

**PERCEPCION DE CALIDAD DE VIDA DE CUIDADORES PRIMARIOS DE  
ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDAD CRÓNICA Y DIAGNOSTICADOS  
CON CUADRO DEPRESIVO**

**Sebastián Viveros Arturo**

**Pontificia Universidad Javeriana  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Departamento de Ciencias Sociales  
Carrera de Psicología  
Santiago de Cali, Enero 2019**

## **Normativa**

**Artículo 23** de la Resolución No. 13 del 6 de Julio de 1946, del Reglamento de la Pontificia Universidad Javeriana.


“La Universidad, no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y la moral católica, y porque las Tesis no contengan ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

Nota de aceptación

---

---

---



---

Ana Marcela Uribe Figueroa  
Director del Trabajo de Grado



---

Diego Emiro Correa  
Jurado



---

María Cristina Quijano  
Jurado

Santiago de Cali, Febrero 2019

## Tabla de contenido

### Contenido

|  |    |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN.....                      | 1  |
| MÉTODO.....                            | 37 |
| <i>Tipo de investigación.....</i>      | 37 |
| <i>Diseño de la investigación.....</i> | 37 |
| <i>Tipo de análisis .....</i>          | 42 |
| <i>Participantes .....</i>             | 38 |
| <i>Instrumento.....</i>                | 43 |
| <i>Procedimiento.....</i>              | 44 |
| <i>Consideraciones éticas.....</i>     | 46 |
| RESULTADOS .....                       | 48 |
| DISCUSIÓN.....                         | 62 |
| REFERENCIAS .....                      | 76 |

## Tabla de tablas

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1. Categorías de análisis.....  | 40 |
| Tabla 2. Descripción sociodemográfica de los cuidadores.....                                    | 48 |
| Tabla 3. Resultados totales del instrumento de sobrecarga ZARITT aplicado a los cuidadores..... | 49 |

## RESUMEN

El objetivo del estudio es poder describir la percepción de calidad de vida de los cuidadores primarios de adultos mayores con enfermedades crónicas y diagnosticadas con cuadros depresivos. Este estudio es cualitativo, para esta investigación se entrevistaron a cuatro personas por medio de una entrevista semiestructurada, dichas personas se obtuvieron por medio del método de muestreo bola de nieve, antes de realizar cada entrevista se aplicó un instrumento de sobrecarga Zaritt. Como parte de los resultados, se obtuvo que el 100% de los cuidadores que participaron de este estudio evidencian apoyo familiar y no tener sobrecarga por cuidar al adulto mayor., de igual forma, todos expresan tener un buen trato por parte de la EPS a la que se encuentran afiliados, lo que contrasta de manera contundente con la realidad colombiana. A modo de conclusión, se tiene que la población de este estudio fue atípica por los diferentes apoyos con los que cuentan, que generalmente, no sucede en la cotidianidad colombiana. Por otro lado, por la dificultad que se tuvo para conseguir la muestra, se infiere que los médicos están pasando el diagnóstico por alto, por ende, muchos adultos mayores están siendo tratados por la enfermedad crónica y la depresión es la secuela de los síntomas de esa enfermedad.

*Palabras clave: cuidadores, necesidades, apoyos, familia, adultos mayores, enfermedad crónica, depresión.*

## INTRODUCCIÓN

La depresión es una de las causas de morbilidad general más común en todo el mundo, esta es una enfermedad que afecta a aproximadamente trescientos millones de personas en el mundo, esta cifra evidencia un incremento del dieciocho por ciento entre 2005 y 2015, afectando más a las mujeres que a los hombres y se caracteriza por los cambios del estado de ánimo habituales y las respuestas que cotidianamente se hacen hacia las emociones breves, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017).

Así pues, según la OMS (2017) la depresión es definida como aquella enfermedad en la que la persona o individuo pierde el placer o el interés por algo o alguien, trastorno de sueño o sensación de cansancio y un sentimiento de tristeza frecuente. Según Alberdi, Taboada, Castro y Vázquez, (2006) se entiende la depresión como una agrupación de síntomas afectivos tales como sentimientos y emociones, es decir, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar, también se presentan síntomas de tipo cognitivo, volitivo e incluso somáticos.

En este orden de ideas, dependiendo de la severidad con la que se presente esta enfermedad, puede llegar a ocasionar hasta el suicidio. De hecho, más del 90% de las personas en muchos países del mundo no reciben el tratamiento adecuado para la depresión, aunque no se niegan la existencia de tratamientos efectivos contra la mencionada enfermedad (OMS, 2017).

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) señala que, en el continente americano para el 2015 alrededor de cincuenta millones de personas vivían con depresión, cerca del cinco por ciento de la población. Sin embargo, el cincuenta por ciento de las personas con depresión no reciben tratamiento. Además, en promedio solo el tres por ciento del presupuesto de salud de los países se invierte en el tratamiento de enfermedades de salud mental, esta cifra varía entre los países de bajos ingresos con un uno por ciento y cinco por ciento en los países de altos ingresos.

Sumado a esto, a nivel mundial se ha evidenciado que la depresión conduce a más de setenta mil personas al año a suicidarse, razón por la que se empieza a realizar investigaciones detectando en Colombia para el año 2015 que del cien por ciento de personas con depresión moderada, aproximadamente el setenta por ciento que padecen dicha enfermedad son mujeres, mientras que el veinte y nueve por ciento son hombres, según se ha indicado en el Boletín de depresión Ministerio de Salud (MINSALUD, 2017).

Por otro lado, la depresión también ha afectado a diferentes poblaciones, entre éstas, se encuentran los adultos mayores. Siendo así, el envejecimiento poblacional crece con gran rapidez a nivel mundial, en especial en los países en vía de desarrollo, es por esto que según las Naciones Unidas (2009) para el 2020 el nueve por ciento de la población latinoamericana serán personas mayores de sesenta y cinco años. Dentro de este mismo informe se expresan cifras específicas para países como Brasil, Argentina, Chile y Uruguay estas cifras serán 9.6%, 11.9%, 12.1% y 15%, respectivamente. Para países como Ecuador y Bolivia se prevén cifras más bajas (ocho puntos ocho por ciento y cinco puntos ocho por ciento). En cuanto a Colombia según el Censo del 2005, se proyecta que para el 2020 la población de adultos mayores será de los 8.5% (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2007).

Dicho envejecimiento de la población vislumbra a una mayor demanda de los servicios de salud por parte de los adultos mayores, dado que es esta población la que presenta altas tasas de morbilidad y discapacidad. Dentro de las discapacidades



que presentan los adultos mayores encontramos la discapacidad motriz, visual, auditiva y mental, esta última se presenta con mayor frecuencia en la población de adultos mayores en forma de depresión, afectando el 10% de los individuos que reciben tratamientos ambulatorios, 35% de los que viven en hogares geriátricos y al veinte por ciento de las personas que se encuentran hospitalizadas (Castro, Ramírez, Aguilar y Díaz, 2006).

Así pues, en los adultos mayores la depresión es más frecuente y prevalece junto con la demencia entre los sesenta y cinco a los ochenta años. De acuerdo con la OMS, se estima que para el 2020 la depresión será el mayor problema de salud pública para esta población a nivel mundial (Romero-Gamarra, 2006).

De igual forma, el MINSALUD (2017) en su boletín de depresión del mes de marzo del 2017, manifiesta que los casos atendidos en Colombia por depresión moderada en adultos mayores de 65 años en adelante fue de aproximadamente diez mil personas al año. El anterior boletín también advierte que los picos más altos de depresión moderada se presentan entre los dieciocho y veinticinco años y más adelante entre los cuarenta y cinco y sesenta años.

Sin embargo, en el mismo boletín de depresión presentado por el MINSALUD (2017), se rescata que en la encuesta SABE 2014-2015 se obtuvieron resultados que llevaron a determinar que en los adultos mayores de sesenta años presentaban en promedio un 40% de síntomas depresivos pero dichos síntomas iban disminuyendo con el pasar de los años. Además, se evidenció que dichos síntomas pueden prevalecer en la medida que el estrato socioeconómico aumenta, mientras que el 33% de los adultos mayores del estrato uno (1) presentaban síntomas de depresión, en los estratos cinco (5) y seis (6) prevaleció el cincuenta y siete por ciento de manifestación de síntomas de depresión. Aunque se resalta que el 50% de los adultos mayores con depresión se encontraban en situación de desplazamiento por conflicto armado o por violencia (MINSALUD, 2017).

En cuanto a los datos locales el 40% de la población de adultos mayores residentes en la ciudad de Santiago de Cali presenta mala autopercepción de salud.

Los resultados de la investigación realizada por Ocampo et al., (2013) reflejan una asociación significativa entre la mala percepción de salud con el deterioro en las actividades básicas cotidianas físicas, el estado civil, presencia de enfermedades como la depresión, diabetes, auto reporte de fatiga, sedentarismo y disminución en la fuerza de agarre. En su gran mayoría las variables mencionadas corresponden a síndromes de fragilidad, que se manifiestan como disminución en la resistencia del individuo al estrés (Ocampo et al., 2013)

Ahora bien, el envejecimiento poblacional en Colombia trae consigo un fenómeno que está ocurriendo con mayor frecuencia y es ser cuidador primario de adultos mayores. Según los datos obtenidos por la encuesta SABE realizada en el 2015, los cuidadores son en su mayoría los hijos de los adultos mayores, las actividades que ayudaban a realizar con mayor frecuencia a los adultos mayores eran de tipo instrumental de la vida diaria, como la administración de medicamentos, ir al médico e ir de compras. Solo el doce por ciento realizaban cuidados especializados como manejo de sondas, equipo médico o terapias específicas (Ministerio de Salud, 2015).

Con respecto a la salud de las personas que realizan los cuidados, dos terceras partes de los cuidadores expresaron realizar las labores de cuidado por iniciativa propia. Expresaron que el tiempo dedicado diariamente a las actividades de cuidado oscilan entre una y veinticuatro horas; la mayor parte de los cuidadores que hicieron parte de la encuesta (ochenta y siete punto dos por ciento) realizan las labores de cuidado todos los días, por lo cual se evidencia la ausencia de tiempo libre o de ocio, resaltando la sobrecarga que se genera en los cuidadores (Ministerio de Salud, 2015).

Asimismo, la tercera parte de la población de cuidadores encuestados, señalan sufrir o haber sufrido síntomas, como malestar o dolor articular, dolor de espalda, cansancio o debilidad, dificultad para dormir, desaliento y pérdida de la memoria (Ministerio de Salud, 2015).

Por otro lado, para el mismo boletín informativo de la encuesta SABE, se establece que la afiliación a seguridad social más frecuente entre los cuidadores es el régimen de salud subsidiado con una cifra de 57%; en cuanto a la cotización en el fondo de pensión se encontró que los 84.9% de los cuidadores no cotizan en dicho fondo (Ministerio de Salud, 2015).

Así pues, dado que una de las variables analizadas de este estudio serán los adultos mayores, es necesario conocer cuáles son las etapas del desarrollo humano y los posibles motivos por los que un adulto mayor puede llegar a tener síntomas depresivos.

Para lo anterior, Bordignon (2005), expone los planteamientos de Erikson sobre el estado de crisis en la etapa de la vida de una persona, sugiere un estado de estancamiento o regresión en conjunto con un cambio o mantenimiento de las estructuras operacionales de cada individuo. Específicamente, Erikson plantea que cuando las personas llegan a la edad de 50 años o más, empiezan a revisar lo que ha pasado con sus experiencias de vida, lo que ha podido lograr, lo que han dejado escapar o lo que han llegado a construir. Dicho momento es definido como sabiduría, pero la crisis que se puede generar en estos años tiene que ver con la pérdida o la no integración de los valores generados a través de la experiencia.

Dicho en otras palabras, las personas que se encuentran en edades iguales o mayores a 50 años pueden propender a hacer una revisión de todo lo que ha sucedido en su vida y dependiendo de lo que se haya conseguido o no tienden a presentar síntomas depresivos por motivos de no consecución o de pérdida (Erikson citado por Bordignon, 2005).

Asimismo, el proceso de envejecimiento se manifiesta en una disminución progresiva y regular, que se da con la edad y el cambio de las funciones, que parecen tener un ritmo de crecimiento y decrecimiento propio dentro de la especie, por lo que se afirma que es genéticamente programado, no obstante, ampliamente afectado por el contexto social y las condiciones de vida, en estos mismos estudios, se plantea que el envejecimiento no es solamente la pérdida de las funciones, ya que al mismo

tiempo en el organismo se desarrollan mecanismos compensatorios que se oponen a este fenómeno (Popa, 2017).

La vejez es causada de forma ineludible por el proceso de envejecimiento y afecta al individuo en menor o mayor medida de acuerdo al proceso de vida de la persona, es decir, al tránsito que el individuo hace por las etapas anteriores del desarrollo, teniendo en cuenta en este proceso las enfermedades, hábitos y calidad de vida. La vejez puede ser catalogada como una enfermedad dado que en esta etapa de la vida se manifiestan de manera simultánea enfermedades degenerativas que se asocian como las metabólicas, las respiratorias y las cardiovasculares que de no tratarse pueden derivar en complicaciones que traen consigo limitaciones y hasta podrían ocasionar la muerte (Vázquez y Mila, 2014).

En cuanto a las afectaciones fisiológicas los adultos mayores presentan cambios en el sistema nervioso, estos cambios traen consigo modificaciones como: alteraciones en la atención y la concentración, disminución de la capacidad sensorial tanto auditiva como visual, disminución de los reflejos, falta de coordinación y equilibrio, disminución en la velocidad de las reacciones, lentitud en la formación y consolidación de los reflejos, prolongación del procesamiento del lenguaje, irritabilidad, inestabilidad emocional (Popa, 2017).

En este orden de ideas, es válido resaltar que el padecimiento de alguna enfermedad crónica también puede generar afectaciones psicológicas a los adultos mayores, pues según un estudio de Durán, Valderrama, Uribe, González y Molina (2010), la presencia de enfermedades crónicas se debe a los malos hábitos de vida, generando afecciones psicológicas con respecto al mantenimiento de dichos malos hábitos. Esta investigación fue realizada en Cali, Colombia y tenía como objetivo principal describir la frecuencia con la que un adulto mayor padecía una enfermedad crónica.

Los resultados de la investigación, realizada por Durán et al. (2010) obtuvieron datos sustanciales a nivel psicológico, evidenciando los cambios en el sistema nervioso, además los resultados muestra una relación de estos cambios con el

padecimiento de enfermedades crónicas, como la hipertensión. Por otro lado, se menciona que las afectaciones psicológicas que más se presentan en los adultos mayores son el miedo a la muerte, a la dependencia de otros y miedo a la invalidez.

En cuanto a las afectaciones psicológicas autores como Agudelo, Posada y Meneses, (2015) y Popa (2017) plantea necesario definir la vejez como una etapa de desarrollo caracterizada bajo dos grupos de condiciones (internas y externas), ya que el desarrollo del ser humano está mediado tanto por las condiciones ambientales, sociales como por las individuales y fisiológicas, estas condiciones propician la presencia de enfermedades crónicas a nivel físico y mental.

