,39 % manifestaron que se sienten algo tristes y deprimidos y el 13,04 % sienten como una pena encima que no se la pueden quitar.

45

Tabla 4. Estado de ánimo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No me encuentro triste	16	69,6	69,6
	Me siento algo triste y deprimido	4	17,4	17,4
	Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar	3	13,0	13,0
	Total	23	100,0	100,0



Gráfica 3. Estado de ánimo

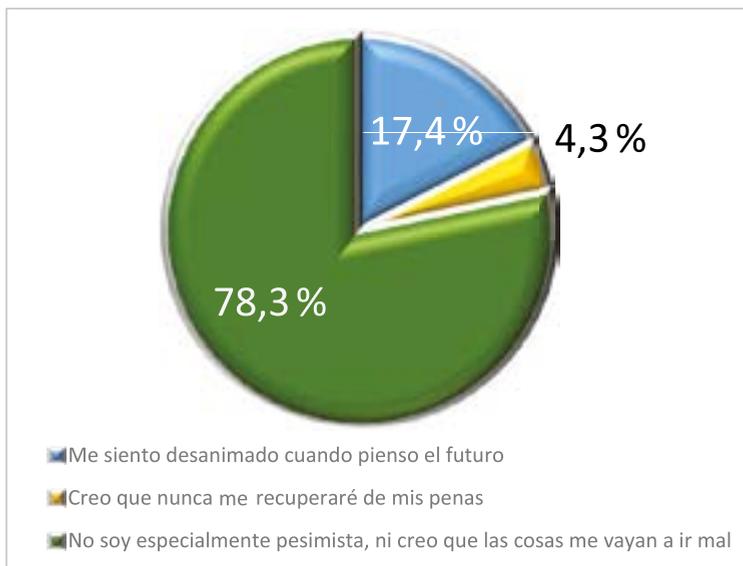
46

Tabla 5. Pesimismo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Me siento desanimado cuando pienso el futuro	4	17,4	17,4
	Creo que nunca recuperaré de mis penas	1	4,3	4,3
	No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal	18	78,3	78,3
	Total	23	100,0	100,0

El 78,26 % de la muestra, es decir de los 23 cuidadores de los hogares gerontológicos Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo indicaron no son especialmente pesimistas, ni creen que las cosas les vayan a salir mal; el 17,39 % se sienten desanimados cuando piensan en el futuro; el 4,35 % creen que nunca se recuperarán de sus penas.

Estado depresivo en cuidadores adscritos a los centros de larga permanencia Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo de Barranquilla



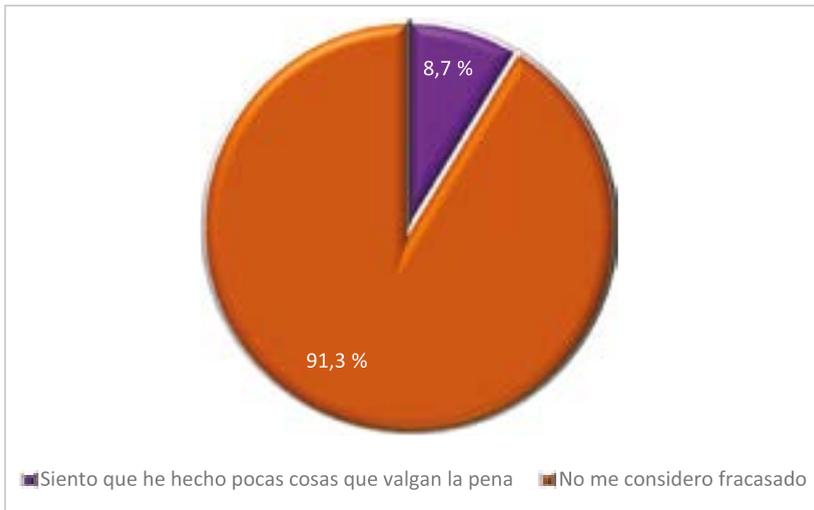
Gráfica 4. Pesimismo

Tabla 8. Sentimientos de fracaso

47

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena	2	8,7	8,7
	No me considero fracasado	21	91,3	91,3
	Total	23	100,0	100,0

El 91,30 % de los cuidadores evaluados manifestaron que no se consideran fracasados, y el 8,70 % sienten que han hecho pocas cosas que valgan la pena, conformando de esta manera el 100 % de la muestra.



Gráfica 5. Sentimientos de fracaso

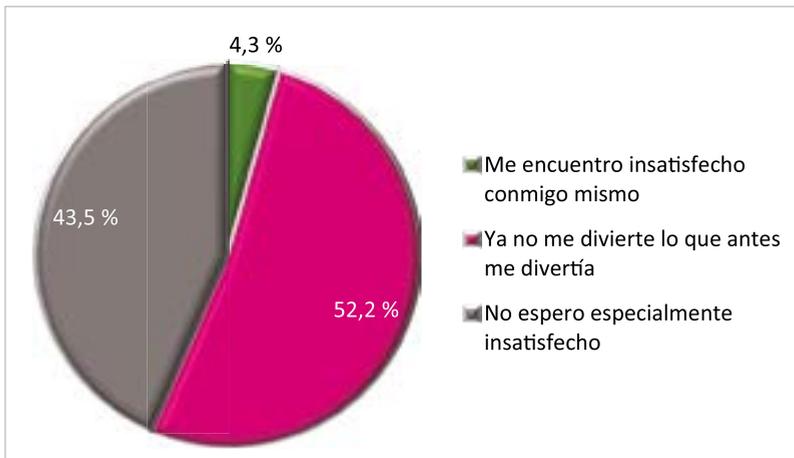
Tabla 9. Insatisfacción

48

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Me encuentro insatisfecho conmigo mismo	1	4,3	4,3
	Ya no me divierte lo que antes me divertía	12	52,2	52,2
	No me siento especialmente insatisfecho	10	43,5	43,5
	Total	23	100,0	100,0

La gráfica anterior muestra que el 52,17 % de los cuidadores evaluados por medio del inventario de Depresión de Beck sienten que ya no los divierte lo que antes los divertía; seguidos de un 43,48 % manifestaron que no se sienten especialmente insatisfechos, y el 4,35% se encuentran insatisfechos consigo mismos.

Estado depresivo en cuidadores adscritos a los centros de larga permanencia Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo de Barranquilla



Gráfica 8. Insatisfacción

Tabla 10. Sentimientos de culpa

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	A veces me siento despreciable y mala persona	3	13,0	13,0
	Me siento bastante culpable	2	8,7	8,7
	Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable	1	4,3	4,3
	Me siento muy infame y despreciable	1	4,3	4,3
	No me siento culpable	16	69,6	69,6
	Total	23	100,0	100,0

El 69,57 % de los cuidadores que laboran en los hogares gerontológicos no presentan sentimientos de culpas, otro 13,04 % manifiesta sentirse solo a veces despreciable y mala persona. Por otro lado el 8,7 % de esta muestra se sienten bastante culpables, el otro 4,35 % indicaron que todo el tiempo se sienten mala persona y despreciable; y el último 4,35 % se sienten muy infames y despreciables.

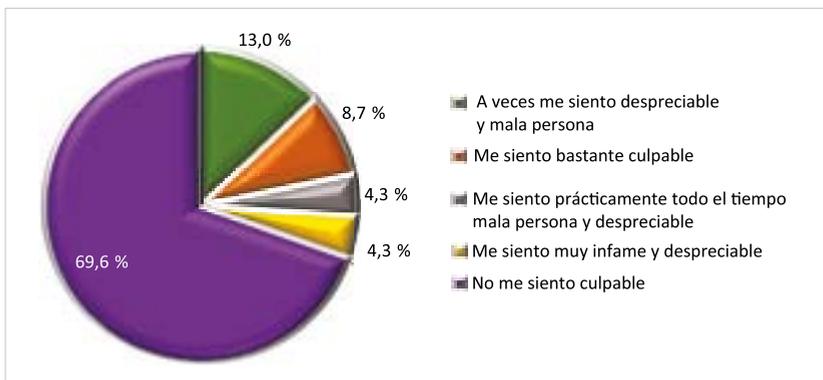


Gráfico 9. Sentimiento de culpa

Tabla 11. Sentimientos de castigo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Presiento que algo malo me puede suceder	3	13,0	13,6
	No pienso que esté siendo castigado	17	73,9	77,3
	Siento que me están castigando o me castigarán	1	4,3	4,5
	Quiero que me castiguen	1	4,3	4,5
	Total	22	95,7	100,0
Perdidos	Sistema	1	4,3	
Total		23	100,0	

El 77,27 % de la muestra no piensa que esté siendo castigado, el 13,64 % presiente que algo malo le puede suceder, un 4,55 % quiere que la castiguen, y el otro 4,55 % siente que lo están castigando o que lo castigarán.

Estado depresivo en cuidadores adscritos a los centros de larga permanencia Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo de Barranquilla



Gráfico 10. Sentimientos de castigo

Tabla 12. Odio a sí mismo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Estoy descontento conmigo mismo	2	8,7	8,7
	No me aprecio	2	8,7	8,7
	Estoy satisfecho de mí mismo	19	82,6	82,6
	Total	23	100,0	100,0

51

El 82,61 % de los cuidadores que se tomaron como muestras que se encuentran satisfechos de sí mismo. Por otro lado un 8,7 % está descontento consigo mismo y otro 8,7 % no se aprecia.