De este modo, al caracterizar las condiciones internas del adulto mayor se encuentran un gran número de aspectos los cuales no se encuentran frecuentemente en un solo sujeto. Por esto, se plantea de manera general que la estructura psíquica de los adultos mayores es relativamente estable y conserva sus principales características durante el período evolutivo. Se agrega que la reestructuración evolutiva que se produce en esta etapa no es únicamente un retroceso, en ella se producen nuevas formaciones que provocan la auto trascendencia (Agudelo, Posada y Meneses, 2015).

En el área cognitiva puede aparecer una disminución de la actividad intelectual y de la memoria como es el olvido de rutinas y las reiteraciones de historias, así como un deterioro de la agudeza perceptual. Por otro lado, en el área motivacional puede producirse una pérdida del interés por el mundo externo, lo cual causa la reducción en el número de intereses. Por lo contrario, aparece una tendencia a mostrar interés por las vivencias del pasado y por la revaloración de ese pasado. En cuanto al área afectiva puede producirse una alteración en el estado de ánimo general, prevaleciendo los componentes depresivos y diferentes temores ante la soledad y la muerte. También se evidencia sentimientos de insatisfacción consigo mismo y la poca capacidad para sentir placer (Popa, 2017).

Dulcey (2013) incluye dentro de su definición de vejez las condiciones internas, pero en ellas abarca el envejecimiento biológico o físico, definiendo el

envejecimiento biológico como un proceso en el que, con el paso del tiempo, se presentan cambios moleculares, celulares y orgánicos en el cuerpo humano que afectan las funciones del organismo, hay una pérdida de las capacidades funcionales y una disminución gradual de la densidad de los huesos, al igual que en el tono muscular y la fuerza, lo que impide el desarrollo normal de las actividades de la vida. Dentro de este mismo grupo de condiciones Huenchuan (2013) expone el envejecimiento cronológico definido por una edad específica, que generalmente se establece a partir de los 60 o 65 años, y que a menudo está relacionada con la edad que legalmente define la jubilación, es decir, con el rol social de los individuos en el mercado laboral, a partir de esto el autor vincula las condiciones internas y externas del adulto mayor.

Al hablar de las condiciones externas, Huenchuan (2013) manifiestan que se debe considerar que este aspecto de la caracterización del adulto mayor está relacionado con las especificidades de las circunstancias externas que marcan el desarrollo del individuo en esta etapa. En relación con esto, el elemento definitivo es el hecho de que entre los 55 y 60 años se produce la jubilación laboral lo que muchos casos representan someterse a unas condiciones de inutilidad social a la que no están acostumbrados. Si tenemos en cuenta que después de jubilarse, el adulto mayor vive como promedio de 15 a 20 años más, lo que significa aproximadamente la cuarta parte de la vida, tanto Popa (2017) como Huenchuan (2013) hallan este período de la existencia valorado socialmente como una etapa de desintegración y extinción, donde los adultos mayores se encuentran innecesarios o sobrantes para la sociedad.

Por otra parte se define el envejecimiento dentro de las condiciones externas a partir de los enfoques antropológicos, sociales y culturales, los cuales aseguran que la vejez es una construcción sociocultural con significados diferentes según la época, las sociedades y las culturas. Es decir que la edad “no solo tiene que ver con procesos biológicos, sino que es moldeada por normas y factores culturales y sociales” (Dulcey, 2013, p. 48). En oposición a lo planteado por Popa (2017) y Huenchuan (2013), Dulcey (2013) quienes exponen que la valoración social del adulto mayor necesariamente no debe ser negativa ni invalidante para los ancianos, esta valoración

dependerá de las características específicas del contexto sociocultural en el cual se desenvuelve el adulto mayor.

Así pues, de acuerdo con los estudios revisados se evidencia, que los cambios que se presenta durante la etapa de la vejez, tanto física como psicológicamente se reflejan en el tipo de valoración social y en la reacción que esta valoración tiene en los adultos mayores. De acuerdo con estos mismos estudios se considera necesario revisar los casos en los que al ser negativa la valoración social, esta provoca en los ancianos miedo a la muerte, a la invalidez y la dependencia, y cómo estas reacciones se relacionan con algunos síntomas depresivo en los adultos mayores.

Por consiguiente, un estudio realizado por Rodríguez, Sotolongo, Luberta y Calvo (2013), con el objetivo de caracterizar la depresión de los adultos mayores debido al poco dominio que presentan los médicos de familia en Cuba, se obtuvieron como resultados más relevantes que los síntomas de depresión después de los sesenta años pierden la diferenciación de género, lo que quiere decir que, se da casi igual entre hombres y mujeres. Además, el estudio muestra que la depresión se presenta con más regularidad en personas con un nivel de escolaridad bajo.

Como una solución a los síntomas de depresión presentados por las personas mayores de 60 años, Patiño, Arango y Zuleta (2013), manifiestan en su estudio que el ejercicio físico tiene una repercusión en los adultos mayores que presentan depresión, dentro de los resultados se evidenciaron como principal hallazgo el hecho de las reducciones significativamente altas de puntuaciones de depresión debido a la realización de ejercicios que involucraban la fuerza por parte de los adultos mayores. Lo anterior pone en evidencia uno de los factores protectores y detractores que se pueden encontrar en las personas que padecen la enfermedad de depresión. Rodríguez et al (2013), dejan entre líneas que a pesar de que la escolaridad podría ser un factor importante para el padecimiento de depresión por parte de los adultos mayores, el ejercicio que plantean Patiño et al. (2013) es un factor protector para los mismos adultos.

Asimismo, Fernández, Dávila, Moren y Pedraza (2008), habían manifestado en su estudio cuyo objetivo era determinar la prevalencia de la depresión en adultos mayores y su relación con los aspectos sociodemográficos de los mismos, se encontraron datos bastante similares a los que más adelante plantearía Rodríguez et al. (2013), pues se observó que la depresión en los adultos mayores aumentaba en cuanto el nivel de escolaridad era más bajo. Sin embargo, esta investigación optó por agregar a su estudio la presencia de una enfermedad crónica, encontrando relación significativa entre los 3 aspectos, el nivel de escolaridad, los aspectos sociodemográficos y la depresión.

Algo similar propusieron Téllez, Juárez-García, Jaime-Bernal y García-Cadena (2016), pues tenían como objetivo general de su estudio establecer cuál era la relación entre los factores de sueño y la depresión en los adultos mayores. En este estudio se encontró que las personas con síntomas depresivos con una puntuación mayor a seis en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDGY) presentaban síntomas de insomnio, somnolencia diurna, parálisis del sueño e indicadores de apnea.

Por otro lado, Taylor e Irizarry-Robles se plantearon como objetivo de un estudio realizado en 2015 determinar cuáles son los factores protectores de la depresión relacionada con autoeficacia, síntomas de depresión y escolaridad. En esta investigación, se encontraron datos relevantes que plantean algo similar a las anteriores investigaciones como la de Rodríguez et al. (2013), donde se expresa que a menor escolaridad mayores síntomas de depresión, pues Taylor e Izarry-Robles (2015) manifiestan que a mayor autoeficacia y escolaridad la depresión en los adultos de avanzada edad sería menor. Lo anterior, es plasmado en el estudio como el dato de mayor relevancia, pues confirma que uno de los factores protectores para depresión es el nivel de escolaridad y por ende el nivel de autoeficacia.

Una de las consecuencias que se mencionan son la asociación de la depresión del adulto mayor a diferentes enfermedades como la pérdida de peso, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca u osteoporosis. Además, se relaciona a la depresión con la mala autopercepción de la enfermedad por parte del adulto mayor.



En este mismo estudio, se menciona que los mecanismos de las asociaciones no son claros, aunque se explica la asociación de las emociones y la progresión de las enfermedades autoinmunes, que puede darse a causa de cambios en la naturaleza cuantitativa y cualitativa del sistema inmunitario. También se plantean similitudes entre la depresión y el síndrome geriátrico de fragilidad ya que en la parte fisiológica ambos han sido asociados al proceso de inflamación, donde el anciano es incapaz de soportar las agresiones externas, como cambio en el medio ambiente, infecciones o cirugías. (Aguilar y Avila, 2007).

Por consiguiente, la depresión está asociada a la definición de fragilidad como un síndrome biológico, causa de la disminución de la homeostasis y de la resistencia frente al estrés, que aumenta la vulnerabilidad y el riesgo de la progresión de las enfermedades, las recaídas, la discapacidad, o la muerte prematura. En cuanto a los síntomas, la depresión y la fragilidad comparten algunos como, el agotamiento, la pérdida de peso, el enlentecimiento y la disminución de actividades. De igual forma, los síntomas depresivos han sido asociados al deterioro de la función cognoscitiva, se considera la depresión como un estado que puede preceder a la demencia, años atrás la combinación de la depresión y el deterioro cognoscitivo se consideraba un factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer (Calderón, 2018).

Por otro lado, dentro de los hallazgos de la investigación realizada por Aguilar y Avila (2007) se plantea la diversidad en las consecuencias psicológicas y sociales de la depresión ya que puede retrasar o impedir procesos de acompañamiento y asistencia médica, dado que interfiere en el comportamiento de la persona hasta el punto en el cual esta no busque la atención médica necesaria. Asimismo, los síntomas depresivos pueden causar trastornos alimenticios y disminuir la participación en actividades que generan un buen estado de salud. Dentro de las conclusiones de este estudio, establecen que los adultos mayores deprimidos o con síntomas depresivos tienen mayor discapacidad física y social. Además, aseguran que el impacto de la depresión en las capacidades físicas puede ser similar al impacto de las enfermedades crónicas. También consideran que el efecto de la depresión es más

grave cuando los síntomas de este se combinan con los síntomas de otra enfermedad crónica (Aguilar y Avila, 2007).

Esta vinculación entre la enfermedad médica y los síntomas depresivos tiene serias implicaciones, ya que el seguimiento de los criterios de diagnóstico provocaría que múltiples pacientes no sean diagnosticados con depresión y, por lo tanto, no reciban atención especializada. Por esta razón es importante identificar y comprender con mayor profundidad la relación existente entre las enfermedades crónicas y la depresión, de tal manera que los síntomas puedan estimarse con mayor precisión. Esto permite contrarrestar el posible sesgo de sobre diagnóstico de enfermedades crónicas, que lleva a subdiagnosticar la depresión y, de igual forma, contribuye a que tampoco se pasen por alto síntomas físicos hasta el punto de incurrir en un sobrediagnóstico de la depresión (Calderón, 2018).

Teniendo en cuenta que las cifras plasmadas en esta revisión con respecto a la depresión no solo afectan a las personas que padecen la enfermedad, pues cuando un adulto mayor presenta síntomas de depresión existe una alta probabilidad de que consigo haya una persona encargada de sus cuidados, es importante conocer cuál es la situación de los cuidadores primarios.

De este modo, cuando se habla de las personas que ejecutan cuidados a un enfermo se plantea el término cuidador primario. Dicho cuidador, según Caqueo, Segovia, Urrutia, Miranda y Navarro (2013), tiene como principales funciones brindar un apoyo y acompañamiento al paciente que padece algún tipo de enfermedad, debe tener características ligadas a la buena disposición para el cuidado, contar con la información médica suficiente, capacidad de comprensión y adaptación que le permitan establecer un apoyo emocional al paciente. De igual modo, la persona que ejerce los cuidados debe tener algún tipo de vínculo afectivo con el (la) enfermo (a).

Por esta misma línea exponen la definición de cuidadores primarios Navarro, Uriostegui, Delgado y Sahagún (2017), manifestando que son aquellas personas que tiene como responsabilidad brindar apoyo instrumental y en necesidades básicas a

las personas dependientes, además, los autores mencionados suman a la definición el hecho de recibir una remuneración económica por la labor de cuidar.

Lo anterior, se ve evidenciado en un estudio realizado por Espín (2008), en donde se manifiesta que los principales responsables o personas que brindan apoyo a los ancianos con demencia son los familiares, ya que la distribución familiar, cuando se manifiesta esta enfermedad, cambia y generalmente los hijos(as) de estos ancianos son los cuidadores directos. Lo anterior, es respaldado por la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, 2015) en donde se evidencia que aproximadamente el ochenta y cuatro por ciento de la población de cuidadores son mujeres que no cotizan en el fondo de pensión, de los cuales el sesenta y uno por ciento son hijos y el restante se distribuye entre los cónyuges (10%), los nietos, padres y hermanos con el catorce por ciento y personas que no tienen ningún grado de consanguinidad con el paciente son alrededor del quince por ciento.

Sin embargo, en este mismo estudio se hace una discrepancia entre esta definición de cuidador primario y lo que sucede en realidad, pues debido a la afectación directa en la calidad de vida, el cuidador no siempre cumple con todas las características preestablecidas por la definición dada.

En este orden de ideas, la investigación de Navarro-Sandoval et al. (2017), fue encaminada a identificar la prevalencia de síntomas de depresión y de sobrecarga en los cuidadores primarios de pacientes geriátricos, los resultados de este estudio evidenciaron que la mayoría de los cuidadores primarios que participaron de la investigación eran mujeres entre los 50 y 60 años, además, se obtuvieron datos acerca del nivel de sobrecarga ligera (44%) e intensa (14%) y con respecto a la depresión (44% de la población investigada  $n=34$ ) prevalecieron los síntomas de depresión leve ( $n=25$ ).

Las características sociodemográficas de los cuidadores a cargo del adulto mayor según Pérez y Libre (2010) en el estudio que realizaron en Cuba, sobre la relación de las características sociodemográficas y el nivel de sobrecarga en los cuidadores. Manifiestan que dichas características son comparables a las de estudios

previos. Este estudio está de acuerdo con el concepto de los patrones culturales en la sociedad occidental, ya que a pesar de ser distintos en muchos aspectos, coinciden en que la mujer es el personaje principal que provee el soporte emocional en el núcleo familiar y por tanto en los cuidados. El perfil característico del cuidador de ancianos que reflejan los diferentes estudios es el de mujeres con una edad promedio entre 40 y los 60 años (Pérez y Libre, 2010).

Además de la caracterización del cuidador primario, para esta investigación es de vital importancia, indagar acerca de la sobrecarga percibida por el cuidador y las necesidades sentidas por este mismo, ya que estos se relacionan con la percepción de la calidad de vida de los cuidadores primarios.