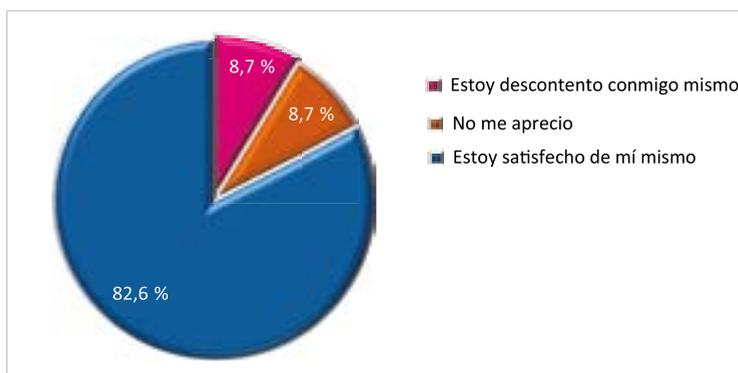


Gráfico 11. Odio a sí mismo

Tabla 13. Autoacusación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No creo ser peor que otros	13	56,5	56,5
	Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal	1	4,3	4,3
	Siento que tengo muchos y muy graves defectos	2	8,7	8,7
	Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores	7	30,4	30,4
	Total	23	100,0	100,0

El 56,52 % de la muestra no cree ser peor que otros, otro 30,43 % se critica mucho a causa de sus debilidades y errores, un 8,7 % se siente con muchos y graves defectos y el 4,3 % se acusa a sí mismo de todo lo que le va mal.

52



Gráfico 12. Autoacusación

Tabla 14. Impulsos suicidas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Tengo pensamiento de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo	1	4,3	4,3
	Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera	1	4,3	4,3
	No tengo pensamientos de hacerme daño	21	91,3	91,3
	Total	23	100,0	100,0

Estado depresivo en cuidadores adscritos a los centros de larga permanencia Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo de Barranquilla

El 91,3 % de la muestra no tienen pensamientos de hacerse daño, el otro 4,35 % tiene pensamientos de hacerse daño pero no llegarían a hacerlo, y otro 4,35 % siente que su familia estaría mejor si el muriera.



Gráfico 13. Impulsos suicidas

Tabla 15. Períodos de llanto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No lloro más de lo habitual	16	69,6	69,6
	Antes podía llorar, ahora no lloro aun queriéndolo	3	13,0	13,0
	Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo	3	13,0	13,0
	Ahora lloro más de lo normal	1	4,3	4,3
	Total	23	100,0	100,0

El 69,57 % de la muestra tomada manifestó que no llora más de lo normal, el 13,04 % antes podía llorar, ahora no llora ni aun queriéndolo, otro 13,04 % no puede evitar llorar continuamente y un 4,35 % ahora llora más de lo normal.

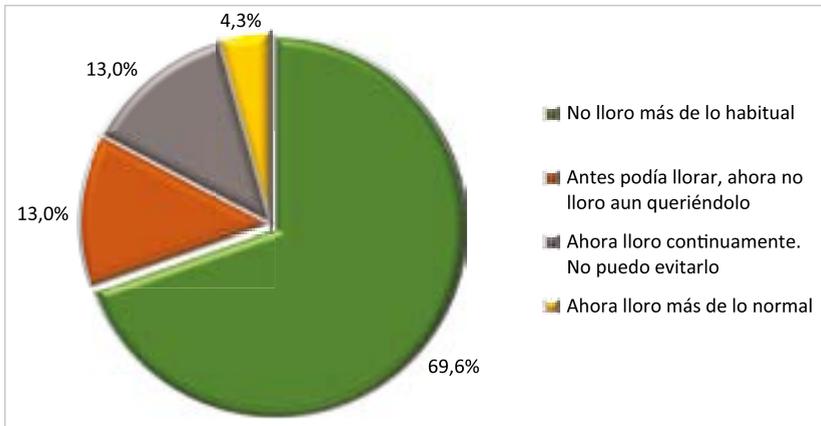


Gráfico 14. Periodos de llanto

Tabla 16. Irritabilidad

54

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No estoy más irritable que normalmente	12	52,2	52,2
	Me irrito con más facilidad que antes	5	21,7	21,7
	Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba	6	26,1	26,1
	Total	23	100,0	100,0

El 52,17 % de la muestra indicaron que no se encuentran más irritables de lo normal, el 26,09 % ya no se irrita por lo que antes le irritaba, y otro 21,74 % se irrita con más facilidad que antes.

Estado depresivo en cuidadores adscritos a los centros de larga permanencia Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo de Barranquilla

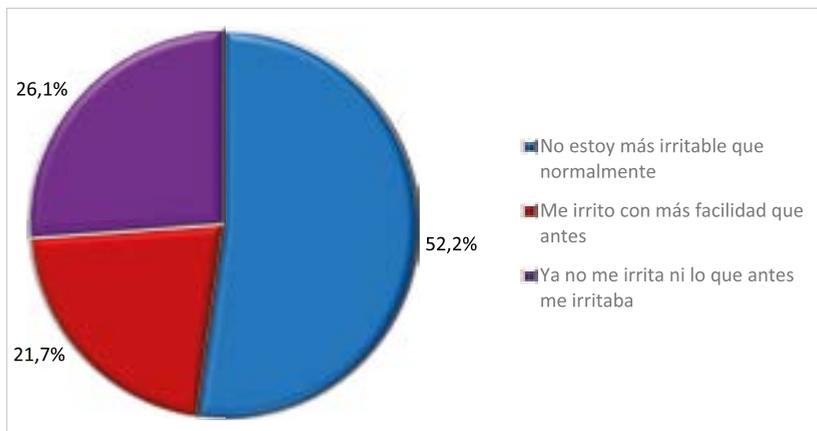


Gráfico 15. Irritabilidad

Tabla 17. Aislamiento social

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Me intereso por la gente menos que antes	3	13,0	13,0
	No he perdido mi interés por los demás	19	82,6	82,6
	He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos.	1	4,3	4,3
	Total	23	100,0	100,0

El 82,61 % de la muestra tomada indicaron que no han perdido el interés por los demás, el 13,04 % se interesa por la gente menos que antes y el otro 4,35 % ha perdido casi todo su interés por los demás y apenas tiene sentimientos hacia ellos



Gráfico 16. Aislamiento social

Tabla 18. Indecisión

56

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones	1	4,3	4,3
	Tomo mis decisiones como siempre	22	95,7	95,7
	Total	23	100,0	100,0

El 95,65 % de la muestra o indicaron que toman sus propias decisiones como siempre y por otro lado un 4,3% se siente inseguro de sí mismo y procura evitar sus propias decisiones.

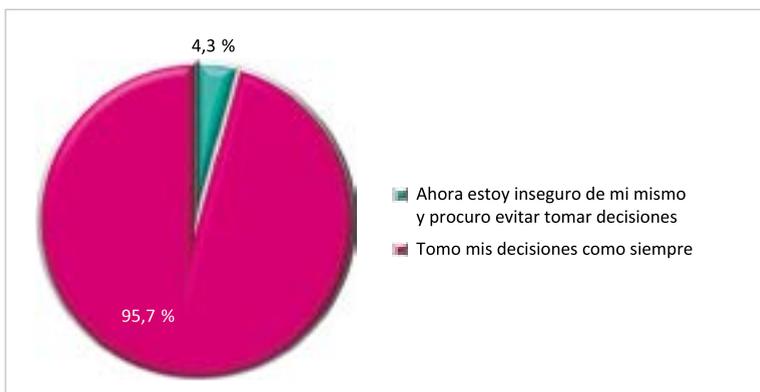


Gráfico 17. Indecisión

Estado depresivo en cuidadores adscritos a los centros de larga permanencia Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo de Barranquilla

Tabla 19. Imagen corporal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado	2	8,7	9,1
	No me siento con peor aspecto que antes	17	73,9	77,3
	Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable	3	13,0	13,6
	Total	22	95,7	100,0
Perdidos	Sistema	1	4,3	
Total		23	100,0	

Los cuidadores evaluados en los hogares gerontológicos Madre Marcelina, Nuevo Despertar y la Casa del abuelo, el 77,27 % consideran que no se sienten con peor aspecto que antes, el 13,64 % manifestaron que su aspecto físico los hace ver desagradables y por último el 9,09 % se encuentran preocupados porque se ven más viejos y desmejorados.

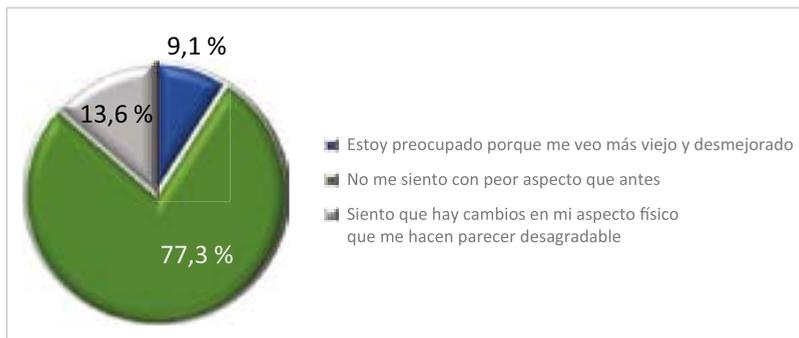


Gráfico 18. Imagen corporal

Tabla 20. Capacidad laboral

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Puedo trabajar tan bien como antes	20	87,0	87,0
	Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa	2	8,7	8,7
	No trabajo tan bien como lo hacía antes	1	4,3	4,3
	Total	23	100,0	100,0

El 86,96 % de los cuidadores adscritos en los hogares gerontológicos Madre Marcelina, Nuevo despertar y la Casa del Abuelo, consideran que pueden trabajar tan bien como antes, el 8,70 % manifestaron que tiene que esforzarse mucho para hacer cualquier actividad y por último el 4,35 % expresaron que no trabajan tan bien como lo hacían antes.