Respaldando lo anterior, Flores, Rivas y Seguel (2012) exponen en los resultados de su estudio que el 59,7% de los cuidadores presentaba sobrecarga intensa. Los cuidadores continúan siendo en su mayoría mujeres, fenómeno que se explica por los patrones culturales del contexto chileno en el cual se llevó a cabo la investigación. Respecto al vínculo con la persona cuidada, la mayoría fueron hijas/os y cónyuges. Se trabajó en gran parte con una población de cuidadores que no realizaban trabajo remunerado fuera del hogar, ya que debido a las demandas de cuidado de los adultos mayores, dedican gran cantidad de horas diarias a satisfacerlas y por lo tanto no disponen de tiempo para trabajar, provocándose una incompatibilidad entre la realización y cumplimiento del trabajo fuera del hogar y el cuidado del familiar. Esta razón también justifica la escasa proporción de cuidadores que realizan actividad recreativa (Flores, Rivas y Seguel, 2012).

Asimismo, algo similar se encuentra en una investigación que tuvo como objetivo determinar la correlación que existe entre las necesidades de los cuidadores primarios de pacientes con traumas craneoencefálicos y la sobrecarga, encontrando que los niveles de sobrecarga en los cuidadores aumenta en cuanto las necesidades más importantes para los mismos sean tener amigos o parejas con quien hablar acerca del cuidado, que comprendan lo difícil de cuidar, hablar de los temores y dudas, expresar sus sentimientos, poder dormir y pasar tiempo con sus amistades (Díaz, Arango, Espinosa y Rivera, 2014).

En la investigación realizada por Cardona, Segura, Berbesi, Ordoñez y Agudelo (2011) Se identifican una serie de variables sociodemográficas que tienen una asociación con el estado de salud del cuidador, tales como: estrato socioeconómico bajo, un muy bajo nivel de escolaridad y la edad madura del cuidador. Los autores plantean la probabilidad de una relación directa entre las dos primeras variables, aunque no dejan de ser ambas un factor de riesgo para el estado de salud de los cuidadores. De igual forma el hecho de que más de la mitad de los cuidadores de adultos mayores tengan una edad mayor, explica por qué al menos las tres cuartas partes de las enfermedades que reportan los cuidadores son patologías crónicas y degenerativas, tales como hipertensión, arteriosclerosis, artropatías, osteoporosis, diabetes y dislipidemia (Cardona et al., 2011).

En su estudio Llach, Suriñachb y Gamisansb (2004) plantean una relación causal entre la sobrecarga de cuidador y tareas, con la calidad de vida del cuidador, definiendo esta como la percepción que tiene la persona responsable de brindar cuidados al adulto mayor, sobre su lugar en la existencia, en el contexto cultural y en el sistema de valores en el que vive, relacionados además con sus metas y objetivos, expectativas y normas. Los autores de la presente investigación basan su estudio en la anterior definición, con el objetivo de exponer como se ve afectada la calidad de vida de los cuidadores frente a los cambios que se presentan en su cotidianidad o en las necesidades, una vez se hacen cargo del rol de cuidador.

En definitiva, las similitudes encontradas en las investigaciones realizadas convergen en la implicación directa que tiene dichas situaciones ambientales y sociales en la calidad de vida de los cuidadores, por no contar con muchas de las necesidades expresadas o sentirse solos en la ejecución de la labor de los cuidados. Adicionalmente, se evidencia la falta de recursos que se le proporcionan los cuidadores, por lo cual se considera necesario explorar las leyes con las que actualmente cuentan tanto los adultos mayores como los cuidadores primarios, ya que son estas leyes las que de manera gubernamental buscan proporcionar bienestar y salud a la población, lo cual se relaciona directamente con el objetivo de la presente investigación.

La Constitución Política de 1991 en sus artículos 48 y 49 establece el derecho de todos los colombianos a la atención a la salud como un servicio público cuya prestación se realiza bajo la dirección, coordinación y control del Estado con la participación de agentes públicos y privados.

La Ley 60 de 1993 dio impulso al mandato constitucional mediante normas que dieron origen a la descentralización del sistema. La Ley 100 del mismo año creó el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La afiliación a este sistema es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas y a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), las cuales ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los afiliados al régimen subsidiado (RS).

Dentro del sistema se establecen dos regímenes de aseguramiento, que procuran dar cobertura a toda la población, el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS), vinculado entre sí a través de un fondo de recursos llamado Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Todas las personas que se encuentran laboralmente activas o pensionados con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo, tienen la obligación de afiliarse al RC. Por otra parte, el RS se encarga del aseguramiento de todas las personas sin capacidad de pago y no cubiertas por el RC. La identificación de dicha población se lleva a cabo mediante la aplicación de la encuesta del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales (SISBEN). Los recursos para el financiamiento del RS son reunidos a través del FOSYGA (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio, y Vásquez, 2011).

Ahora bien, con respecto al adulto mayor, la ley colombiana establece que el Sistema General de Seguridad Social de Colombia es un sistema fuertemente contributivo, se puede decir que la trayectoria vital laboral de los colombianos determina en gran medida la seguridad en el ingreso en la vejez. En teoría, quienes no logran alcanzar esta seguridad económica al superar los 60 años, estarán amparados por el Artículo 46 de la Constitución Colombiana que indica: “el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de

la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia”. (Zuluaga y Robledo, 2016).

Asimismo la población colombiana cuenta con la Ley 271 de 1996, la cual constituye el día nacional de las personas de la tercera edad y del pensionado, los adultos mayores también cuentan con la Ley 687 de 2001, la cual autoriza la emisión de una estampilla pro dotación y funcionamiento de los centros de bienestar del adulto mayor, es decir, instituciones y centros de vida para las personas de la tercera edad, otra ley que ampara a la población mayor es la 700 del 2001, a través de esta se estipulan medidas para el mejoramiento de las condiciones de vida de los pensionados.

De acuerdo a las investigaciones realizadas por Achury, Castaño, Gómez y Guevara (2011) uno de los derechos del cuidador corresponde a que el sistema de salud al cual pertenece o está inscrito el paciente garantice al cuidador familiar debidamente registrado como tal acceso a políticas de apoyo instrumental, acceso a elementos, medios y mecanismos que garanticen el bienestar del paciente y permitan cumplir la función de cuidador, apoyo emocional: acceso a programas que garanticen la estabilidad psicológica y el entendimiento de su situación y la de la persona a quien cuida y el enfrentamiento de retos, temores y duelos, asociados con la función de cuidador, apoyo social: acceso a planes de recreación, socialización y esparcimiento.

Ahora bien, cuando de ley se habla, se encuentra que la Constitución de la República de Colombia de 1993 (2016) en el artículo 42, pone de manifiesto a la familia como núcleo fundamental, en este caso, los hermanos, hijos, padres o cónyuges están amparados de manera tangencial en esta parte de la ley colombiana, lo cual es importante resaltar para esta investigación, ya que los estudios previos manifiestan que la persona que está al frente del cuidado del adulto mayor por lo general es un miembro de la familia.

De acuerdo con la Ley 1616 del 2013, el objeto primordial es ser garante de que se cumpla a plenitud el ejercicio del derecho a la Salud Mental, priorizando la

condición de salud mental de niños, niñas y adolescentes, mediante la promoción y la prevención de los trastornos mentales, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Ley mencionada anteriormente, dicta que la salud mental es una prioridad para el estado y que este debe velar por el mismo, pues es un tema primordial en la Salud Pública (Constitución Política de Colombia de 1993, 2016). Además, se establecen unos derechos que tiene todas las personas que van ligados a recibir atención oportuna, integral y humanizadora; recibir información clara; recibir atención especializada e interdisciplinaria; tener un proceso psicológico con las sesiones y tiempos necesarios para asegurar el cuidado de la salud mental; tener una educación psicológica acerca de la enfermedad y la salud mental a nivel familiar e individual, entre otros.

Cabe resaltar que todos lo que se expone en el párrafo anterior, son derechos que se encuentran estipulados desde el 21 de enero de 2013 en la Constitución política y que da una guía de orientación y direccionamiento para las EPS y las IPS del país.

Todo lo anterior está sustentado bajo la mencionada Ley 100 de 1993, que tiene por objeto garantizar que la función Sistema General de Seguridad Social de Salud sea irrenunciable e integrada promoviendo la calidad de vida acorde a la dignidad humana. Dicho Sistema es una obligación del estado y la sociedad (Constitución Política de Colombia de 1993, 2016).

Debido a que la investigación que aquí se plantea hace parte de un proyecto institucional que lleva por nombre "*Caracterización de los procedimientos en salud mental (depresión mayor, trastorno bipolar I, II) de una IPS de la ciudad de Cali a la luz de la ley 1616 de 2013, en seis ciudades de Colombia*" que busca indagar sobre los protocolos de atención para los adultos mayores y sus respectivos cuidadores de las diferentes entidades prestadoras de salud, dicho proyecto hace parte del grupo de investigación Salud y Calidad de vida perteneciente a la facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Javeriana Cali. Por lo anterior, es preciso identificar cuáles son las EPS que se encuentran mejor calificadas según las



personas y conocer cuáles son sus formas de responder ante las posibles remisiones de casos de adultos mayores con depresión.

En consecuencia, las entidades prestadoras de salud (EPS) y las instituciones prestadoras de servicios (IPS) deben contar con los requisitos mínimos para poder asegurar la protección de los derechos establecidos en las leyes mencionadas anteriormente. De acuerdo con el último Ranking de satisfacción con los servicios prestados por las EPS en Colombia realizado y expuesto por el MINSALUD (2017), las cuatro primeras posiciones las encabezan EPS Suramericana, Sanitas S.A. EPS, Aliansalud EPS S.A. y Nueva EPS, del puesto número uno al cuatro respectivamente.

Ahora bien, se investiga teniendo en cuenta las EPS antes mencionadas y se encuentra que en ninguna de sus páginas o catálogos de servicios ofrecen un acompañamiento para los cuidadores primarios de personas con algún tipo de dependencia. Sin embargo, se evidencia que una de las prestaciones más cercanas a un acompañamiento integral es brindada por la Nueva EPS, donde manifiesta que puede existir una ayuda para los familiares pero bajo la modalidad de prevención y promoción. Luego, algo cercanamente similar se encuentra en la misma Nueva EPS, pues dentro de los beneficios del PAC (Plan de Atención Complementaria), que además tiene un costo mayor para poder acceder a estos beneficios, habla de acompañamiento integral al paciente, más no a la familia (Nueva Eps, 2017).

No obstante, lo anterior no quiere decir las demás EPS no tengan cobertura integral para los familiares, específicamente para los cuidadores, pero al menos en lo que respecta a las páginas principales y a los beneficios que se plasman en las mismas no existe un acompañamiento, beneficios o atención especializada para los cuidadores.

Lo anterior es respaldado por una investigación realizada en Colombia por Castaño y Carnaval (2015), en la que tenían como propósito responder a la pregunta ¿existe relación entre la resiliencia del cuidador primario y la mejoría clínica de la persona con trastorno mental?, teniendo como objetivo principal determinar si hay dicha relación. En vista de los resultados, estas autoras discuten acerca de la poca

ayuda que prestan los servicios de salud, pues estos logran vincular a las personas cuidadoras a un proceso de desarrollo, pero no los cualifican para poder ejercer la labor de cuidador de manera correcta.

Sumado a lo anterior, Castaño y Carnaval (2015), proponen que la situación anteriormente mencionada promueve la segregación no sólo del paciente que sufre un trastorno mental sino también de la persona que ejecuta las labores de cuidado de este tipo de pacientes. De igual forma, estas autoras concuerdan con los anteriormente reseñado por Navarro et al. (2017) y Díaz et al. (2014), cuando se evidencia que la labor o el rol que cumple el cuidador genera fatiga y una afección directa de la calidad de vida de la persona encargada del paciente con trastorno mental.

Ahora bien, el campo de la psicología de la salud se define como aquella disciplina que tiene a su disposición todas las técnicas que permiten el diagnóstico, tratamiento y evaluación de las dificultades o problemas físicos y mentales que puede llegar a tener una persona, teniendo en cuenta todos los espacios en donde dicha dificultad se pueda presentar (Oblitas, 2008). Es por esto que para los psicólogos clínicos quienes son los que llevan a cabo todas las tareas anteriormente descritas (Oblitas, 2008), es de interés comprender desde la experiencia de la labor del cuidado, cómo se perciben los recursos emocionales, materiales e informacionales en relación con el bienestar y la calidad de vida de la persona que ejerce el cuidado primario de otra.

Así pues, la investigación que aquí se propone busca profundizar más en las dinámicas que puedan aportar al crecimiento del campo de la psicología de la salud, para así poder intervenir de una manera más adecuada a la población de cuidadores primarios. De igual forma, busca brindar herramientas para la posible creación e implementación de protocolos en las EPS que ayuden a dicha población y mejorar futuras intervenciones con los cuidadores.

De ahí que es vital reconocer cuál es la percepción que tienen las personas cuidadoras de sus propios recursos desde su misma experiencia, profundizando en

el contexto donde se ejecutan los cuidados; contextualizando los conceptos que la persona pueda llegar a utilizar para describir su experiencia, de acuerdo con el estrato socioeconómico en el que se encuentra circunscrito tanto el paciente como el individuo que cuida. Al igual que la relación espacio-tiempo en aras de entender las limitaciones que puede presentar la persona que cuida, con el fin de ahondar en un sentido más estricto, en la calidad de vida relacionada con las necesidades y demandas que tiene un cuidador primario de un adulto mayor diagnosticado con depresión y las consecuencias que el rol de ser cuidador pueda traer consigo, evaluando cómo han percibido los cuidadores el acompañamiento de sus respectivas EPS.

De Acuerdo con lo planteado por López, Orueta, Gómez-Caro, Sánchez, Carmona de la Morena, Moreno, y Javier (2009) es necesario indagar sobre los diferentes componentes percibidos dentro de la calidad de vida de los cuidadores primarios, dado que estos influyen directamente en la valoración que cada individuo realiza de su estado actual y de su rol como cuidador, y de acuerdo a los estudios revisados, el cuidado del adulto mayor influye de forma directa en su estado de salud.

Acorde a los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021) esta investigación busca brindar herramientas, para la recuperación las capacidades básicas de la autoridades de salud en las acciones relacionadas con la producción social de la salud dentro y fuera del sector salud, y de la respuesta propia del sector, a través de estrategias enmarcadas en componentes tales como: Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la: *regulación, conducción, gestión financiera, fiscalización del sistema general de seguridad social en salud, movilización social, ejecución de las acciones colectivas y garantía del aseguramiento y la provisión adecuada de servicios de salud.* (Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021)

Planteado todo lo anterior, habiendo dejado claro para qué se quiere llevar a cabo este estudio y la revisión de antecedentes en cuanto a investigaciones sobre el cuidado primario de adultos mayores con depresión, en esta investigación se planteó la pregunta acerca de saber *¿cuál es la percepción de calidad de vida que tienen los cuidadores primarios de adultos mayores con depresión?*

Así pues, esta investigación tuvo como objetivo general *determinar la percepción de la calidad de vida de cuidadores primarios de adultos mayores con enfermedad crónica y diagnosticados con cuadro depresivo con depresión.*

A partir de este, se derivaron cuatro objetivos específicos, los cuales son: (a) *Conocer las condiciones médicas de salud del adulto mayor que tiene a cargo el cuidador;* (b) *Identificar los recursos materiales con los que cuentan los cuidadores primarios de adultos mayores;* (c) *reconocer qué recursos emocionales son los más importantes para los cuidadores primarios* y (d) *determinar cuáles son los recursos informacionales necesarios a partir de la experiencia de ser cuidador.*

En este orden de ideas, estos objetivos permitieron abordar no solamente la construcción de la calidad de vida de la persona cuidadora, además de propender hacia una mirada más amplia, haciendo énfasis en los factores que pueden influir en la calidad de vida de un cuidador como las necesidades y ayudas que pueden solicitar estos individuos, los tipos de apoyo que pueden reconocer y sus propias experiencias de ser cuidadores informales de adultos mayores con depresión.

A Continuación se presentan los referentes conceptuales que guiarán el análisis de esta investigación, a partir de las principales temáticas: depresión, adulto mayor, cuidador primario y calidad de vida.

De esta forma, se tiene que depresión según Becerra (2011) es una enfermedad que afecta los sentimientos y pensamientos. Esta enfermedad se caracteriza por la manifestación de tristeza, decaimiento, percepción de incapacidad para afrontar las diferentes actividades dentro de la cotidianidad y la pérdida de interés en actividades que en el pasado resultaban placenteras. El sentimiento de insignificancia e incapacidad para experimentar placer se evidencia en quienes padecen depresión, estas personas tienen un enlentecimiento o descenso en la mayor parte de los aspectos emocionales y comportamentales, afectando así actividades básicas como el sueño, la alimentación y el autocuidado.

La depresión se clasifica según su gravedad, esta puede ser ligera, moderada o grave. El tipo de depresión más común en el tratamiento son los graves y los

distímicos. La depresión grave, se caracteriza por incapacitar al individuo evitando que este se desenvuelva con normalidad en su vida cotidiana. Por lo general un episodio de depresión grave se presenta reiteradamente a lo largo de toda la vida. Los distímicos se caracterizan por síntomas menos graves y de larga duración, estos se pueden presentar en diferentes episodios durante toda la vida (Nance, 2010).

Según Bogaert (2012), la depresión se puede presentar por múltiples causas, tales como factores genéticos causantes de predisposición, situaciones histórico-sociales que viva el adulto mayor en la actualidad y la situación personal del sujeto. Estas causas desequilibran y empeoran el cuadro depresivo, dado que este afecta la relación de la persona consigo misma, provocando una alteración en la autoestima, vínculos y logros propios de la persona.

En cuanto a la depresión en los adultos mayores se considera que afecta directamente el incremento de las tasas de morbilidad, deterioro y ajuste social, adicionalmente se presenta una mortalidad más temprana y hospitalizaciones más frecuentes. Durante la vejez la depresión es la principal causa de sufrimiento y mala calidad de vida, esta enfermedad puede relacionarse con la presencia de uno o más trastornos (Paredes y Aguirre, 2016). Así como Bogaert expuesto anteriormente, Paredes y Aguirre (2016) reconocen que el origen de la depresión es multifactorial, y expresan que dentro de estos factores predominan aspectos genéticos, sociodemográficos, diagnóstico de enfermedades médicas y agentes estresantes que desencadenan la enfermedad.

Por lo anterior, la depresión es una enfermedad que debe ser diagnosticada a tiempo en el adulto mayor, debido a las implicaciones y deterioro de la salud que pueden sufrir las personas. La depresión es tratada según su clasificación de manera farmacológica y psicológica, el tratamiento dependerá de la interpretación que haga cada persona de su experiencia y del nivel de sufrimiento que estos experimenten en sus vivencias. Es por esto que la personalidad del individuo juega un papel importante dentro de la depresión, ya que esta es propia de cada uno, y a partir de esta la persona tiene una manera de pensar y actuar ante los diferentes sucesos (Hernández, 2009).

Hernández, (2009) define la personalidad desde los planteamientos de Allport como una organización dinámica, en el interior del individuo, de los sistemas psicológicos y físicos que determinan su conducta y su pensamiento característico. La personalidad está conformada por factores innatos y psíquicos, los primeros hacen referencia al temperamento y el segundo al carácter de la persona, el carácter se adquiere mediante el aprendizaje e influencia del medio. Estos dos factores interactúan entre sí, caracterizando, describiendo e identificando a cada persona como un ser diferente y único.

La personalidad está conformada por aspectos internos y externos. En los factores internos se encuentra la capacidad de adaptarse a situaciones nuevas, toma de decisiones, manejo de situaciones estresante, mayor tendencia a la protección y evitación, principalmente las estrategias de afrontamiento, las cuales para los adultos mayores son las herramientas y recursos sociales y personales, para manejar los eventos estresantes (Ribot, Alfonso, Ramos y González, 2012).

Las estrategias de afrontamiento más frecuentes son: la evitación, distanciamiento, reevaluación positiva, aceptación de la responsabilidad, autocontrol, planificación, confrontación y búsqueda del apoyo social. Los factores externos son las redes de apoyo que tiene el adulto mayor, las cuales por lo general para esta etapa de la vida se debilitan, a nivel familiar las relaciones sufren cambios a causa de la muerte o enfermedad, al igual que el entorno social y las creencias culturales que se mantienen socialmente (Hernández, 2009).

Con base en lo anterior, se establece una relación entre la personalidad y la depresión en el adulto mayor, ya que en esta etapa se presentan algunos cambios, los cuales van acorde con el envejecimiento. Estos cambios se hacen evidentes en la toma de decisiones, en el afrontamiento de problemas, la forma de relacionarse con las demás personas o en la interpretación de los problemas cotidianos. Las modificaciones que sufre la personalidad de los adultos mayores se deben a los cambios intelectuales, corporales, a las circunstancias sociales, los cuales exigen al adulto mayor adaptarse al ambiente (Hernandez, 2009).

Se debe agregar que, los síntomas más frecuentes de la depresión se clasifican en cuatro categorías, la primera categoría se denomina síntomas físicos, dentro de esta encontramos la fatiga, insomnio/hipersomnia, cambios en los hábitos de alimentación, cefaleas, dolores de estómago, dolores musculares y falta de apetito sexual; la siguiente categoría corresponde al área afectivas en las cuales se manifiestan, estados de ánimo depresivo: tristeza, labilidad emocional, irritabilidad, sentimientos de abandono, ansiedad y baja autoestima; en la categoría del área social se encuentran síntomas como el aislamiento, anhedonia, incapacidad para expresar emociones, discomunicación; por último en la categoría del área cognitiva se encuentran síntomas como, aturdimiento intelectual, disminución de la atención, problemas de memoria y lenguaje, dificultad para la toma de decisiones y pensamientos distorsionados, negativos y de muerte (American Psychiatric Association, 2013).

Síntomas como los pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin plan específico, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo, requieren mayor cuidado durante el diagnóstico y tratamiento (Hernández, 2007).

Por otro lado, a la sintomatología de la depresión en los adultos mayores se presenta acompañada de problemas orgánicos, trastornos de memoria y atención, falta de impulso vital, lo cual distrae la atención sobre los síntomas de la depresión durante el diagnóstico médico. Con frecuencia la serenidad del adulto mayor enmascara el aplanamiento afectivo, imposibilitando el diagnóstico y afectando la calidad de vida del individuo (Hernández, 2007).

Dentro de la población de adultos mayores que con más frecuencia presenta depresión se encuentran, personas de sexo femenino, personas sedentarias, con enfermedades crónicas (cáncer, obesidad, hipertensión, asma), soledad, familias disfuncionales y personas que no tienen independencia económica (Molina, et al., 2003).

Por otro lado, los factores protectores se evidencian en los grupos de apoyo y la participación del adulto mayor en grupos de socialización, dado que aquí pueden interactuar con personas que presenten sus mismos intereses y necesidades. Aunque el modo en que la persona se adapta a las nuevas situaciones y formas de interactuar es un factor importante en el desarrollo o no de la depresión (Molina, et al., 2003).

En cuanto al tratamiento de la depresión, se considera que se debe abordar de manera integral, ya que en algunos casos requieren ser tratado desde perspectivas farmacológicas, psicológicas y sociales, a diferencia de otros casos donde solo se pueden abordar desde dos de estos aspectos, es decir la combinación de medicamentos y psicoterapia (Pérez, y García, 2001).

De acuerdo a lo anterior, se plantea que para decidir el tipo de tratamiento se debe determinar, la gravedad y duración del episodio depresivo, los estresores que contribuyen a que se desarrolló el episodio, los apoyos y recursos con que cuenta la persona para afrontar la situación, el riesgo de suicidio y el riesgo para otros, tanto por agresividad como por negligencia (Pérez, y García, 2001).

Los tipos de tratamientos que se llevan a cabo para tratar la depresión se centran en tres grandes grupos, los cuales se nombran: tratamiento agudo, tratamiento de continuación y tratamiento de mantenimiento, esto en el caso de los fármacos. En cuanto al tratamiento psicológico se emplean tipos como: el entrenamiento en solución de problemas, terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal, terapia de apoyo o consejo. En cuanto a la intervención social, esta consiste en el estudio y valoración social completa de la persona, tratamiento social individual-familiar y atención social a nivel grupal (Pérez, y García, 2001).

El tratamiento de la depresión en el adulto mayor se debe llevar a cabo con un equipo multidisciplinario, que brinde los apropiados procesos de diagnóstico y terapéuticos, estos generalmente están sujetos a la ayuda de los fármacos adecuados. La terapia cognitivo conductual es la terapia más aplicada y con mejores resultados, aunque las terapias corporales, familiares, entre otros pueden servir de forma preventiva (Molina, et al., 2003).



Ahora bien, el adulto mayor juega un papel importante en este estudio, pues sobre esta población que recae parte del estudio, debido a la relación directa que existe entre cuidador y persona dependiente.

Según Ferrer, Madera, y Díaz, (2003), se consideran adultos mayores a todas las personas que se encuentran en el proceso definido como envejecimiento, el cual se caracteriza por los cambios estructurales y funcionales que ocurren después de la etapa de madurez reproductiva. Este proceso implica una disminución en las capacidades de adaptación ante factores nocivos.

Los adultos mayores presentan enfermedades con mayor frecuencia, desde el punto de vista intelectual y de su independencia, el adulto es víctima de trastornos amnésicos o motores y están limitados en el aprendizaje, otra de las afectaciones en esta etapa corresponde a la pérdida de la concentración y el cambio en las actividades de la vida diaria en mayor o menor grado (Ferrer, Madera, y Díaz, 2003).

Para entender mejor la etapa de envejecimiento es necesario consultar las diferentes teorías. La teoría de Erik Erickson (citado en Craig y Don Baucum, 2009), propone ocho estadios psicosociales que están organizados desde la infancia hasta la vejez, en esta cada uno de estos estadios se interrelaciona con el otro, ya que la forma de resolver una etapa va influir en la siguiente, de forma negativa o positiva. Dentro de esta teoría Erikson define la adultez tardía, como la etapa de integridad frente a la desesperación, dentro de la cual se encuentra el resultado de las experiencias de los estadios anteriores a esta. en esta etapa entra en juego la capacidad de aceptarse a sí mismo, la manera de relacionarse con otros, de trascender y poder lograr una retrospectiva positiva de su vida, para esto se contemplan los logros, metas no cumplidas y aceptan los errores (Craig y Don Baucum, 2009).

Por otro lado, la teoría de Robert Havighrst (Craig y Don Baucum, 2009) describe el desarrollo en una serie de periodos dentro de los cuales hay que cumplir ciertas tareas. Dentro de las tareas de la vejez se encuentra la adaptación al deterioro de la salud y la fuerza física, en muchos casos para los adultos mayores se torna

difícil la tarea referente a la etapa que está viviendo, ya que durante sus vidas han sido personas activas e independientes.

Según Craig y Don Baucum (2009) otra de las tareas a las que se deben enfrentar los adultos mayores, es la adaptación a la jubilación y la disminución de ingresos, esto dado que por lo general las personas en esta etapa han dejado de trabajar, lo que conduce a que sus ingresos no sean iguales, esta reducción en las actividades genera tiempo libre, el cual puede ser una ventaja o desventaja, ventaja porque el adulto mayor no carga con tantas responsabilidades, tiene más tiempo de descanso, o para el cuidado de su salud. Mientras que por otro lado puede ser tomada como una desventaja tener mucho tiempo libre, generando ansiedad porque el día se torna más largo, sus familiares se encuentran ocupados por múltiples actividades y no pueden pasar tiempo con ellos, lo cual los puede llevar a un episodio depresivo.

Para Levinson, el ciclo vital se divide en cinco períodos, los cuales se caracterizan porque presentan momentos de equilibrio, además de cambios con gran carga emocional, estos periodos son: la preadultez, adultez temprana, adultez media, adultez tardía y adultez realmente tardía (Rivera, 2007).

Los períodos descritos por Levinson están relacionados con la estructura de la vida, la que permite que el sujeto se comporte de la misma manera, formando en él un patrón que forma su personalidad, este patrón es estable en el tiempo. Esta estructura se puede modificar por el ambiente y el contexto social, esto permite comprender los cambios que presentan las personas a través de los años (Rivera, 2007).

En la adultez tardía el sujeto le da mayor importancia a las recompensas o metas a corto plazo, presentando disminución de la energía, degrado en la destreza física, para este momento los adultos mayores evalúan si la estructura de vida fue la adecuada o si lograron adaptarse a todos los cambios, sin alterar el patrón comportamental, (Rivera, 2007). Por lo anterior se considera oportuno asumir la postura de Levinson dentro de esta investigación.

Jimenez (2012) explica las etapas de la vida de acuerdo al ciclo vital planteado por Huberman, en este los intereses y motivaciones evolucionan en la vida adulta por lo que identifica seis ciclos: concentración en la propia vida, concentración de las propias energías, afianzamiento y valores propios, mantenimiento de los logros alcanzados, pensamiento en el retiro y por último el aumento de la desconexión.

Los ciclos que se presentan en las primeras etapas de la vida (desde los dieciocho hasta los sesenta años) enfatizan en la identidad psicológica del sujeto, el momento de la experiencia y las metas que se deben cumplir (González, 2004). Los dos últimos ciclos el adulto mayor, experimenta el ciclo de pensando en el retiro en este el adulto mayor se encuentra entre los sesenta y setenta años donde se caracterizan por la disminución de la salud y de las relaciones interpersonales, lo que lleva a las personas a la búsqueda de actividades con recompensas inmediatas ya que estas le brindan mayor bienestar (Jimenez, 2012).

El último ciclo es el del aumento de la desconexión en este los adultos mayores se caracterizan por tener setenta años en adelante, además de la finalización de las funciones laborales y el cese de las relaciones interpersonales, en esta etapa la motivación para vivir suele ser poca, y lo que pasa a ser importante son sus pensiones y la dependencia hacia los demás (González, 2004).