58

Gráfico 19. Capacidad laboral

Tabla 21. Trastornos del sueño

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
Válidos	Duermo tan bien como antes	12	52,2	52,2
	Me despierto más cansado por la mañana	2	8,7	8,7
	Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir	3	13,0	13,0
	Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche	2	8,7	8,7
	Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme	1	4,3	4,3
	Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas	2	8,7	8,7
	No logro dormir más de 3 ó 4 horas seguidas	1	4,3	4,3
Total	23	100,0	100,0	

Los cuidadores evaluados en los hogares gerontológicos Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo, el 52,17 % manifestaron que duermen tan bien como antes, el 13,04 % se despiertan

Estado depresivo en cuidadores adscritos a los centros de larga permanencia Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo de Barranquilla

unas 2 horas antes de lo normal y les resulta difícil volver a dormir, el 8,70 % de la población manifestaron que se despiertan más cansados por la mañana, otro 8,70 % de la población evidenció que tardan 1 o 2 horas en dormirse por las noches, seguido de otro 8,70% quienes manifestaron que se despiertan temprano todos los días y no duermen más de cinco horas, el 4,35 % comentaron que se despiertan sin motivo en la noche y tardan en volverse a dormir y por último otro 4,35 % manifestaron que no logran dormir más de 3 o 4 horas seguidas.



Gráfico 20. Trastornos del sueño

Tabla 22. Cansancio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Me canso más fácilmente que antes	2	8,7	8,7
	No me canso más de lo normal	21	91,3	91,3
	Total	23	100,0	100,0

El 91,30 % de los cuidadores de los hogares gerontológicos Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo, manifestaron que no se cansan más de lo normal, mientras que el 8,70 % restante consideran que se cansan más fácilmente que antes.

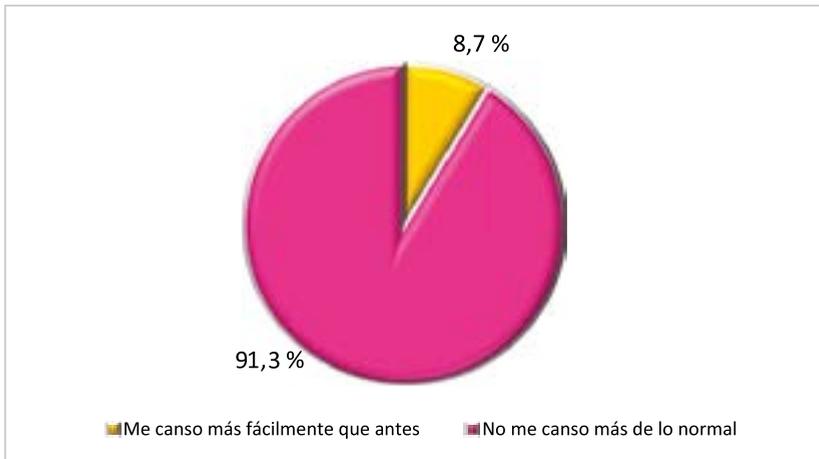


Gráfico 21. Cansancio

Tabla 23. Pérdida de apetito

60

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Mi apetito no es tan bueno como antes	2	8,7	8,7
	Mi apetito es ahora mucho menor	2	8,7	8,7
	Tengo el mismo apetito de siempre	19	82,6	82,6
Total		23	100,0	100,0

El 82,61 % de los 23 cuidadores adscritos en los hogares gerontológicos Madre Marcelina, Nuevo Despertar y la Casa del Abuelo, consideran que tiene el mismo apetito de siempre, el 8,70 % manifestaron que su apetito no es tan bueno como antes y por último otro 8,70 % mostraron que su apetito es ahora mucho menor.

Estado depresivo en cuidadores adscritos a los centros de larga permanencia Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo de Barranquilla

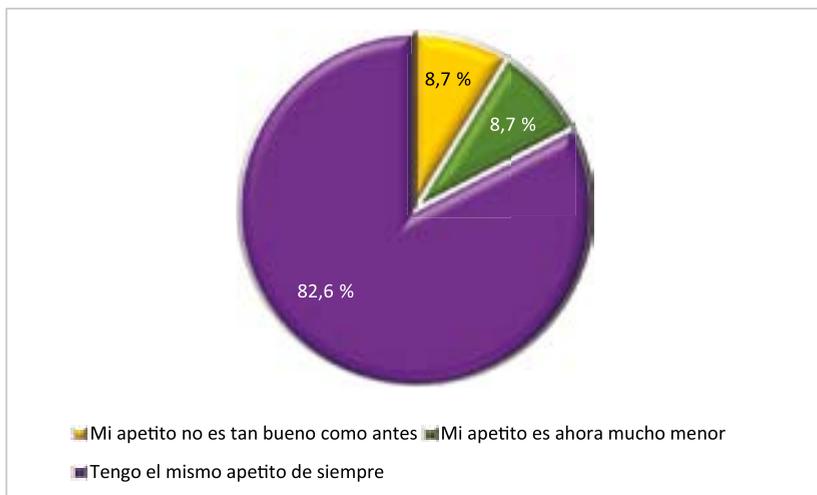


Gráfico 22. Pérdida de apetito

Tabla 24. Pérdida de peso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No he perdido peso últimamente	14	60,9	63,6
	He perdido más de 2,5 kg	6	26,1	27,3
	He perdido más de 5 kg	2	8,7	9,1
	Total	22	95,7	100,0
Perdidos	Sistema	1	4,3	
Total		23	100,0	

El 63,64 % de los cuidadores evaluados en los hogares gerontológicos Madre Marcelina, Nuevo Despertar y la Casa del Abuelo, manifestaron no haber perdido peso últimamente, el 27,27 % indicaron haber perdido más de 2,5kg y por último el 9,09 % de los cuidadores perdieron más de 5kg.

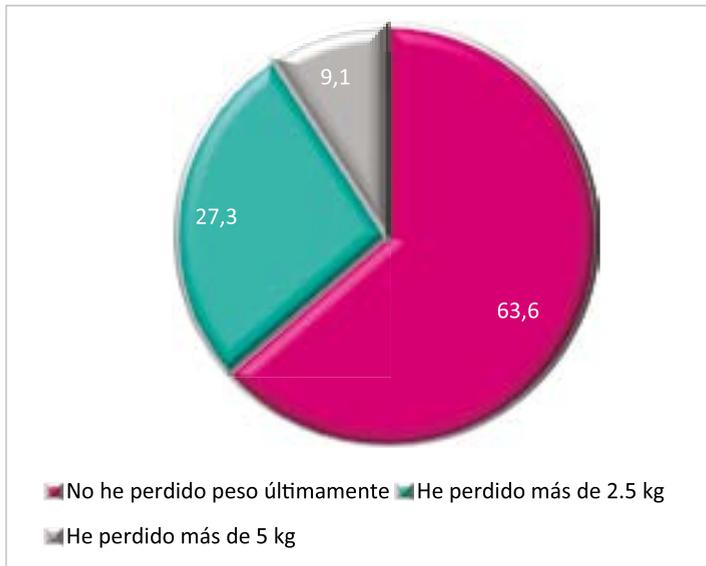


Gráfico 23. Pérdida de peso

62

Tabla 25. Hipocondría

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Estoy preocupado por dolores y trastornos	2	8,7	8,7
	No me preocupa mi salud más de lo normal	9	39,1	39,1
	Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro	12	52,2	52,2
	Total	23	100,0	100,0

El 52,17 % de los cuidadores evaluados en los hogares gerontológicos Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo, manifestaron que están constantemente pendientes de lo que les sucede y de cómo se encuentran, el 39,13 % de los cuidadores indicaron que no les preocupa su salud más de lo normal y por último el 8,70 % comentaron estar preocupados por dolores y trastornos.

Estado depresivo en cuidadores adscritos a los centros de larga permanencia Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo de Barranquilla

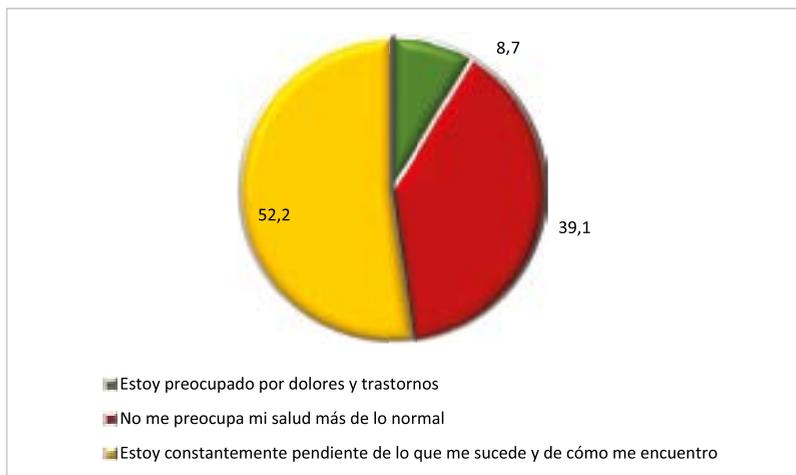


Gráfico 24. Hipocondría

Tabla 26. Libido

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	Estoy menos interesado en el sexo que antes	2	8,7	8,7
	He perdido todo mi interés por el sexo	2	8,7	8,7
	Apenas me siento atraído sexualmente	2	8,7	8,7
	No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo.	17	73,9	73,9
	Total	23	100,0	100,0

Los cuidadores evaluados en los hogares gerontológicos Madre Marcelina, Nuevo Despertar y la Casa del Abuelo, el 73,91 % de ellos manifestaron que no han notado ningún cambio en su atracción por el sexo, el 8,70 % comentaron que están menos interesados en el sexo que antes, otro 8,70 % de los cuidadores manifestaron haber perdido todo el interés por el sexo y por último otro 8,70 % comentaron apenas sentirse atraídos sexualmente.



Gráfico 25. Libido

Tabla 27. Cuestionario Alterno

v1	No me encuentro triste	73,9 %
	Me siento triste o melancólico	21,7 %
	Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo	0,0 %
	Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo	4,3 %
v2	No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro	78,3 %
	Me siento desanimado respecto al futuro	21,7 %
	No tengo nada que esperar del futuro	0,0 %
	No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar	0,0 %
v3	No me siento fracasado	91,3 %
	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas	8,7 %
	Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos	0,0 %
	Creo que como persona soy un completo fracasado	0,0 %
v4	No estoy particularmente descontento	65,2 %
	No disfruto las cosas como antes	34,8 %
	No encuentro satisfacción en nada	0,0 %
	Me siento descontento de todo	0,0 %
v5	No me siento particularmente culpable	87,0 %
	Me siento malo o indigno muchas veces	0,0 %
	Me siento culpable	13,0 %
	Pienso que soy muy malo e indigno	0,0 %

Estado depresivo en cuidadores adscritos a los centros de larga permanencia Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo de Barranquilla

v6	No me siento decepcionado conmigo mismo	87,0 %
	Estoy decepcionado conmigo mismo	0,0 %
	Estoy disgustado conmigo mismo	8,7 %
	Me odio	4,3 %
v7	No tengo pensamientos de dañarme	95,7 %
	Creo que estaría mejor muerto	0,0 %
	Tengo planes precisos para suicidarme	0,0 %
	Me mataría si tuviera ocasión	4,3 %
v8	No he perdido el interés por los demás	78,3 %
	Estoy menos estresado en los demás que antes	17,4 %
	He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos	4,3 %
	He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto	0,0 %
v9	Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes	91,3 %
	Trato de no tener que tomar decisiones	8,7 %
	Tengo grandes dificultades para tomar decisiones	0,0 %
	Ya no puedo tomar decisiones	0,0 %
v10	No creo que mi aspecto haya empeorado	91,3 %
	Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo	8,7 %
	Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo	0,0 %
	Siento que mi aspecto es feo y repulsivo	0,0 %
v11	Puedo trabajar igual de bien que antes	91,3 %
	Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo	4,3 %
	Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa	4,3 %
	No puedo realizar ningún trabajo	0,0 %
v12	No me canso más que antes	91,3 %
	Me canso más fácilmente que antes	8,7 %
	Me canso por cualquier cosa	0,0 %
	Me canso demasiado por hacer cualquier cosa	0,0 %
v13	Mi apetito es peor de lo normal	91,3 %
	Mi apetito no es tan bueno como antes	4,3 %
	Mi apetito es ahora mucho peor	0,0 %
	He perdido el apetito	4,3 %

DISCUSIÓN

En esta investigación referida a indagar sobre el estado depresivo en los cuidadores que laboran en centros de larga permanencia, donde se quiere hacer énfasis en las repercusiones, ya sean negativas o positivas, que esta labor puede generarles a estas personas, se recomienda a futuros estudiantes que tengan interés en trabajar este tipo de población, realizar investigaciones acerca de las estrategias de afrontamiento que estas utilizan para enfrentar todos los problemas que le acontecen debido a su trabajo. Al respecto se toma relevancia a lo expuesto por Beck (citado por Ajjan, 1997), quien menciona que la depresión puede desarrollarse a causa de esquemas negativos, donde se presentan frecuentemente distorsiones, ignorándose los aspectos positivos y magnificando los sucesos negativos, minimizando incluso el valor de sí mismos.

66

Lo anterior quiere decir que aunque los cuidadores de los hogares Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo no cumplen con los criterios de un cuadro depresivo, pero una parte significativa de la muestra presenta rasgos de estado depresivo. Sí se aprecia una sobre carga que como muchos estudios lo revelan la actividad laboral termina alterando su vida personal y marital. Valentini, Zimmermann & Fonseca (2010) encontraron que los cuidadores de personas mayores presentan signos sugestivos de depresión y la ansiedad, lo que altera su salud psicológica. Lo anterior se agudiza si los pacientes presentan demencias u otro tipo de problemáticas que exigen mayor cuidado. Al respecto Silva et al., (2004) enuncia la aparición del síndrome del cuidador, relacionando consecuencias negativas en las esferas físicas, psíquicas, sociales y laborales que generan la labor de cuidar.

A los hogares gerontológicos se les recomienda, la incorporación de un psicólogo de planta que esté disponible para atender las diferentes problemáticas que puedan presentar. Además tener en cuenta a la hora de incorporar cuidadores en estos hogares que ellos tengan una preparación profesional o técnica para esta labor, ya que de esta manera serán personas mejores preparadas a enfrentarse a cualquier situación que se le pueda presentar y se frustren o estresen. De igual manera ofrecerles talleres de capacitación sobre lo que es la depresión y cómo se da, para los manejos de los estados de ánimo. Ávila et al. (2010) destacan que la depresión se asocia más con los cuidadores con poca formación educativa o aquellos que son nuevos realizando esta labor. Por tanto, es importante su preparación previa, frente a los esfuerzos físicos y psíquicos que generará el cuidado de los pacientes.

A los cuidadores se les motiva no manejar horarios seguidos de trabajos ya que las jornadas podrían ser extenuantes y el tiempo de descanso estaría limitado, además utilizar el tiempo de descanso para hacer actividades de su interés y compartir tiempo con sus seres queridos. Tener en cuenta cambios de turnos. De esta forma ofrecer un clima de trabajo propicio que no contribuya a un agotamiento físico ni mucho menos a estados de ánimo críticos y que se puedan desenvolver de la mejor manera en este para responder a las altas responsabilidades que tienen. En muchos países no trabajan más de 6 horas por jornada.

67

CONCLUSIONES

Aarón Beck plantea que la depresión no es un trastorno afectivo por sí mismo, sino una consecuencia en la forma errónea de pensar y razonar de las personas, donde la falta de interés, cansancio,

alteraciones del sueño, etc., son manifestaciones secundarias. La depresión según Beck proviene de la activación de esquemas que dan lugar a modelos de pensamientos distorsionados y negativos en tres áreas personales interrelacionadas: la visión de uno mismo, del mundo y del futuro (Beck, citado por Jervis & González, 2005).

En conclusión, Beck plantea que la forma de pensar de las personas con depresión no se basa en una secuencia lógica de razonamientos donde los hechos constituyen una parte fundamental del proceso, sino una serie de creencias y actitudes activadas por esquemas disfuncionales a través de los cuales construye un discurso negativo que da significado a cada situación. Por lo tanto, cada persona a lo largo de su vida va teniendo experiencias que determinarán en un futuro la forma de actuar y responder ante las diversas situaciones que se le presenten, por lo que estas en sí mismas no ocasionan depresión, sino la forma en que la persona las afronta y los esquemas mentales que haya construido.

68

Por medio de los resultados obtenidos mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Steer, y Brown, 2011), aplicados en los cuidadores que laboran en los hogares gerontológicos Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo, se encontró que los altibajos en el estado de ánimo que ellos presentan son considerados normales, por lo que no corresponde diagnosticar que poseen un trastorno depresivo, debido a que no es congruente con la predominancia encontrada en la interpretación de los resultados estadísticos.

Dentro de los resultados más predominantes de acuerdo a los síntomas que evalúa el IDB se encuentra el estado de ánimo, en este un 69,57 % de la muestra indicó que no se encontraba triste. Por

otro lado, se puede analizar en los resultados que un 82,6 % de los cuidadores no presenta disminución del interés por los demás, ni han experimentado pérdidas significativas de peso un 63,6 % de la muestra, como tampoco el 52,2 % presenta.