Desde el ámbito legal a los adultos mayores se les brinda protección en todos los derechos fundamentales. es por lo cual se plantean proyectos para garantizar que se protejan estos derechos, en el 2002 se creó un Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento el cual se basa en tres aspectos fundamentales, estos son: desarrollo, salud y bienestar, y entornos propicios favorables (García Betancur, 2014).

A partir del año 2008 con la Ley 12514, el Ministerio de Protección Social define y desarrolla una Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, y es a partir de este momento que se impulsa la construcción de estrategias enfocadas a mejorar la calidad de vida de las personas mayores de 60 años. Ya que como se mencionó anteriormente según esta ley un adulto mayor es toda persona con edad igual o mayor de 60 años. Sin embargo, en términos generales, se trata de un ciclo vital afectado

por múltiples factores como se expresó anteriormente, tanto culturales como sociales, económicos, políticos y de salud, entre los que no se puede olvidar la seguridad social recordando que los adultos mayores solicitan diferentes atenciones y profesionales de la salud, como consecuencia de las enfermedades crónicas desarrolladas durante toda su vida, un hecho indiscutible es que la población anciana es una de las mayores usuarias de los servicios de salud (Peña, Garzón, Cardona, y Segura, 2016).

Con base a lo anterior, el estado colombiano está obligado a reconocer y a garantizar a los adultos mayores el derecho de la salud. Sin embargo, el modelo de salud actual con el que cuenta el estado colombiano se encuentra en crisis, por ende, los derechos a la salud de los adultos mayores se encuentran en graves problemas para llegar a ser garantizado (García Betancur, 2014).

Por otro lado, los cuidadores primarios son la otra parte de la población en la que este estudio se va a centrar, pues se ha evidenciado en la revisión literaria que se ha presentado en párrafos anteriores la implicación directa entre las labores de cuidado y la calidad de vida de las personas que cuidan. Por consiguiente, es necesario definir quiénes son los cuidadores primarios.

Cardona, Segura, Berbesi y Ordoñez, (2011) definen a los cuidadores primarios como la persona que asiste o cuida a otra persona afectada de cualquier tipo de discapacidad, o enfermedad que le dificulta o impide el desarrollo de sus actividades o de sus relaciones sociales. De acuerdo a lo anterior, el cuidador primario asume la responsabilidad de los cuidados del adulto mayor, ayudándole a realizar las actividades cotidianas de su atendiendo a las necesidades de la persona a su cargo, las cuales pueden ser físicas y emocionales. Estos cuidadores pueden ser representados por la red social inmediata la cual es conformada por la familia y amigos del adulto mayor. Generalmente estas no reciben ninguna retribución económica y no poseen conocimientos específicos sobre el cuidado de un paciente Pérez y Libre (2010).

Por otra parte, el cuidador primario, se reconoce porque no recibe remuneración por los cuidados que brinda, no cuenta con capacitación en ningún

aspecto del cuidado del adulto mayor. Sin embargo, este tipo de cuidador presenta mayor vínculo afectivo con el anciano, brindando mayor apoyo a nivel emocional y asistencia sin importancia de horarios. Dado que este tipo de cuidador no recibe formación, se presenta en mayor medida el desarrollo de situaciones de estrés, bajos estados de ánimo y sobrecarga de tareas, así como mayor desconocimiento de cuidados específicos del adulto mayor (López et al., 2009).

En cuanto a la definición de cuidador primario, se plantea que este se caracteriza por compartir aspectos con el cuidador informal, ya que aunque el paciente cuenta con una red de apoyo, en la mayoría de los casos una sola la persona es quien asume todos los cuidados del adulto mayor. Habitualmente quienes desarrollan este papel son mujeres, debido a que el contexto socio-cultural se basa en el criterio de que la mujer puede consolidar una relación más estrecha con el enfermo en comparación con los otros miembros de la familia (Cardona et. al, 2011).

Como ha sido mencionado con anterioridad, el cuidador se ve sometido a realizar cambios en su vida cotidiana, muchos de estos cambios se reflejan en sus roles habituales, es decir, en sus responsabilidades como pareja, madre/padre, hermana/hermano, entre otros; lo cual tienden a provocar variaciones en el estado de ánimo en el cuidador. Se puede decir que esta sintomatología es debida a que la persona se dedica exclusivamente al cuidado del adulto mayor, dejando de lado sus necesidades emocionales, afectivas, de ocio entre otras, lo cual provoca aumento de estrés, frustraciones y falta de comunicación (Flores, Rivas y Seguel, 2012).

Los cambios provocados en el cuidador son definidos bajo el concepto de síndrome del cuidador primario, el cual se encuentra fundamentado en las modificaciones drásticas de vida, así como en el desgaste físico, emocional y mental del cuidador. Por lo anterior, se considera importante que la persona que ejerce el papel de cuidador primario tenga periodos de descanso, de tal manera que se pueda evitar desgastes en su calidad de vida, ya que del bienestar del cuidador dependen los cuidados que este le provea al adulto mayor y su calidad de vida (López et. al, 2009).

Según López et al., (2009) los cuidadores primarios presentan necesidades emocionales, estas incluyen apoyo a las familias para enfrentar los cambios que ocurren en su cotidianidad. Las necesidades de información, es decir, conocimientos necesarios acerca del cuidado, para brindar mejor calidad en la actividad de acompañamiento del adulto mayor. Así mismo, conocimientos sobre las enfermedades y estado de ánimo del adulto mayor, las mejores estrategias para mejorar su calidad de vida y la información acerca de las entidades a las que pueden acudir los cuidadores para recibir ayudas. Respecto a las necesidades económicas, en estas se encuentran los múltiples gastos que tienen que enfrentar para brindar una buena calidad de vida. Dentro de estos gastos están incluidos medicamentos, traslados, alimentación especializada, cuidados especiales, hospitalización, consultas médicas, etc. Por último, está la necesidad de tener una red de apoyo que permita que la sobrecarga de responsabilidades del cuidador sea reducida, así como que se preste un acompañamiento para que el cuidador no se sienta como único responsable del adulto mayor (López et. al, 2011).

Como se ha mencionado anteriormente, la tarea de cuidado requiere gran parte del tiempo de la persona a cargo del adulto, lo que produce en ellas una sobrecarga de tareas dejando de lado sus necesidades personales, lo cual afecta su calidad de vida. Según la OMS (2002), la calidad de vida es definida como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” p.84. Además, la OMS (2002) afirma que la calidad de vida no es estado de salud, estilo de vida, satisfacción, estado mental ni bienestar, por lo contrario, manifiesta que es un concepto multidimensional que abarca la percepción del individuo de este como de otros conceptos de la vida.

Así pues, el concepto de calidad de vida ha variado a lo largo del tiempo, actualmente el concepto de calidad de vida hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de elementos como: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos; por lo que se define en términos

generales como una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal como lo percibe la persona (Oblitas, 2008).

Según Grau (2001), uno de los componentes de la calidad de vida se refiere a las condiciones materiales, donde se incluyen aspectos que influyen sobre la percepción que tiene la persona de sí misma, independiente de padecer una enfermedad o condición de su funcionamiento físico. En este orden de ideas, las condiciones socioeconómicas percibidas por los cuidadores tienen una relación directa con la percepción de la calidad de vida, es decir, si el cuidador primario percibe negativamente sus condiciones económicas, se afecta la percepción de la calidad de vida del cuidador, dado que no pueden brindar las condiciones materiales para una buena atención del adulto mayor, generando estrés y sobrecarga en quien desempeña el rol del cuidador (Grau, 2001).

Por otro lado, el mismo autor menciona que la salud y calidad de vida son el propósito principal de la psicología de la salud, ya que la caracterización psicosocial se determina por las óptimas capacidades de trabajo, deseos de actividad, inclinación al logro de éxitos vitales y a los sentimientos de bienestar, de autorrealización personal. De esta forma, para Grau (2001) la calidad de vida es bienestar, realización, satisfacción, alegría por vivir y esperanza de una vida sana.

Otra definición de calidad de vida es brindada por Oblitas (2008); Padilla y Ferrell citado en Achury et al. (2011), quienes describen el concepto de calidad de vida como una construcción multidimensional que incluye el bienestar en aspectos importantes de la vida, que abarcan la interacción de la salud física y psicológica, la espiritualidad, el funcionamiento socioeconómico y familiar. Es por esto último, que los autores definen la calidad de vida como la evaluación multidimensional de las situaciones o características actuales de la vida de una persona, es decir, la calidad de vida es el bienestar percibido por un individuo e incluye dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales.

Asimismo, los autores Ferrell y Cols citado en Achury et al. (2011), comparten la definición de calidad de vida en la cual se plantea que es una evaluación subjetiva

de condiciones, ya sean positivas o negativas, que caracterizan la vida. A esta definición el autor agrega que dicha evaluación consta de cuatro dominios, los cuales son: bienestar físico, psicológico, social y espiritual.

Lo anterior, es sustentado a partir de lo que sucede en la cotidianidad con el cuidador, dado que una persona con este rol sufre estrés por la limitación física, psicológica o económica para ejercer sus labores; al igual que una alteración por la ejecución de su rol; alteraciones en las interacciones sociales; en la percepción de la falta de apoyo; en la falta de actividad o dispersión; en modificaciones en el trabajo habitual, todo lo anterior afectado directamente por la severidad de la enfermedad del adulto mayor (Ponce, 2006).

De manera tal que, la experiencia de ser cuidador compromete la calidad de vida de las personas que desarrollan el rol de cuidador, ya que deben responder a determinadas tareas, esfuerzos y tensiones que derivan del cuidado, lo cual repercute en gran medida en sí mismos y en su entorno, generando cambios en diferentes ámbitos de su vida cotidiana. Sumado a lo anterior se plantea que la calidad de vida del cuidador se compone de cuatro dimensiones, la dimensión física, psicológica, social y espiritual. Así pues, la dimensión física se define como la salud física y los síntomas que se manifiestan, entre los síntomas más comunes están la fatiga, las alteraciones de sueño, la funcionalidad, náuseas, alteración en el apetito, estreñimiento, dolores, entre otros. En el bienestar físico de los cuidadores se presentan cambios orgánicos y psicológicos, ya que no cuentan con suficiente tiempo de descanso, presentan mayor desgaste físico, estrés emocional, ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, problemas de memoria (Achury et al. 2011; Sanchez, 2005).

Por otra parte, la dimensión psicológica se refiere al reconocimiento y comprensión del estado cognitivo y afectivo, ya que se pueden presentar dificultades en la atención o la memoria, dado que en muchas situaciones es el cuidador el que debe estar pendiente del tratamiento farmacológico y no farmacológico del adulto mayor a su cargo, además de las visitas constantes al médico y las actividades que



realiza el cuidador en su vida cotidiana, como el ejercicio laboral y la vida personal (Achury et al. 2011).

En cuanto a la dimensión social, esta se define como la percepción del cuidador acerca de las relaciones interpersonales, el rol social en la vida, las necesidades de apoyo social y familiar, además del desempeño familiar. Los elementos mencionados conforman la vida social de toda persona y en el cuidador pueden llegar a alterarse, debido al tiempo y dedicación que emplean en el cuidado del adulto mayor. El no contar con el apoyo por parte de los familiares en el proceso de cuidado, genera que el cuidador evite relacionarse con otras personas, desgastando así sus relaciones interpersonales. Lo cual ayuda en la limitación de otros ámbitos de su desarrollo personal, emocional, laboral y social (Achury et al. 2011).

El bienestar espiritual del cuidador enmarca el significado de sucesos, de la incertidumbre, la esperanza, la religiosidad o la trascendencia. Por lo cual se puede afectar en el cuidador cuando el adulto mayor a su cargo presenta enfermedades que producen secuelas o complicaciones que afectan su vida. La dimensión espiritual es el respaldo a los acontecimientos difíciles, ya que por medio de esta dimensión se brinda orientación y sentido a la vida, se generan cambios positivos para el cuidador; como el compromiso y responsabilidad del cuidado, el sentirse útiles y aferrarse a las creencias religiosas y culturales procurando el bienestar del adulto mayor. Cuando esta dimensión se afecta, genera en el cuidador sentimientos de culpa, incertidumbre y duda sobre el rol que está desempeñando (Pinto, 2007).

Es por todas estas alteraciones que se presentan en la calidad de vida del cuidador, que se plantea que los cuidadores tienen derecho a que el sistema de salud garantice el acceso a: políticas de apoyo instrumental, la cual se refiere a los elementos médicos y los mecanismos que garanticen el bienestar tanto del paciente como del cuidador con el fin de garantizar el cumplimiento de la tarea de cuidado; apoyo emocional, se busca garantizar la estabilidad psicológica y el entendimiento de la situación actual de la persona al frente del cuidado y afrontamiento de retos, temores y duelos que están vinculados a la función del cuidador; el apoyo social, hace

énfasis en brindar espacios de recreación, socialización y esparcimiento (Pinto, 2005).

En síntesis, el objetivo de este estudio es poder describir de la manera más precisa posible, cómo perciben la calidad de vida las personas que cumplen el rol de cuidadores primarios de los adultos mayores diagnosticados con depresión. Es por lo anterior que, es importante revisar que se encuentra estipulado en la constitución colombiana acerca de las responsabilidades, deberes y derechos tanto del estado y las EPS como de las personas que ejecutan labores de cuidados; reconociendo que las entidades prestadoras de salud deberían ser un complemento adecuado para los cuidadores.

De la misma forma, va a ofrecer mayor profundización en el ámbito de la psicología de la salud, pues entender cómo perciben la calidad de vida estas personas dedicadas al cuidado de los adultos mayores ayuda a crear estrategias y modelos de intervención con esta población que en realidad no es tan reconocida aunque en la ley pareciese que sí.

Así pues, se revisará a lo largo del estudio la los recursos emocionales, informacionales y materiales con los que cuentan los cuidadores, con el fin de poder describir de una mejor manera los componentes que permiten que la calidad de vida se perciba de una manera u otra según cada una de las personas que van a ser entrevistadas, evidenciando que la calidad de vida es un conjunto de distintas variables en la vida de los cuidadores.

## MÉTODO

### *Tipo de investigación*

Esta investigación fue desarrollada desde una perspectiva cualitativa debido a que no existen muchos estudios recientes que utilicen este tipo de metodología para establecer una relación de los cuidadores con su calidad de vida. Por consiguiente, Salgado (2007), plantea en su texto que la investigación cualitativa es una pretensión por una comprensión mucho más profunda, llegando a un análisis que van más allá de los resultados cuantitativos y numéricos que se ponen de manifiesto en una prueba psicométrica.

Por esta misma línea, Hernández, Fernández y Baptista citados en Salgado (2007), sentencian que la metodología cualitativa provee al investigador de herramientas que le permiten evaluar aspectos como el contexto en el que suceden los hechos que se quieren investigar, la recolección de conceptos subjetivos tal cual como yacen en su contexto natural, entre otras.