En lo que refiere a la agitación o enlentecimiento psicomotor en su mayoría, es decir el 91,3 % de la muestra, indicó que no se cansan más de lo normal. De igual manera un 69,6 % de la muestra no presentaron sentimientos de inutilidad o de culpa y en cuanto a su capacidad para pensar o concentrarse y tomar decisiones un 95,7% de los cuidadores no se encuentra alterado. De la misma forma, el 91,3 % no tiene pensamientos recurrentes de muerte ni ideación suicida. Sin embargo, respecto a la insatisfacción de los cuidadores el 52,2 % de la muestra consideran que ya no le divierte lo que antes le divertía. Siendo este el único indicador donde predominó un síntoma negativo.

69

Para concluir, a pesar que los resultados más predominantes de la muestra no corresponden a un diagnóstico depresivo mayor, se observa que existen resultados desfavorables en algunos síntomas teniendo en cuenta el segundo porcentaje más alto. Es decir, que aunque el mayor porcentaje tomado no indique síntomas negativos, se observa que un porcentaje representativo presenta indicadores de un estado de ánimo depresivo. Tal como se observa en el sentimiento de culpa donde el segundo mayor porcentaje de los cuidadores gerontológicos representada con un 30,44 % indican sentirse a veces tristes, despreciables, o muy infames y otros porcentajes indican sentirse de esta manera todo el tiempo.

En lo referente a la autoacusación un 30,4 % indica criticarse mucho a causa de sus errores y debilidades. De igual manera un 47,84 %

presenta variaciones en su ciclo de sueño ya sea por limitaciones en los períodos de este o en variaciones de tiempos en los que duermen. Otro porcentaje significativo se encontró en pérdidas de peso donde un 36,36 % ha presentado pérdidas de peso entre 2.5 y 5 kg.

Lo anterior quiere decir que los cuidadores de los hogares Madre Marcelina, Nuevo Despertar y Casa del Abuelo no cumplen con los criterios de un cuadro depresivo, pero una parte significativa de la muestra presenta rasgos de estado depresivo.

70 Siguiendo la teoría del autor Aarón Beck y la interpretación de los resultados podemos concluir que la labor de ser cuidador no genera ni ocasiona depresión en quienes desempeñan este trabajo, ya que tal como lo plantea Beck la depresión no es producida por una situación específica si no por la forma en que es afrontada dicha situación, por lo que debemos tener en cuenta el entorno familiar y social en el que se desenvuelven estos cuidadores y los esquemas mentales que han elaborado, en gran medida es lo que determinara las diferentes estrategias de afrontamiento que posean los cuidadores a la hora de responder ante situaciones de estrés. Sin embargo, se debe resaltar que si bien la labor de cuidar no genera depresión, si es un factor predisponente dependiendo del interés y los gustos personales y de cómo los cuidadores elaboren la situación, esto influirá para que estas personas puedan o no presentar depresión en algún momento de sus vidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ajjan, D. (1997). *La curación natural del estrés, la ansiedad y la depresión*. Barcelona, España: Robinbook.

- Ávila, J., García, J. & Gaitán, J. (2010). Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(1), 71-84.
- Ayala, A. (2007). La depresión en el anciano. *Divulgación Sanitaria*, 6(7), 81-94.
- Barrón, S. & Aguilar S. (2009). Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Cancerología*, 4, 39-46.
- Batres, G. (2010, 23 de abril). *La depresión es más que tristeza*. [Web log post]. Recuperado de <http://www.giocondabatres.com/modules/news/article.php?storyid=10>
- Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao: *Desclée de Brouwer*. Recuperado de https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=WZz-DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=beck+cognitivo+&ots=Vm_bH8h5nA&sig=uOdHLwYeCY3atK-GkGooquWCpkGM#v=onepage&q=beck%20cognitivo&f=false
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2011). *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Recuperado de <http://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Bermejo, C. & Martínez M. (2004). Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. *Nure. Investigación*, 1(11), 1-7.
- Bulut, S. (2009). Late life depression: A literature review of late-life depression and contributing factors. *Anales de Psicología*, 25(1), 21-26.
- Canal, G. (2001). *Envejecer no es deteriorarse*. Bogotá: Panamericana.

Cardeño, G., Ruiz, P., Morales, Y. y Quintero, M. (2017). Representaciones sociales hacia la vejez en jóvenes universitarios. En A. Aguilar, A. Orozco y M. Jiménez, *Educación, desarrollo y representaciones sociales: estudios interdisciplinarios del Caribe* (pp.241-272). Barranquilla: Universidad Simón Bolívar.

Cardeño, G., Ruiz, P., Cortés, J., García, N., Morales, Y., Quintero, M. y Gennes, E. (2018). Resignificación de las representaciones sociales hacia la vejez. Un diálogo de saberes intergeneracionales: caso Colombia Barranquilla – Chile Chillan. En G. Cardeño y P. Ruiz. (Comp.), *Resignificación de las representaciones sociales hacia la vejez. Un diálogo de saberes intergeneracionales: caso Colombia (Barranquilla)-Chile (Chillan)* (pp.11-188). Barranquilla: Universidad Simón Bolívar.

Cormack, L. (2007). *Breve historia de la enfermería. Recopilación bibliográfica. Escuela superior de salud y ambiente*. Universidad Nacional del Comahue.

Cornachione, M., Urrutia A., & Ferragut, L. (2005). *Guía para el cuidado de ancianos con problemas*. Argentina: Brujas.

Coryell, W. (2018). *Depresión. Manual MSD*. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/es-co/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/depresi%C3%B3n>

Covinsky, K., Newcomber, R., Fox, P., Wood, J., Sands, L., Dane, K. & Yaffe, K. (2003). Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 1006-1014.

DANE (2019). *Informe estadístico Censo (2018)*. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/>

- De la Serna, I. (2003). *La vejez desconocida desde una mirada desde la biología a la cultura*. España: Díaz de Santos S.A.
- Duque, M. (2010, 28 de marzo). *Cuidado con la depresión. El colombiano*. Recuperado de http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/C/cuidado_con_la_depresion/cuidado_con_la_depresion.asp
- Erikson, E. (1986). *La adultez*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Espín, A. (2006). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000300008&script=sci_arttext.
- Freud, S. (1968). "Deuil et mélancolie". En: Gallimard (ed.) *Métapsychologie*. París: Gallimard.
- Friedberg, R. y McClure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con los niños y adolescentes: Conceptos esenciales*. Barcelona: Paidós.
- García, J. (2003). *La vejez. El grito de los olvidados*. México: Plaza y Valdez.
- García, M. (2010). *Trastornos del estado de ánimo en el puerperio: factores psicosociales predisponentes*. Universidad complutense, España.
- Gómez, M. (2006). *Metodología de la investigación científica*. Córdoba: Brujas.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. 5ta Edición. México, México D.F.: Editorial McGraw Hill.

Jervis, G. & González, J. (2005). Depresión: dos enfoques complementarios. Recuperado de <http://books.google.com.co/books?id=DGDnf2SQldAC&pg=PA37&dq=no+es+un+trastorno+afectivo,+sino+como+una+consecuencia+directa+de+la+deformaci%C3%B3n+en+el+modo+de+pensar&hl=es&sa=X&ei=-Vrp3UqXFMTmsATVIHYBA&ved=OCCwQ6AEwAA#v=onepage&q=no%20es%20un%20trastorno%20afectivo%2C%20sino%20como%20una%20consecuencia%20directa%20de%20la%20deformaci%C3%B3n%20en%20el%20modo%20de%20pensar&f=false>

Jung, C. (1995). *El hombre y sus símbolos*. España: Paidós.

Lehan T., Arango J., Macias M., Aguayo A. & Villaseñor T. (2012). *Distress associated with patients' symptoms and depression in a sample of Mexican caregivers of individuals with MS*. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23181579>

74

López, M., & Alcocer, I. (2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *Anales de Medicina Interna*, 24(5), 209-211.

Mahoney, R., Regan, C., Katona, C., & Livingston, G. (2005). Anxiety and depression in family caregivers of people with alzheimer disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(9), 795-801.

Mora, S. Ortega, J. López, M., & Pellicer, P. (2003). Perfil de riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Aten Primaria*, 32(2), 77-87.

Motanez, J., & Latorre, J. (2004). *Psicología de la vejez. Estereotipos juveniles sobre el envejecimiento*. Cuenca: Universidad de Catilla-La Mancha.

- Muñiz, J., & Fernández-Hermida, J. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo*, 37(1), 108-121.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *La depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Ocampo, J. M., Herrera, J. A., Torres, P., Rodríguez, J. A., Lobo, L. & García, C. A. (2007). Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colombia Médica*, 38(1), 40-46.
- OIT (2015). Trayecto Formativo: Cuidado y atención de personas mayores. Material de apoyo para la formación de cuidadoras y cuidadores de personas mayores. Buenos Aires: Organización Internacional del Trabajo, Oficina de País de la OIT para la Argentina. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_385635.pdf
- OMS (2020). *Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Pawlowski J., Tonantzin G., Balbinot J., Neves H., Bozzetti M., & Ruschel D. (2010). Depressão e relação com idade em cuidadores de familiares portadores de síndrome demencial. *Estudos de Psicologia*, 15(2), 173-180.
- Palacios-Espinoza, X. & Jiménez-Solanilla, K. (2005). Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*, 26(2), 195-210.
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H. & Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*, 58(5), 446-457.

Rice, P. (1997). *Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital*. México: Prentice-Hall.

Roca, M., Úbeda, I., Fuentelsaz, C., López, R., Pont, A., Gracia, L., & Pedreny, O. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención Primaria, 26*, 217-223.

Rojas, D. y Mendoza, A. (2017). Descripción y análisis del servicio que prestan algunos hogares geriátricos a los adultos mayores en Bogotá. (Tesis de pregrado, Universidad de La Salle) Recuperado de https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1226&context=administracion_de_empresas

Silva L., Ania J., Alés M., Junquera C., Muñoz D., & Gonzales J. (2004). *Enfermeros*. España: Editorial MAD.

Silvestre, N., Solé, N. & Jódar, M. (1995). *Psicología Evolutiva*. Barcelona: CEAC.

Tapia, M., Morales, J., Cruz, R., & de la Rosa, V. (2000). Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica. *Enferm, 8*(2), 87-90.

Takai, M., Takahashi, M., Iwamitsu, Y., Ando, N., Okazaki, S., Nakajima, K., Oishi, S. & Miyaoka, H. (2009). The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: relations to depression and quality of life. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 49*, e1-e5.

Universidad nacional de Colombia (2008). *Elementos de una guía para cuidadores de personas en situación de discapacidad*. Recuperado de: http://www.bdigital.unal.edu.co/2057/1/GUIA_PARA_CUIDADORES_DISCPACIDAD.pdf

Valentini I., Zimmermann N., & Fonseca R. (2010). Ocorrência de depressão e ansiedade em cuidadores primários de indivíduos

com demência tipo alzheimer: estudos de casos. *Porto Alegre*, 5(2), 197-217.

Vázquez C. & Sanz J. (1991). *Fiabilidad y validez factorial de la versión española del inventario de depresión de Beck*. Recuperado de: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/INVENTARIO%20DE%20DEPRESION%20DE%20BECK%20\(BDI\)/BDI_F.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DEL%20ESTADO%20DE%20ANIMO/INVENTARIO%20DE%20DEPRESION%20DE%20BECK%20(BDI)/BDI_F.pdf)

Vega, O. M., Mendoza, M., Ureña, M. & Villamil, W. (2008). Efecto de un programa educativo en la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad. *Revista Ciencia y Cuidado*, 5(1), 5-19.

Zavala, M. (2008). Problemas que enfrentan los cuidadores familiares. *Horizonte Enfermería*, 19(1), 75-79. Recuperado de http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/19-1/problemas_que_enfrentan.pdf

Zarragoitia, A. I. (2003). Depresión en la vejez. *Geriatricnet*, 5(2), 2-21.

Zepeda-Álvarez, P. J., & Muñoz-Mendoza, C. L. (2019). Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud. *Gerokomos*, 30(1), 2-5.

Capítulo 2

**Cuidadoras formales y su
relación familia y trabajo**

Margarita Cardeño-Sanmiguel¹
Yolanda Morales Castro²

-
- 1 Psicóloga. Magíster en Psicología Clínica. Especialista en Psicogeriatría Clínica. Docente e investigadora de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla. Miembro del Grupo de investigación Estudios de Género, Familias y Sociedad. <https://orcid.org/0000-0002-0003-9162>
gcardeno1@unisimonbolivar.edu.co
 - 2 Trabajadora social. Doctora en Ciencia Política. Magíster en Desarrollo Familiar. Especialista en Estudios Pedagógicos. Profesora del Programa de Trabajo Social de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla. Miembro del Grupo de investigación Estudios de Género, Familias y Sociedad. <https://orcid.org/0000-0002-4425-2328>
ymorales@unisimonbolivar.edu.co

Resumen

Este es un estudio que tuvo como objetivo explorar la relación que se establece entre las cuidadoras, sus familias y el trabajo que ejercen; fue desarrollada en el Hogar Madre Marcelina en el distrito de Barranquilla, con una muestra de 22 cuidadoras. El estudio fue guiado por el paradigma cualitativo, siguiendo el método de estudio de casos, se trabajó con el total de cuidadoras existentes en el centro Geriátrico y los directivos como unidades de análisis. Se utilizaron técnicas de corte cualitativo y cuantitativo, como la entrevista, la observación y el cuestionario, lo que conllevó a triangular e interpretar los resultados obtenidos. Encontrando que las cuidadoras se sienten a gusto con su rol, a pesar de que se encuentran mal remuneradas frente a la labor que desarrollan. Además, debido al poco tiempo que comparten con sus familias, estas las excluyen de sus proyectos, situación que las alteran emocionalmente, desmotivándolas en su trabajo y afectando su salud mental.

Palabras clave: cuidadoras formales, familia, hogar, geriátrico, trabajo.

Abstract

This is a study that aimed to explore the relationship that is established between caregivers, their families and the work they do, was developed at the Hogar Madre Marcelina in the district of Barranquilla, with a sample of 22 caregivers. The study was guided by the qualitative paradigm, following the case study method, we worked with the total number of caregivers in the Geriatric Center and the managers as units of analysis. Qualitative and quantitative techniques were used, such as interview, observation and questionnaire, which led to triangulation and interpretation of the results obtained. It was concluded that caregivers are comfortable with their job, even though they are poorly paid in the face of the work they do. Moreover, because of the short time they spend with their families, they exclude them from their projects, a situation that alters them emotionally, demotivating them in their work and affecting their mental health.

Keywords: formal carers, famil, home, geriatric, work.

INTRODUCCIÓN

El campo de acción del cuidador es el hogar, los centros de día, hospitales en casa, clubes, centros de jubilados, asilos y hogares Geriátricos y Gerontológicos. Esta investigación inició en el 2014 con el macro proyecto Perfil depresivo y demográfico en cuidadoras formales institucionalizadas en los hogares geriátricos del distrito de Barranquilla, donde se han desprendido trabajos haciendo uso

de las diferentes categorías de estudio y de sus resultados. En esta oportunidad se presentan dos categorías pertinentes en la labor de las cuidadoras como son la familia y trabajo las cuales están estrechamente ligadas con el sentir de las cuidadoras.

El estudio se soportó en una metodología de corte cualitativo y un enfoque metodológico de estudio de casos, donde se trabajaron técnicas cualitativas, con el apoyo de estrategias cuantitativas que permitieron el análisis específico de datos.

El capítulo muestra los resultados producto de la investigación relacionada con cuidadoras formales que atienden pacientes con Alzheimer y su relación familia y trabajo. El estudio se realizó con 22 cuidadoras que se encuentran adscritas a la Fundación Hogar Madre Marcelina ubicadas en el distrito de Barranquilla.

Se considera cuidado formal la asistencia a personas mayores que necesitan ayuda en las actividades de la vida diaria, y en la que concurre algunos de los siguientes criterios: el cuidado se provee sobre una relación contractual, a través de una organización, empresa e institución, se provee además desde las instituciones públicas y el contrato a través de las familias. (Rogero, 2010). Se tiene conocimiento que ciertos factores como la edad avanzada, condición laboral desfavorable e inadecuado apoyo social aumentan el riesgo de presentar problemas en la salud del cuidador.

Hay otras categorías que están asociadas específicamente con la depresión ya que es uno de los padecimientos más fuertes del cuidador cuando tienen a su cargo pacientes con demencia y éstas se relacionan con el género, edad, situación laboral, parentesco, tiempo de proveer cuidado, salud del cuidador, cambios en el comportamiento y personalidad del paciente. (Rodríguez, et al., 2010)

Las cuidadoras se mantienen en un constante estrés producto de la dinámica que a diario se presentan con su paciente y el querer resolver a control remoto los problemas o dificultades que se generan en su familia más aun cuando son madres cabeza de hogar.

Las personas mayores con Alzheimer en el hogar Madre Marcelina están a cargo de mujeres quienes por sus conocimientos y tradición se han dedicado a esta labor, siendo el género preferido seleccionado por sus familiares para el cuidado. Este hecho hace alusión al Feminismo donde la mujer es vista con mayores habilidades para cuidar, y atender a los miembros de la familia y el hombre trabaja fuera y es el proveedor económico.

OBJETIVOS

82

Objetivo General

Describir la relación entre las familias y el trabajo de cuidadoras adscritas a la Fundación Hogar Madre Marcelina en el distrito de Barranquilla.

Objetivos Específicos

Describir la demografía, salud, familia, trabajo y educación en las cuidadoras adscritas a la Fundación Hogar Madre Marcelina en el distrito de Barranquilla.

REFERENTES TEÓRICOS

Bucher y Giddens (2004) consideran que el cuidador formal es alguien que proporciona supervisión, cuidado directo y coordinación de los servicios. Las tareas del cuidador comprenden suministro de

soporte emocional, social y organización del cuidado sanitario de su paciente. Este segundo concepto complementa lo propuesto por el primer autor, al describir de forma puntual la labor que desempeña el cuidador formal.

Entre tanto ese cuidado directo que las cuidadoras les proporcionan a sus pacientes requiere de mucha paciencia, tolerancia, responsabilidad, prudencia, ética profesional y demás principios y valores que puede tener un profesional del cuidado, pero ante todo un ser humano, es decir, una cuidadora o cuidador formal debe ser una persona íntegra, la cual con su dedicación y desempeño debe propiciar el bienestar de su paciente involucrando a sus familiares. En su mayoría estas cuidadoras ejercen su labor por necesidad por ser de escasos recursos económicos, otras en cambio porque son apasionadas o les gusta ejercer este oficio.