### *Diseño de la investigación*

El diseño de esta investigación fue fenomenológico, dicho diseño pretende entender de manera más subjetiva la realidad de las personas que participaron en este estudio, profundizando en las experiencias individuales de cada sujeto y logrando

describir de manera más precisa cada una de sus realidades (Cresswell 2014 y Mertens citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Debido a que el foco de esta investigación fue describir la calidad de vida de los cuidadores primarios de adultos mayores diagnosticados con depresión, teniendo en cuenta las condiciones de salud del adulto mayor y las funciones de los recursos emocionales, informacionales y materiales, con el fin de evidenciar cual es el estado actual de la calidad de vida y cuáles pueden ser las mejoras a implementar, este diseño permitió reconocer de manera puntual las percepciones acerca del fenómeno que se va a investigar (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### *Participantes*

Los participantes de este estudio fueron cuatro (4) cuidadores primarios de adultos mayores diagnosticados con depresión. Se entiende por cuidador primario a todas aquellas personas que están en capacidad de brindar un apoyo y acompañamiento al paciente que padece algún tipo de enfermedad, debe tener características ligadas a la buena disposición para el cuidado, contar con la información médica suficiente, capacidad de comprensión y adaptación que le permitan establecer un apoyo emocional al paciente (Caqueo et al., 2013). Igualmente, se considera como adulto mayor a todas las que según la ley colombiana se encuentran con 60 años en adelante.

Ahora bien, el muestreo con el que se seleccionó a los participantes fue de tipo no probabilístico. Se empleó la estrategia de muestra por conveniencia, ya que los participantes de este estudio se escogieron a través de un convenio realizado con entidades de salud. Este tipo de estrategia permitió el acceso de manera concreta a las personas que hicieron parte de este estudio según los criterios de inclusión.

Por otro lado, los participantes de este estudio fueron seleccionados por los siguientes criterios de inclusión:

1. La persona debe ser cuidador(a) primario(a) mayor de edad, estableciendo la mayoría de edad según lo manifestado en la Constitución Política de Colombia.
2. La persona que el cuidador(a) tiene a cargo debe ser un adulto mayor diagnosticado con depresión. La adultez mayor será establecida a partir de los parámetros legales de la Ley colombiana.
3. El cuidador debe tener mínimo un año a cargo y conviviendo con el adulto mayor desde el diagnóstico de depresión.
4. El cuidador debe ser un familiar o amigo cercano del paciente.
5. La persona que está a cargo del cuidador(a) debe estar afiliado(a) a una IPS del convenio realizado para llevar a cabo esta investigación.

Sin embargo, se modificó el segundo criterio de inclusión a raíz de que se presentaron dificultades para la consecución de la población, ya que la mayoría de personas consideradas adultos mayores, según la ley colombiana pensional presentan como primer diagnóstico enfermedades crónicas o naturales del deterioro por la vejez diferentes a la depresión. Además, el quinto criterio de inclusión fue eliminado debido que a las personas afiliadas a la IPS con la que se había realizado el convenio no cumplían con los criterios de inclusión propuestos y se anexó que el tiempo mínimo en que el cuidador está encargado del adulto mayor debe ser igual o mayor a 12 horas del día, por consiguiente los criterios de inclusión fueron:

1. La persona era cuidador(a) primario(a) mayor de edad, estableciendo la mayoría de edad según lo manifestado en la Constitución Política de Colombia.
2. La persona que el cuidador(a) tiene a cargo es un adulto mayor que tiene un diagnóstico secundario y mínimo un episodio de cuadro depresivo. La adultez mayor será establecida a partir de los parámetros legales de la Ley colombiana.
3. El cuidador debe tener mínimo un año a cargo y conviviendo con el adulto mayor desde el diagnóstico de depresión.

4. El cuidador era un familiar o amigo cercano del paciente.
5. El tiempo mínimo en que el cuidador está encargado del adulto mayor debe ser igual o mayor a 12 horas del día.

Por otro lado, se excluyeron a aquellas personas que:

1. La persona que es cuidador(a) primario(a) y no tenía diagnóstico clínico sobre algún tipo de alteraciones psicológicas y/o neurológica
2. La persona que es cuidador(a) primario(a) no fuera familiar del paciente.
3. La persona que ejerce la labor de cuidador(a) primario(a) fuera una enfermera asignada al adulto mayor.

A continuación, se presentaran las categorías y subcategorías de análisis que se utilizaron para realizar la descripción de la percepción de calidad de vida de los cuidadores primarios de adultos mayores diagnosticados con depresión.

Tabla 1.

*Categorías de análisis*

| <b>Categoría</b>   | <b>Subcategoría</b>   |
|--|---|
| <b>Condiciones de salud del adulto mayor:</b><br>Aspectos que ponen al adulto mayor en una situación de riesgo, impulsando la disminución progresiva | <u>Con diagnóstico de enfermedad/es:</u> Se define como la calificación dada por un profesional en la salud sobre la enfermedad de acuerdo con los signos que advierte el paciente. |
|  | <u>Sin diagnóstico de enfermedad/es:</u> Entendido como la ausencia de una calificación sobre la enfermedad por un profesional en salud según los signos que se observan.           |

---

de autorregulación y capacidad de reserva relacionada al envejecimiento (Galbán, Sansó, Díaz-Canel, Carrasco y Olivia, 2007).

### **Recursos**

#### **emocionales:**

Entendido como los apoyos afectivos necesita una persona, el afecto, la contención, el apego y el confort que un individuo puede tanto percibir como recibir (Fernández, 2005).

*Social:* Aquellas formas temporales o permanentes que se reciben o perciben por parte de la comunidad, los amigos íntimos o las redes de apoyo (Fernández, 2005).

*Familiar:* Entendida como la institución que debe estar como mediadora y brindar soporte estructural al cuidador primario (Fernández, 2005)

*Espiritual:* Se encuentra dentro de los tipos de apoyos sociales formales, donde organizaciones como las iglesias o pertenecer a un grupo de oración puede brindar apoyo (Arias, 2009).

#### **Recursos materiales:**

Son todas las herramientas que un cuidador pueda solicitar, se abarca desde la solicitud de ayuda con los cuidados cotidianos hasta el pedir un préstamo de dinero para satisfacer sus necesidades (Fernández, 2005).

*Económico:* Está relacionado con las interacciones recíprocas que se realizan para poder obtener ayudas materiales o económicas (Aranda y Pando, 2013).

*Ergonómico:* Definido como la comodidad para realizar las labores que tiene a cargo dentro de un espacio determinado (Enciclopedia de seguridad y trabajo, volumen I)

*Material:* Hace parte de las redes de tipo informal, donde se reciben además de otros apoyos el recurso material necesario para satisfacer necesidades (Aranda y Pando, 2013).

---

---

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Recursos</b></p> <p><b>informacionales:</b></p> <p>Abarca los temas de guías u orientaciones que el sujeto cuidador pueda necesitar, en esta función se pueden presentar solicitudes con respecto a la necesidad de entendimiento de un síntoma del paciente como pedir información acerca de mejores estrategias de cuidado para el enfermo (Fernández, 2005).</p> | <p><u><i>Humanización:</i></u> <i>Orientar el servicio de la salud, considerando al enfermo en su totalidad personal, por medio de una asistencia integral con calidez, que responda a dimensiones psicológicas, biológicas, espirituales y sociales del adulto mayor (Correa y Arrivillaga, 2007).</i></p> <p><u><i>Información:</i></u> <i>Entendido como una guía o educación brindada por otros (Hilbert, 1990).</i></p> |
|---|--|

---

### *Tipo de análisis*

Para el análisis de los datos de esta investigación, se empleó el análisis de contenido, dado que este se define como un conjunto de procedimientos interpretativo de los datos, este tipo de análisis tiene como objetivo elaborar y procesar los datos más relevantes dentro de los discursos de participantes, este análisis se aborda de



forma inductiva a partir de la generación del sistema de categorías de los datos. El proceso inductivo se da mediante la codificación abierta de las entrevistas, las cuales se revisaron detenidamente y se dividieron en fragmentos, los cuales se compararon y agruparon por categorías (González, 2015).

Por lo anterior, lo que se buscaba al implementar este tipo de análisis en esta investigación, fue distinguir, separar y priorizar los diferentes elementos que se presenten en los discursos obtenidos en las entrevistas individuales, lo cual ayudó a reconocer y diferenciar los contextos y temas comunes entre los cuidadores. Esto se llevó a cabo por medio de la categorización, que busca la integración de los discursos, para a través de dicha integración, evidenciar lo manifiesto y latente en los discursos de los participantes (González, 2015).

### *Instrumento*

Los datos se recogieron a partir de una entrevista semiestructurada (Ver anexo 1) con perspectiva fenomenológica, la cual permite según Hernández et al. (2010) entender a profundidad las experiencias individuales de cada sujeto. Esta entrevista es un tipo de conversación profesional en la que se debe establecer como primera medida un rapport y tener en cuenta lo que para la otra parte es importante, además, tiene que llevar un ritmo dinámico y poco estructurado, de manera que se pueda profundizar de forma amplia en las vivencias de cada sujeto con el fin de comprender las situaciones a partir de sus propios relatos. A partir de la revisión bibliográfica sobre el tema de la calidad de vida, cuidadores y adultos mayores con depresión, se construyó un instrumento para medir la calidad de vida que constaba de treinta y un (31) preguntas, el cual indagaba sobre aspectos que tienen que ver las condiciones del enfermo, los recursos emocionales, materiales e informacionales con los que cuenta el cuidador, que a la luz de la bibliografía revisada son los componente precisos para evaluar la percepción de calidad de vida de los cuidadores primarios.

El instrumento fue sometido a la evaluación de dos jueces expertos en calidad de vida y salud, los cuales pertenecen al grupo de investigación Salud y Calidad de

Vida. Luego de las correcciones de los jurados expertos, el instrumento en su versión final consta de 27 preguntas que indagan de la misma forma los aspectos anteriormente mencionados.

Para este estudio, también se utilizó el instrumento de Nivel de Sobrecarga ZARITT, el cual permite medir el nivel de sobrecarga de los cuidadores por medio de una escala tipo likert que va de 0 a 4, siendo 0 el menor puntaje (Nada de sobrecarga) y 4 el mayor puntaje (Muy sobrecargado). Además, es importante clarificar que aquellas personas que obtengan puntajes por arriba de 46 se encontrarán en un nivel de sobrecarga alto, aquellas que obtengan resultados menores a este puntaje no tendrán sobrecarga. Este instrumento permitió corroborar de manera cuantitativa la información obtenida en las entrevistas, además, permite llegar a unos análisis más profundos de acuerdo a las preguntas que el instrumento tiene y la calificaciones que cada uno de los entrevistados brindó.

### *Procedimiento*

El procedimiento que se llevó a cabo en este estudio tuvo 6 fases que van desde la evaluación del instrumento hasta la socialización de los resultados obtenidos por el investigador. Sentado lo anterior, el paso a paso de esta investigación es el siguiente:

#### *1. Fase de contacto:*

El contacto con los participantes de este estudio se realizó a través de un convenio establecido con algunas instituciones prestadoras de servicios (IPS). El mencionado convenio permitió el acceso a las historias clínicas de los pacientes, en este caso, de los cuatro (4) adultos mayores diagnosticados con trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno distímico no especificado) (DSM V., 2014) durante la etapa de la adultez tardía de la ciudad de Cali. Además, permitió de manera más fácil el acceso para identificar los posibles candidatos como cuidadores primarios que cumplan con los criterios de inclusión.

#### *2. Fase de recolección de información:*

La información necesaria para la ejecución de este estudio se obtuvo a través de entrevistas semi estructuradas a 6 participantes, donde se preguntó por diferentes aspectos de la vida de un cuidador, desde la condición de salud del enfermo hasta las necesidades de tipo informacionales que necesita el cuidador para ejecutar sus labores. Para esto, el investigador quien fue la persona que realizó la entrevista, Tuvo aproximadamente 2 horas de duración y solo se ejecutó en una sesión.

La mencionada información fue captada por grabación de audio de cada individuo al igual que se tomaron apuntes de los aspectos más relevantes de la entrevista con consentimiento informado. La aplicación del instrumento fue en un espacio cómodo para la persona que fue entrevistada. Antes de iniciar con la entrevista, se aplicó a cada uno de los participantes el instrumento ZARITT de nivel de sobrecarga. Luego, en la primera parte de la entrevista se preguntó por aspectos que tiene que ver las condiciones médicas del adulto que tiene a cargo para establecer un panorama general y contextualizar un poco las condiciones en las que la persona cumple su rol de cuidador.

A continuación, se hicieron preguntas que tienen que ver con los recursos emocionales de la persona cuidadora, indagando sobre temas que abordan aspectos de sentimientos, emociones, percepciones de apoyo, entre otras.

Luego, se procedió a indagar sobre los recursos materiales y todo lo que tiene que ver con la forma en la persona en su rol de cuidador logra conseguir los implementos necesarios para el cuidado del adulto mayor. Acto seguido y como última etapa de la entrevista, se preguntó por los aspectos de tipo informacionales, que básicamente tienen que ver con la forma en la que el cuidador ha logrado obtener información sobre la forma de cuidador, los cuidados como tal, la enfermedad del adulto mayor que tiene a cargo, entre otras informaciones necesarias para ejercer el rol de cuidador.

Por último, se dio los respectivos agradecimientos por haber tenido la disponibilidad de participar en el estudio.

### 3. *Fase de sistematización:*

Se realizó la transcripción de las entrevistas realizadas por el investigador de este proyecto. Luego, se organizó la información buscando identificar las comunalidades en los resultados de acuerdo con las categorías establecidas.

#### 4. *Fase de análisis:*

En esta fase, se hizo un análisis de los datos recogidos y las transcripciones realizadas por medio del programa Atlas Ti, donde se espero comprender y dar respuesta a cada una de las subcategorías y categorías propuestas para el análisis de los datos en esta investigación. El método de análisis por medio de un software permite dar cuenta de las categorías y sus subcategorías, la forma en la que yacen las categorías emergentes y evaluar la calidad del trabajo con respecto a las transcripciones y análisis de las entrevistas (Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P., 2010).

#### 5. *Fase de socialización:*

Luego de los resultados que se obtuvieron a partir de la fase de análisis, se procedió a dar una breve retroalimentación de la investigación completa a todas las personas que hicieron parte del estudio que se llevó a cabo.