83

Zavala (2008) afirma que los problemas comunes a los que se enfrenta el cuidador comprende la falta de respiro o alivio de la labor de cuidado, imposibilidad de cubrir las propias necesidades de cuidado como socialización, reposo, y conflicto en la unidad familiar. La intensidad y la complejidad del cuidado necesario imponen al cuidador un riesgo de niveles elevados de estrés. El cuidador puede desarrollar una sensación de no poder soportar la situación, con sentimientos de inadecuación, impotencia y depresión. El estrés del cuidador puede conducir a problemas emocionales, como depresión, ira, resentimiento y sentimientos de desesperanza e impotencia.

El oficio que realizan las cuidadoras está orientado a la búsqueda de ese "bienestar" para su paciente, en la mayoría de los casos terminan por abandonarse a sí mismas. Son muchos los problemas derivados de esta difícil labor, sin mencionar que existen unas enfermedades

que padecen los adultos mayores que degeneran más a su cuidador por la misma naturaleza y manifestación de la enfermedad tal es el caso del Alzheimer.

El cuidado y atención de un enfermo de Alzheimer es una actividad que implica numerosos riesgos, los cuidadores se van aislando socialmente y en más del 65 % apreciamos sintomatología depresiva: pérdida del interés, tristeza, pérdida del placer, inhibición, trastornos del sueño, melancolía, indefensión, desesperanza, culpabilidad, irritabilidad, apatía, anergia, anhedonia, entre otras. (Flórez, 2010, p.68).

El origen de todos los síntomas y afecciones que adquiere y desarrolla el cuidador en el cumplimiento de su oficio, se centra en la cantidad de tiempo que deposita en el cuidado del adulto mayor, lo que induce a pensar que este es el motivo por el cual se da el aislamiento social y la alteración de su ritmo de vida, lo que lleva a un cambio en el desarrollo de sus actividades normales incluyendo la relación con su familia y la sociedad en general, descuidando sus propias necesidades y deseos.

84

Hay que dejar claro que todos los cuidadores viven en la prestación de su servicio una experiencia diferente, esto quizás se debe a diversos factores, por ejemplo, al tipo de personalidad de la cuidadora, su formación profesional y su inteligencia emocional. También está el hecho de que hay unos que tienen cargas más livianas que otras, puede ser que unas disfrutan más lo que hacen porque es su verdadera vocación o porque finalmente en el centro geriátrico en el que trabajan las motivan y les aplican estrategias para mejorar su práctica profesional y contribuir a mantener una buena calidad de vida.

El cuidador por su trabajo sacrifica gran cantidad de tiempo que puede dedicar a su familia compartiendo actividades sociales y recreativas, pero la misma dinámica de su labor muchas veces impide tener ese acercamiento tan necesario y útil como es disfrutar en familia.

Las personas que ejercen la labor del cuidado pueden presentar una serie de alteraciones físicas y de salud como son quejas somáticas, el dolor crónico del aparato Locomotor, la cefalea tensional, las fatigas crónicas, la alteración del ciclo sueño-vigilia, el deterioro de la función inmune y enfermedades cardiovasculares. Los problemas de índole socioeconómica son otro de las alteraciones unido al conflictivo familiar. (Espin, 2009) las familias de los pacientes institucionalizado parecen no entender que el cuidador es un ser humano y necesita descansar dejándolos al cuidado del paciente por largas jornadas, situación que les afecta notablemente su salud. El cuidador abandona su propia familia por prestar el servicio de cuidar, convirtiéndose la institución en Familia de vínculo.

85

A la luz de la concepción sistémica, la familia es considerada el principal de los sistemas humanos, donde se cumple el desarrollo del individuo a través de sus funciones que hasta el momento ha sido intransferible adecuadamente a otras instituciones o sistemas (Quintero, 1997).

Este soporte teórico indica que los seres humanos que hemos vivido en familia necesitamos sentirla, observarla, participar de su dinámica, compartir sus anhelos y manifestaciones de afectos, de tal manera que muchas cuidadoras al estar alejadas de ellas sienten tristeza y dolor por no poder compartir el tiempo mínimo con ellas.

Diversos estudios muestran que los cuidadores o el hecho de cuidar a una persona, supone cambios que van desde alteración en sus

vidas a nivel personal, familiar, laboral y social hasta repercusiones negativas en su salud física y psicológica. (Bermejo, 2005).

Todas las personas en un momento dado han tenido situaciones difíciles en su relación trabajo, familia y salud, son tres categorías que están presente, lo importante es saber darle prioridad a cada una de ellas sin afectarse como persona. Lo que se observa en las cuidadoras es que prima la necesidad de conservar el trabajo o cumplir con su deber, dejando la salud a un lado y cuando quiera reaccionar ya puede ser tarde. Pero también dicha necesidad constituye para el cuidador la razón para ser resiliente ante las demandas de sus pacientes, al respecto de la resiliencia, Navarro, et al., (2019) refieren en los resultados de su estudio que, cuanto mayor es el nivel de sobrecarga percibida por la persona cuidadora, menor es esta. Ser una persona resiliente es indicador de eficacia en los cuidados realizados, menor agotamiento y afrontamiento positivo; beneficios que, en general, contribuyen a la mejora de la calidad de vida de la persona que presta los cuidados.

86

El cuidado pues está en el centro de las contradicciones de género entre mujeres y hombres, en la sociedad y en la organización antagónica entre sus espacios. El cuidado como deber de género es uno de los mayores obstáculos en el camino a la igualdad por su inequidad. De ahí que, si queremos enfrentar el capitalismo salvaje y su patriarcalismo global, debemos romper con la naturalidad del cuidado por género, etnia, clase, nación o posición relativa en la globalización (Lagarde, 2003).

El tema de género tiene un componente cultural arraigado que ha generado matices de desigualdad en tanto a las relaciones de poder, funciones laborales, remuneración y designación de los puestos de

trabajo entre otras. Unido aparecen las variables edad, diferencia de salarios. Sin embargo, los estudios concluyen que la permisividad, tolerancia y en muchas situaciones la carga emocional ha desarrollado el papel importante de cuidadora innata a la mujer, por ser la mayor prestadora de servicios de atención a la salud integral. (Canal, 2001).

El trabajo desarrollado por las cuidadoras no es fácil porque contiene muchas complejidades en la dinámica de su ejercicio, pero muchas veces vemos que la necesidad de tener un trabajo formal las inclina a mirar hacia acá, porque son pocas las oportunidades que se le brindan si no tienen una carrera profesional. Los hombres por su parte es la última opción que toman puesto que culturalmente las que siempre han cuidado son las mujeres y los hombres son vistos en otros oficios.

87

Muy a pesar de que existen políticas públicas que respaldan a la mujer en el ámbito laboral, social y político, todavía prevalecen desigualdades muy marcadas que impiden el desarrollo individual, intelectual y económico de la mujer, aún cobra sentido aquella división del trabajo en la que se le asigna a la mujer la parte doméstica y al hombre el área productiva, convirtiéndose esto en un factor que impide la realización personal de la mujer. Esta época contemporánea ha traído cambios que han favorecido al género femenino, pero se reconoce que predominan barreras culturales que no permiten avanzar en el logro de la igualdad de género (Morales y Vanegas, 2015, p.289).

La política pública relacionada con el empleo y familia no son garantía ante las necesidades colectivas de la sociedad y menos en estos momentos que ha aumentado el censo de inmigrantes en Colombia,

de tal manera que más serán las mujeres desarrollando este oficio con toda la carga emotiva que trae consigo.

METODOLOGÍA

La investigación se adelantó bajo el método de estudio de caso, enmarcado en el paradigma cualitativo, en donde el contexto en que se obtiene la información acerca del caso es fundamental para entender a la persona, el discurso, la forma en que se dice o lo que se calla. El investigador es sin duda parte de este contexto, la forma en que se aproxime a la persona que se estudia, la relación con ella, el género, el color de la piel, la posición económica, social o política. (Muñiz, s.f).

88

En la fase de recolección de información se utilizaron técnicas de uso cualitativo y cuantitativo; como la observación directa, la entrevista y la encuesta, lo que permitió obtener información necesaria a través de la triangulación para responder al objetivo de la investigación. Muñiz (s.f) menciona que la triangulación es una forma de validar un estudio de caso, lo que implica observar las concordancias o diferencias al utilizar varios enfoques o estrategias durante el estudio.

RESULTADOS

Las categorías de estudio se organizaron, permitiendo interpretar lo expresado por las unidades de análisis:

- **Categoría Demografía:** De la población de cuidadoras encuestada el 54,5 % es de Barranquilla, y el resto pertenecen a otras ciudades y municipios de origen, el promedio de

edad más alto se encuentra entre los 40 y 50 años y el 100 % son mujeres de estrato 1 y 2, donde el primero representa un 45,5 % y el segundo un 31,8 %.

- **Categoría salud:** Todas tienen acceso a la salud, la mayoría están afiliada al Sisbén y el 63,6 % manifiesta que no sufre de enfermedades crónicas.
- **Categoría educación:** El 40,9 % son bachilleres, el 31,8 % logró terminar una carrera técnica, el 45,5 % se ha seguido preparando en lo que trabaja y el 77,3 % le gustaría estudiar otra profesión.
- **Categoría familia:** El 45,5 % tienen más de cinco personas que hacen parte de su núcleo familiar, el 3,6 % tiene una relación cordial con sus familias, sin desconocer que un 13,6 % presenta disfuncionalidad en la dinámica familiar.
- **Categoría trabajo:** El 68,2 % tiene una buena relación con su paciente y con las familias de los adultos mayores; el 63,6 % de las cuidadoras no se siente satisfecha con la remuneración que recibe y el 68,2 % si tuviera la oportunidad de cambiar de trabajo lo haría.