### *Consideraciones éticas*

Para la siguiente investigación se elaboró un consentimiento informado teniendo en cuenta la ley 1090 (Congreso de la República, 2006) y la resolución 8430 (Ministerio de Salud y Protección Social, 1993), en el cual se explicó de manera clara la investigación y todo lo que ella abarca. En este consentimiento, el participante conoce a profundidad acerca de la investigación y aceptó o no su participación, conociendo de antemano la posibilidad de poder detener el desarrollo de la misma en el momento que lo considerara oportuno. El estudio contiene mínimas amenazas y

riesgos para los participantes, sin embargo, al tratarse de un tema sensible, es probable que algunos participantes puedan generar reacciones emocionales negativas. En el caso en que eso suceda, el entrevistador hará la respectiva contención emocional al participante y actuará de forma prudente respetando la decisión de continuar o suspender la entrevista, sugiriendo la ruta de atención psicológica de su plan obligatorio de salud (POS). Para el manejo de la situación anteriormente planteada, se llevó a cabo un entrenamiento por parte de la directora a cargo de la investigación quien es magister en psicología clínica y cuenta con experiencia en atención psicológica. Además, el participante conoció que sus declaraciones serían grabadas a través de audio y que se tomarían apuntes de las frases que el investigador/entrevistador considere importantes para su estudio, siempre dejando por sentado que dichos audios serán eliminados una vez hayan sido utilizados y no se vayan a necesitar más para la investigación. Posteriormente se tuvo en cuenta, de acuerdo con lo planteado en el consentimiento informado, la confidencialidad de la información de los participantes en procesos de publicación, teniendo prudencia con la revelación de datos que puedan dar con el reconocimiento de alguno de los participantes de este estudio, en de una posible publicación.

## RESULTADOS

A continuación, por medio de dos tablas, se presentarán los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento Zaritt de nivel de sobrecarga y las entrevistas realizadas.

La aplicación del instrumento Zaritt ayudó a corroborar la información encontrada en las entrevistas, pues evidencia de manera numérica el nivel de sobrecarga de los participantes en este estudio. Encontrando que, todas las personas entrevistadas no evidencian niveles de sobrecarga altos, validando en las entrevistas, tener mucho apoyo por parte de sus familiares, sus entidades prestadoras de salud, su entorno social, entre otros aspectos que ayudan a entender de mejor manera la calidad de vida.

Tabla 2.

*Descripción sociodemográfica de los cuidadores*

| Participantes | Edad | Género   | Parentesco con el adulto mayor | EPS  | Tiempo de diagnóstico de depresión  | Síntomas actuales                    |
|---------------|------|----------|--------------------------------|------|---|--------------------------------------|
| MARTHA        | 66   | Femenino | Hija                           | Sura | El diagnóstico fue hecho hace 13 años cuando iniciaron los problemas de salud | Insomnio y sentimiento de inutilidad |

|               |    |           |         |            |  |   |
|---------------|----|-----------|---------|------------|--|---|
| <b>ANDRES</b> | 55 | Masculino | Hijo    | Comev<br>a | El diagnóstico se realizó hace 3 años cuando murió mi mamá                                   | Insomnio, sentimiento de inutilidad y sentimiento de culpa excesiva.  |
| <b>SARA</b>   | 51 | Femenino  | Sobrina | Sura       | Se realiza diagnóstico depresión como consecuencia del alzhéimer hace 5 años aproximadamente | Llanto, sentimientos de inutilidad, sentimientos de soledad, insomnio |
| <b>OLMA</b>   | 48 | Femenino  | Nieta   | S.O.S.     | El diagnóstico fue hace 5 años cuando le diagnosticaron el cáncer.                           | Pensamientos recurrentes de muerte y sentimientos de inutilidad.      |

Tabla 3.

*Resultados totales del instrumento de sobrecarga ZARITT aplicado a los cuidadores*

| <b>PARTICIPANTE</b> | <b>NIVEL DE SOBRECARGA (ZARITT)</b> |
|---------------------|-------------------------------------|
| <b>MARTHA</b>       | 14                                  |
| <b>ANDRES</b>       | 17                                  |
| <b>SARA</b>         | 25                                  |
| <b>OLMA</b>         | 36                                  |

A partir del análisis de los datos recolectados, se logra conocer las condiciones médicas de salud del adulto mayor que tiene a cargo el cuidador; el análisis se hizo por medio de una categorización. En cuanto a la primera categoría planteada en el proyecto que se refiere a las condiciones de salud del adulto mayor, esta categoría se divide en tres subcategorías de la siguiente manera:

-Con diagnóstico médico, en esta subcategoría se obtuvo que el adulto que cuida Martha fue diagnosticado hace 13 años con un cuadro depresivo cuando inician los problemas respiratorios, por lo cual se le recetaron medicamentos para dicho cuadro depresivo; Andrés se encarga de su padre quien fue diagnosticado con un cuadro depresivo poco tiempo después del diagnóstico de alzhéimer (3 años), Andrés narra que su padre inicia los síntomas depresivos después de la muerte de su mamá; Sara cuida a una mujer que fue diagnosticada con depresión como cuadro coexistente a la enfermedad de alzhéimer que aqueja a la tía de la participante; mientras que la Olma se encarga de su abuela que fue diagnosticada con depresión a raíz de un cáncer mama, para el tratamiento de este cuadro depresivo el médico tratante prescribe medicamentos al igual que en el caso del adulto a cargo de Martha.

-Del mismo modo, los adultos mayores presentan otros diagnósticos médicos además del cuadro depresivo, en el caso del adulto mayor que se encuentra a cargo de Martha, Quien esta diagnosticada con EPOC, una enfermedad pulmonar. *“Si claro, mi mamá tiene problemas de EPOC, o sea del pecho, ella sufrió de asma cuando era joven entonces tiene ese problemita desde hace mucho tiempo entonces yo tengo que estar en el cuidado de ese problemita dese hace mucho tiempo...”* (Martha).

Por otra parte, Martha expresa que: *“...Si, pues con la enfermedad también empiezan a cambiar mucho, mi mamá ha cambiado bastante, ella se le olvidan por ejemplo las cosas, las otras veces ya se porta como niña, hay que decirle: “eso no lo haga, mire” es muy terca (risas), y a veces también se vuelve intensa y mi mamá es bastante intensa entonces uno tiene que estar ahí delante para que no se me salga pues de ahí...”*. Evidenciando que su mamá tal vez pueda padecer de otras enfermedades cognitivas y no solamente de depresión o EPOC.



Andrés manifiesta que a su papá le diagnosticaron cáncer de próstata, además, presenta una enfermedad cardiovascular y un diagnóstico de un tipo de demencia senil conocido como alzhéimer. No obstante, Andrés manifiesta que: *“Muecas, él no sabe decir me duele aquí o me duele acá o ... nada, él hace muecas como de dolor entonces yo le pregunto dónde papa aquí, aquí o le duele el chichi o la cabeza, como sufre mucho de estreñimiento uno le pregunta le duele aquí la barriguita”*. Otro aspecto a destacar es que Andrés considera que el hecho de que su papá haya tomado la decisión de cerrar los ojos hace unos años para acá es un indicio de que hay algo más que el alzhéimer que aqueja a al adulto, aunque él considera que es una consecuencia de la enfermedad de la cual padece. *“El proceso ha sido que el cada vez menos reconoce, él tiene todos sus sentidos bien, el oye, la ve, le dio por cerrar los ojos, eso es otra cosa que le dio la enfermedad, le dio por cerrar los ojos, la ve, pero pues el cerro, a veces medio los abre por ratos y vuelve y los cierra ahí mismo”*.

En cuanto al adulto mayor del cual se encarga Sara, se presenta un diagnóstico de alzhéimer que se ha ido manifestando cada vez más fuerte con el pasar de los años.

Por otro lado, la adulta mayor al cuidado de Olma presenta unos diagnósticos diferentes, la participante manifiesta que su abuela tuvo cáncer de mama, esta diagnosticada con hipertensión, tiroides y tiene una ulcera en la pierna, *“Bueno ella es una persona sobreviviente de cáncer de mama, todo ese proceso fue muy complicado porque ella se sintió una masa en el seno, pero cuando nos dijo ya llevaba tiempo, se le hizo quimio y después vino la cirugía, mi abuela se recuperó con el tiempo tomándose los medicamentos que el médico le mando, alimentándose bien fueron 5 años de tratamiento. Ahora esta hipertensa y tiene un problema con una ulcera en la pierna por lo que está en tratamiento y también sufre de la tiroides...”* (Olma)

La siguiente categoría que se ha descrito dentro del proyecto aquí planteado tiene que ver con los *recursos emocionales* de los cuidadores que hicieron parte de la investigación. Para esto, se tuvieron en cuenta 3 subcategorías que permiten

evidenciar el impacto de cumplir el rol de ser cuidador de un adulto mayor. Dichas subcategorías son: social, familiar y espiritual.

Para la subcategoría social, se encuentra que tres de los cuatro participantes de la investigación describen que cuentan con un apoyo social adecuado o por lo menos así lo perciben. Una muestra de lo anterior se refleja cuando Andrés manifiesta que jugar fútbol e ir a trabajar es la mejor forma de poder entrar en contacto con los demás: *“Mi trabajo y jugar futbol, no hago nada mas de actividades. En mi trabajo es duro es pesado, pero ayuda hacer deporte, yo soy maestro de construcción, y el futbol porque considero que el deporte es bueno, me genera salud y bienestar”*

De igual forma, para Sara la mejor opción que ella puede encontrar es poder compartir con su familia, con sus amigos, poder conversar con diferentes miembros que componen su red de apoyo. Además, ella describe que siente el apoyo de su familia cuando estos le manifiestan una valoración positiva por las tareas de cuidado que realiza al estar a cargo de su tía.

Por otro lado, Olma encuentra en las salidas y el deporte parte fundamental para poder percibir un buen apoyo social: *“Comparto mucho con mis amigas, estoy siempre relacionándome con mi familia porque soy muy de casa y me gusta montar en bicicleta y leer”; “Me voy de viaje, me voy para Medellín para donde unas sobrinas a compartir algo diferente, un ambiente diferente por allá”.*

Además, para esta última participante es importante que su aspecto físico sea percibido de una manera aceptable según los parámetros sociales de su contexto *“Cambie hace 10 meses mis hábitos alimenticios, tenía sobre peso y he bajado 22 kilos eh al regresar a mi casa tipo 7 de la noche voy a montar en bicicleta o voy a natación dos veces a la semana o a veces llego a mi casa tan agotada y tan perdida de fuerzas que me ducho y me acuesto en mi cama a descansar y a escuchar música esas son las labores más rutinarias”*

El apoyo social en Martha se puede ver reflejado desde el apoyo familiar, pues durante toda la entrevista se encuentra que su mayor fuente de comunicación o de apoyo son los miembros de su familia tales como los hermanos, los hijos y los nietos

que acompañan día a día su labor de cuidado. Sin embargo, no se logra identificar en la subcategoría de apoyo social, pues va más ligado a la subcategoría de apoyo familiar que se presenta a continuación.

En cuanto al *apoyo familiar*, se encuentra que todos los participantes que hacen parte de esta investigación evidencian que la familia es una parte fundamental para la vida que llevan cumpliendo como cuidadores.

En este orden de ideas, Martha manifiesta que la familia es parte crucial dentro del cuidado de su mamá, pues ellos son quienes brindan apoyo económico, laboral y hasta social entendiendo que son una red de apoyo vital para esta cuidadora, esto se ve reflejado cuando la participante manifiesta que: *“Si, es que yo tengo hermanos en Bogotá que tiene una empresa, tengo otro hermano aquí aparte de mi hermana y tengo otro hermano también que se llama Guillermo. El también está aquí y lo puedo llamar en cualquier momento. Aquí si todos están muy pendientes de ella”*.

De la misma manera, Andrés deja claro que los hermanos son importantes dentro de la estructura del rol de cuidador primario, pues en este caso, ellos son quienes brindan apoyo con el cuidado, con la manutención y la economía que supone estar con el papá todos los días. Lo anterior se puede evidenciar cuando se le pregunta acerca de quiénes son sus apoyos en la labor de cuidado y el participante responde: *“Uy si es mucho, porque ellas me aconsejan, me dicen que no me ponga así, que también me voy a enfermar, ósea yo recibo muchas ayudas de mis hermanas”*.

Contrario a lo manifestado por Andrés, Sara aunque considera que la familia es importante ya que cumplen un rol de apoyo, se percibe que en su caso no lo recibe cuando se indaga acerca de quién o quiénes son las personas a las que acude si se siente triste, preocupada o angustiada, por todo lo que sucede con su tía ella manifiesta: *“Cuando llego a mi casa con mis hijos, pero allá no, porque ellos (casa de la tía) hay veces que no sé si es que no se quieren dar cuenta o les da risa...”*. Sin embargo, la participante expresa que ese apoyo que recibe por parte de su familia en ocasiones no es permanente, pues cuando se indaga acerca de qué piensa su familia

acerca de las labores de cuidado que ella ejerce con su tía, su respuesta es: *“Pues a mis hijos como que no les agrada de a mucho, porque ellos dicen que como que los otros son muy frescos”*. Por otro lado, esta participante percibe un apoyo económico y material adecuado por parte de las personas forman el núcleo familiar de la señora a la que cuida.

Los resultados que se obtienen por parte de Olma son diferentes a los encontrados en los demás participantes de esta investigación, pues ella evidencia que aunque existe un apoyo por parte de la mayoría de miembros que conforma la familia, una de las hijas de la abuela a quién ella cuida no está de acuerdo con su forma de cuidado y por ende, el día a día se hace mucho más complicado: *“la hija es la que pone oposición a todo lo que yo hago, entonces hay choques, palabras hirientes y hay ironía, y eso es lo que yo no quiero que pase más de ahí y quiero como ausentarme un tiempo de esa situación y hoy quiero ir a esas vacaciones y no quiero volver”*. Evidenciando desmotivación frente a las actividades que realiza a tal punto de pensar en renunciar a ellas.

Ahora bien, para la siguiente subcategoría denominada *espiritual* referido a todo aquello relacionado con las prácticas religiosas o espirituales que generan que el cuidador perciba un apoyo se encuentra que tres de las cuatro personas que hicieron parte de esta investigación manifiestan sentir una ayuda cuando asisten a la iglesia. Lo anterior, se evidencia de la siguiente manera:

Para Martha asistir al culto es una buena forma de despejarse y relajarse *“...otras veces los fines de semana asisto al culto, me gusta mucho ir al culto, estoy con mi hija, entonces eso me ayuda también a despejarme (risas). Sí, me estoy con ella, allá, todo el día, a veces con mi hijo, cualquiera de ellos voy y los visito y paso la tarde. Sí, es que uno tiene que ir buscando también la forma de relajarse, porque si no uno se estresa y mantiene estresado a toda hora pues entonces sería como peor para atender a la persona (risas)”*.