Con relación a los directivos del Hogar Geriátrico Madre Marcelina, en su oportunidad respondieron mediante la entrevista, que el hogar cuenta con 22 cuidadoras que tienen estudios básicos para el cuidado, que la labor que desempeñan las cuidadoras afecta negativamente su salud debido a que su trabajo genera mucho estrés e irritabilidad.

Las directivas manifiestan que las cuidadoras reciben capacitación de la Universidad Simón Bolívar a través del semillero de investigación en temas relacionados con el adulto mayor y crecimiento personal.

El estar tanto tiempo como interna afecta su relación con la familia ya que no pueden estar en sus casas y se sienten impotentes al no poder resolver sus conflictos personales.

Las directivas conformadas por monjas afirman que el hogar geriátrico no tiene ningún vínculo laboral con las cuidadoras puesto que las contratan las familias, el hogar solo recomienda hojas de vida y todas de mujeres porque son la preferencia de la familia y de ellas como institución.

El nivel de motivación de las cuidadoras hacia su trabajo es muy bajo, pues trabajan en este oficio porque les toca y no tiene más opciones. Las cuidadoras no están de acuerdo con la remuneración que reciben por su trabajo.

90

Desde la observación directa las investigadoras pudieron interpretar que las cuidadoras aparentan más edad de la que tienen y no todas son de la ciudad de Barranquilla porque sus rasgos físicos y dialecto así lo indican. En su mayoría las cuidadoras reflejan agotamiento físico, estrés, poco ánimo, tristeza y se muestran algo desmotivadas.

No todas las cuidadoras hacen uso de un vocabulario técnico que indique han recibido formación en el trabajo que desempeñan, pero se expresan bien, utilizan un lenguaje común y se hacen entender.

La mayoría manifiesta tener una relación cordial con su familia sin embargo se observan inquietas por tener poco tiempo para compartir con sus seres queridos.

Las cuidadoras se muestran muy entregadas a su trabajo. Se observa que existe una buena relación entre las cuidadoras y su paciente,

un número alto de cuidadoras se siente inconforme con la remuneración que recibe, algunas trabajan en este oficio porque les gusta otras porque no tienen más posibilidades laborales.

DISCUSIONES

La función principal del cuidador es permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone.

Aunque el estudio muestra que la salud de las cuidadoras es buena, que tienen apoyo familiar y que para toda la muestra la familia es muy importante, falta más actualización en el área del trabajo siendo baja la motivación por este.

Los estudios muestran que la satisfacción marital es baja en todos los cuidadores hombres y mujeres. Por la demanda de tiempo y funciones tanto en cuidadores geriátricos y/o neonatales. (Andrade, 2008).

El grupo de cuidadoras debe lograr ciertas estrategias para evitar el estrés utilizando todos los recursos y las herramientas que ayuden en el cuidado. Canal (2001), agrega al respecto que como cuidadora innata, la mujer la carga emocional desarrolla un papel importante, por ser la mayor prestadora de servicios de atención a la salud integral. Se recomiendan algunas estrategias como:

- **Aceptar ayuda:** Preparar una lista de formas en las que otros pueden ayudarle y permitir que la persona que le ayudará elija qué le gustaría hacer.

- **Concentrarse en lo que se puede dar:** Piensa que está haciendo lo mejor que puede y tomar las mejores decisiones posibles en todo momento.
 - **Establecer objetivos realistas:** Dividir las tareas grandes en pasos más pequeños que puede hacer de uno a la vez. Priorizar, haz listas y establece una rutina diaria.
 - **Conectarse:** utilizar todos los recursos o ayudas que se encuentran en el entorno.
 - **Unirse a un grupo de apoyo:** Puede brindar validación y motivación, así como estrategias para afrontar situaciones difíciles. Las personas que asisten a los grupos de apoyo comprenden lo que estás atravesando; también puede ser un buen lugar para cultivar relaciones significativas.
- 92**
- **Buscar apoyo social:** Hacer un esfuerzo por mantenerse conectado con familiares y amigos que puedan ofrecer apoyo emocional sin prejuicios.
 - **Establecer objetivos personales de salud:** Encontrar tiempo para estar activo físicamente la mayoría de los días de la semana, mantener una alimentación saludable y beber una cantidad abundante de agua.

Muchos cuidadores tienen problemas para dormir. No dormir bien durante un período prolongado puede generar problemas de salud. Consultar al médico si se tiene problemas para dormir bien durante la noche es realmente importante, como poner vacunas correspondientes y realizar los diferentes chequeos necesarios. Bermejo (2005) menciona que los cuidadores o el hecho de cuidar a una persona, supone cambios que pueden afectar negativamente en su salud física y psicológica.

Quedando a partir de esto totalmente claro, que la labor del cuidador confiere muchas habilidades a nivel personal, social y académico y que a partir de ello y su buen desempeño traerán consecuencias positivas o negativas para ellas y sus familias.

Siendo en Colombia la situación muy similar las cuidadoras siguen siendo mujeres y en la mayoría de los casos no tienen ningún parentesco con la persona que cuidan.

CONCLUSIONES

Mediante la triangulación se pudo concluir los siguientes aspectos en cada una de las categorías de estudio:

Los datos demográficos dan cuenta que el cuidado en el hogar Madre Marcelina está a cargo de mujeres y en su gran mayoría son de Barranquilla o del departamento del Atlántico y su edad promedio es de 40-50 años. A las cuidadoras les gusta su trabajo, pero están inconforme con el tiempo de permanencia en el hogar geriátrico y la remuneración económica. No tienen ninguna relación laboral con el hogar situación que las hace más vulnerable en términos de estabilidad laboral.

La familia para ellas es importante, se mantienen estresadas porque quieren resolver los problemas familiares a la distancia, sienten que no pueden dedicarle el tiempo que se merecen y en ocasiones las excluyen de sus planes, situación que las mantienen preocupadas y tristes.

La salud física de las cuidadoras se muestra en buen estado, no manifiestan enfermedades crónicas, todas están afiliadas al régimen

subsidiado y asisten esporádicamente a citas médicas. Con relación a la salud mental se observa estrés, momentos de tristeza y soledad, situación que puede desmejorar la salud si no se previene a tiempo.

La educación de las cuidadoras es técnica, las capacitaciones que reciben por parte de otras instituciones y del hogar están más relacionadas con el crecimiento personal y es poco lo que se actualizan en el tema de cuidado.

Estas conclusiones permiten interpretar el sentir de las cuidadoras formales en relación a su familia y trabajo y como las otras categorías estudiadas inciden en su bienestar de manera transversal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

94

Andrade, P. (2008). *Satisfacción Marital en cuidadoras y Enfermeras Gerontológicas*. Trillas: México.

Bermejo, C. (2005). *Cuidar con cuidado*. Madrid: Clínica Complutense.

Bermejo, C. & Martínez, M. (2004). Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. *Nure. Investigación*, 11, 1-7. Recuperado de <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/216>

Bucher, L. y Giddens, J. (2004). *Enfermería médico quirúrgica: valoración y cuidados de problemas clínicos*. Madrid: Elsevier.

Espin, A. (2009). *Escuela de Cuidadores*. Cuba: Salud Pública.

Flórez, L. (2010). *Entrevista electrónica para portal de mayores*. Recuperado el 29 de agosto del 20019 de portalmayores@cchs.csic.es.

- Lagarde, M. (2003). *Mujeres cuidadoras: Entre la obligación y la satisfacción*. México. Recuperado en <http://webs.uvigo.es/>
- Morales, Y. y Vanegas, V. (2015). *Perfil sociodemográfico de cuidadoras formales y su relación con la familia. Capítulo IX. Matices y Horizontes de la investigación en trabajo social*. Ediciones Universidad Simón Bolívar.
- Muñiz, M. (s.f). *Estudios de caso en la investigación cualitativa. Universidad Autónoma de Nuevo León*. Recuperado de https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/1_estudios-de-caso-en-la-investigacion-cualitativa.pdf
- Navarro-Abal, Y., López-López, M. J., Climent-Rodríguez, J. A., & Gómez-Salgado, J. (2019). Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. *Gaceta Sanitaria*, 33(3), 268-271.
- Quintero, A. (1997). *Trabajo social y procesos familiares*. Editorial Lumen/Humanitas. 2 Ed. Buenos Aires. Argentina.
- Rodríguez, et al. (2010). Variables asociadas con ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes con enfermedades neurodegenerativas. *Arch Neurocién*, 15(1), 25-30.
- Rogero, J. (2010). *Los tiempos del cuidado: el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. España: Ministerio de Sanidad y Política Social, Secretaria General de Política Social y Consumo. IMSERSO.
- Zavala, M. (2008). Problemas que enfrentan los cuidadores familiares. *Horiz Enferm*, 19(1), 75-79. Recuperado de http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/19-1/problemas_que_enfrentan.pdf