Andrés expresa que es una experiencia muy dura y en la parte espiritual para él lo más importante es la fe, se encuentra agradecido con dios por todo lo que le ha

ayudado *“Pues es una experiencia que uno no se la recomienda a nadie, porque es DURO, duele ver la situación de él, para las personas que se enfrenten a esto lo que les digo que tengan mucha fe, que oren mucho con el señor, estoy muy agradecido porque me dio mucha paciencia porque recién inicio la enfermedad yo no le tenía paciencia él era muy necio, pero yo ore y le pedio a dios que me diera paciencia y vivo muy agradecido a con dos porque me ayudo”.*

Sara manifiesta lo importante de las prácticas religiosas para ella, ya que acude a la iglesia semanalmente porque le gusta la misa *“A mí me gusta asistir a la iglesia todos los jueves, hacen una misa muy bonita por acá y a mí me gusta ir porque me parece lindo ir”*

Por otra parte, para Olma la fe en Dios es su apoyo en los momentos de tristeza y sobre carga, las prácticas religiosas como lo es asistir a misa la reconfortan *“No, pues yo me apoyo es en Dios, le pido que me de fuerzas, que me quite la sobrecarga y la tristeza, al ir a misa vuelvo y tomo aliento, para mí es muy fácil cambiar de ánimo con la ayuda de Dios yo no me quedo eh... en la tristeza en el llanto, yo lloro me desahogo y vuelvo a ser la misma persona de siempre, la está muerta de la risa, la que está siempre alegre y la que como sino le pasara nada”.*

Los recursos materiales es la siguiente categoría de análisis que se ha planteado en esta investigación, esta categoría se divide en dos subcategorías que son lo *ergonómico* y lo *económico*.

En cuanto a la subcategoría *económico* se encontró que todos los participantes cuentan con un apoyo económico el cual es percibido de buena manera, esto se evidencia cuando por ejemplo Martha manifiesta que la mayor parte de sus ingresos provienen de las ayudas que recibe de sus hermanos:

*“Se dialoga con ellos y todo para poder tener también ahí la pelada para que ella se quede en las horas que yo no estoy o haga unas cosas mientras que yo estoy pendiente de mi mamá...”*

Por otro lado, el apoyo económico no proviene solamente de su familia, aunque esta participante reciba un pago mensual por cuidar a su mamá ella también

consigue recursos por hacer otro tipo de cosas, como lo narra a continuación *“No, es variable, porque depende de lo que yo haga así por ahí. Ahorita por lo menos en este tiempo no he vuelto a volver a hacer los postres. Pero por lo menos, mis hijos ahora van a montar un restaurante y tal vez ahí empiece a hacer cositas pero de resto no. No es más, lo que me dan aquí y ya”*.(Martha)

Ahora bien, Andrés consigue sus recursos de manera distinta, esto quiere decir que a través del apoyo que obtiene por medio de la interacción entre hermanos, la economía para el cuidado del papá se basa en el aporte en algunas ocasiones igualitario por parte de cada uno, además el padre cuenta con una pensión de la cual se saca para el pago de los gastos: *“Pues la droga el seguro se lo da, lo único son los pañales porque el seguro se los negó, entonces toca comprárselos, pues se los estaban dando y hoy en día se los negaron, entonces vamos a meter un derecho de petición para porque ahorita en día se los negaron, no se los quieren dar sabiendo que el los necesita porque él depende todo todo de uno, porque él se hace popo, se orina, por lo que a él ya el cerebro no le manda órdenes”*

De igual forma, el participante trabaja como maestro de obra y para él es supone un reconocimiento el hecho de poder ayudar a su padre contando con su propio dinero: *“No, porque yo dependo de mí mismo, yo trabajo, yo pago mi alimentación, ayudo con los recibos, todo normal, también le compro muchas cosas a él, a pesar que él tiene su pensión, pero pues me nace, ¿cómo te digo? Reconocer todo lo que él hizo, la clase de persona que soy es por él, yo soy una persona buena, correcta, trabajadora, responsable, entonces yo vivo muy agradecido, porque lo que uno le da es muy poquito para lo que él hizo por uno”*(Andres).

Sara para el cuidado de la tía no necesita más que la pensión de la cual es beneficiaria la misma señora a al que cuida. Es a partir de ahí que se obtiene el dinero para cubrir todos los gastos que supone el cuidado de la señora. Sin embargo, en la entrevista se encuentra que no hay muchos más gastos además de la energía, el agua y la comida para el cuidado de la señora, lo que implica de manera sustancial un ahorro en cuanto a dinero se refiere. Además, la familia a tomado la decisión de

suspender el tratamiento que había mandado el psiquiatra para el tratamiento de la depresión y el alzhéimer:

*“A ella le mandaban un medicamento pero ellos no le volvieron a dar ese medicamento y no te sabría decir porque no sé, no me acuerdo como se llama...”; “No le volvieron a dar ese medicamento porque la alteraba más, ella dice que si se sentía más, se alteraba, le daba taquicardia, se ponía mal con eso”; “ellos se lo quitaron y ya, no le consultaron al médico ni nada”(Sara)*

Por el lado de Olma, el apoyo económico para los cuidados de su abuela proviene por parte de dos personas particularmente: “El hijo que está en Bogotá y la nieta que está en Londres”, ellos son los encargados de pagarle a ella como cuidadora, de cubrir todos los gastos en medicamentos que tiene la abuela y del pago de los servicios de la casa. Asimismo, uno de los hijos que vive con ellas se encarga del transporte hacia la clínica cuando se requiere para cualquiera de los controles para los cuales tenga cita. Ahora bien, el único sustento económico que recibe la participante no es la remuneración por cuidar a su abuela, ella también obtiene sus recursos del alquiler de un apartamento en Florida:

*“Sí, claro yo tengo una casa y pues todos los meses me llega lo del arriendo, porque la tengo arrendada ya hace dos años”.*

Lo encontrado para la subcategoría *ergonómica* nos deja ver que no hay mayores cambios en la estructura de la física de la casa donde viven los adultos a los cuales hay que cuidar. Solamente se evidencia que uno de los participantes para el mejor desplazamiento de su abuela se ha realizado unas modificaciones en el baño como lo manifiesta Olma *“Si, en la bañera se tuvieron que hacer unos cambios, se pusieron apoyos para que ella pueda tomar, como se llama eso ... pasamanos, para que ella tenga mayor estabilidad cuando entre al baño y a la ducha, eso lo han acondicionado para que ella tenga una mejor calidad de vida”.*

Para el resto de los pacientes se han incluido dentro de los cuidados, herramientas que permiten un mejor apoyo para el desplazamiento, tales como bastones, sillas de ruedas, asientos reclinables, camas hospitalarias, entre muchas

otras cosas. *“Ella come sola y va al baño sola, pero para bañarse y vestirse si necesita ayuda, digamos que para caminar lo hace con ayuda de un caminador por lo de la ulcera, pero en todo lo demás ella es independiente”.* (Martha)

La siguiente categoría se refiere a los procesos de información y conocimiento por parte de los cuidadores, para lo cual se ha denominado categoría de recursos informacionales, esta categoría se divide a su vez en dos subcategorías que han sido llamadas *humanización e información*.

Para la subcategoría de *humanización*, donde se habla acerca de la orientación al servicio ligado a la atención que se brinda en la EPS de la cual hacen parte los cuidadores y los pacientes, se encuentra que por parte de tres de las cuatro personas que hacen parte del estudio hacen una valoración positiva de la atención y la ayuda que han recibido por parte de su EPS, solo una de las participantes no hace una valoración al respecto de la atención por parte de la EPS porque no hacen un uso frecuente de la misma. Para evidenciar lo anterior, Martha manifiesta lo siguiente: *“Muy buena, yo tengo SURA y me ha parecido muy buena, se concentran mucho en la enfermedad que tienen, el médico general que tienen es médico especialista en epoc, entonces también hacen reuniones en las que les enseñan cómo debe manejarse todo lo que tiene que ver con el EPOC”;* *“Si, con los doctores si, el doctor que la atiende siempre ha respondido, cuando necesita inhalaciones, el doctor mismo va hasta urgencias y pide las inhalaciones. Pero ya últimamente como las inhalaciones no se le volvieron a hacer por la medicina, ella ya no tiene problema por estar corriendo para ir por eso”.*

Sin embargo, Martha deja claro que hay temas en los que todavía el servicio no cuenta con la mejor ayuda para la persona que realiza el cuidado pues ella tiene que desplazarse hasta el lugar para poder realizar una nueva autorización de los servicios, por ejemplo *“Si, me toca ir hasta centro empresa, porque SURA esta en centro empresa y allá me firman y todo y me la dan por 3 meses pero ahora me toca hacer eso cada 3 meses. Tengo que estar pendiente de que me den la cita”*



Mientras tanto, Andrés expresa que en la única ocasión en la que consideraron importante la ayuda de la EPS, la entidad a la cual pertenece su padre ha respondido de manera adecuada: *“No, nosotros le pedimos el medico en casa para que cada mes venga y eso se lo dieron sin ningún problema, también viene una enfermera y la que le hace las terapias”*.

Por su parte, Olma valora la atención en unos aspectos ya que ha tenido muy buenas ayudas por parte de la EPS para los cuidados con su abuela, pero tiene malestar frente a otros y hace un llamado de atención para mejorar el servicio, como lo manifiesta a continuación:

*“Si, yo fui al médico general, el médico general le comenté unas cosas y el me dijo que me iba a mandar para donde el profesional que es el psicólogo, hacer terapia porque de todas maneras tiene que estar uno como equilibrado tanto en los sentimientos emocionales como los espirituales llamaría yo, entonces ese equilibrio y ya tenemos terapia con la psicóloga”, “Le dan sus citas y es una muy buena atención pero lo que es los implementos que ella necesita la familia tiene que comprárselos”; “El que uno pudiera decir que tiene en la casa un adulto mayor en estas condiciones y que la EPS se ofreciera, pero no es así, ahora la salud es muy complicada para de pronto, porque en cada casa hay un adulto mayor en condiciones paupérrimas diría yo que no se les está dando él debía cuidado y ellos no van a prestar ese servicio, ellos no prestan el servicio como tal para el cuidador y también creo yo que no lo prestan porque uno no hace conocer que eso se debe hacer, la verdad no hay intereses, si no hay plata de por medio no se hacen las cosas”(Olma).*

En cuanto a la subcategoría de *información*, que se refiere a la educación u orientación que brinda, en este caso, la EPS. Se encuentra que todos los participantes evidencian que la EPS de los cuales son contribuyentes o a la cual pertenecen los adultos a los que cuidan, no han brindado información acerca del cuidado, ellos han tomado entonces la decisión de buscar por otros lados conocimientos u orientaciones que les permita ejercer de mejor manera el cuidado de los pacientes.

Martha: *“Pues en ese caso, a mí me gusta los conocimientos sobre las terapias porque mi mamá comienza con los dolores. Inclusive yo quisiera hacer un curso para saber de cómo hacer masajes, eso me gusta, pero hasta ahora no lo he hecho. Pero si, ya ve que a mi si me gustaría hacer eso”*. Esta misma participante manifiesta que la EPS si le ha brindado orientación respecto al cuidado del EPOC pero no de ayudas para ser cuidador.

Andrés: *“¿cómo yo cuidador? No, pues yo pago mi salud y él tiene su seguro porque él es pensionado, ¿pero pues que tenga apoyo de ellos para cómo cuidador? No”*; *“No, ósea aprendí como le digo, la muchacha que viene los jueves hacerle las terapias, yo me siento acá a ver, para aprender y hacerle no solo los jueves, porque él es muy tieso, por la quietud de él, como le digo a aprendí viendo”*; *“Pues, para mi es bien, hasta me han operado, pero en el rol de cuidador no nada, y en el seguro que atienden a mi papá no ninguno, ellos vienen visitan a mi papá lo revisan y le dicen que está bien y ya, no dicen que hay que hacerle nada ni como, pero no le dicen ve tienes que hacer esto”*.

Sara: *“Yo a veces me pongo a buscar en internet, porque ella a veces se pone a gritar, entonces yo me desespero y me pongo a buscar en el celular pero la EPS pues como casi no la utilizamos, tampoco nos han dicho nada a acerca de las labores”*

Olma: *“Si, pues porque a veces hay charlas de hipertensión de diabetes y de obesidad y a mí me ha gustado y he asistido a esas charlas. Pero capacitaciones en como tal no”*.

Además de las categorías expuestas anteriormente, se han encontrado en la mayoría de las entrevistas una categoría emergente que puede hacer referencia a la percepción que tienen los demás hacia el rol como cuidador, dado que los participantes han manifestado sus creencias sobre las valoraciones que reciben de los demás, se han encontrado respuestas como:

Andrés: *“Bien, me dicen que sí, antes me dicen que siga siendo así, que todo esto se me va a retribuir, ellos me admiran, la paciencia el amor que tenemos por él, porque somos todos, pero ellos ven que como uno está aquí, más constante”*

*con él, uno lo saca a caminar en la calle, lo lleva al parque, a comer una ensalada de frutas o lo saca en la silla de rueda al parque bosque a comer un cholado, entonces todo el mundo se queda como aterrado. Son muy pocos lo hijos que hacen eso hoy en día por los papas, van y lo tiran a un ancianato, se desentienden de ellos, no, yo digo lo primero que digo es que jamás de los jamases, si no tengo quien me lo cuide yo dejo de trabajar, me voy para la casa, no lo voy a dejar tirado en ningún lado”.*

Por otro lado, otra de las categorías emergentes que salen a partir de los resultados puede ligarse a las dinámicas familiares que existen en la casa de los pacientes que son cuidados, pues se ha encontrado que en una de las participantes que hay un choque permanente con una de las hijas de la abuela, lo cual ha impedido que el sentimiento positivo de cuidar a su abuela sea mucho mayor y tienda por convertirse en algo negativo:

*Olma: “Pues realmente yo con la abuela no tengo nada, ni queja, porque nos hemos entendido muy bien nos damos el cariño, la aceptación y el servicio yo se lo presto con todo el corazón, pero cuando yo hago las cosas de corazón ... Si, son pequeñeces para mí de pronto para ella es como marcar como el ejército, por ejemplo mi llegada es a las 8, 5 minutos más tarde y ella ya está diciendo llego tarde y hace que esos minutos que llegue tarde entonces no me deja salir a las 12 sino a las 12 y 10 de los minutos que llegue tarde”*

Es importante agregar, que se aplicó un instrumento antes de iniciar la entrevista con cada uno de los participantes en este estudio, en el cual se encontraron relaciones importantes entre el nivel de sobrecarga y el apoyo que reciben cada uno de ellos. No obstante, Olma fue la de mayor puntaje en los niveles de sobrecarga, esto demuestra la alta relación que existe entre la prueba psicométrica y lo expresado en la entrevista, pues hay que recordar que Olma siente que su apoyo familiar es bastante poco ya que no están de acuerdo en la forma en la que ella realiza los cuidados de su abuela. Los demás participantes, mantienen unas calificaciones por debajo o igual a veinticinco, lo que quiere decir que los niveles de sobrecarga cuando cumplen el rol de cuidador, son bajos y esto se ve reflejado en la cantidad de apoyo familiar y emocional que le brindan a ellos sus familiares, amigos y pareja.

## DISCUSIÓN

La calidad de vida de los cuidadores en la mayoría de las ocasiones se ve afectada por el desempeño de su rol, generalmente se destaca la pérdida de interacciones sociales, la necesidad de apoyo y de tiempo de ocio (Díaz-sosa et al., 2014). Por esto, cuando la persona dependiente tiene un diagnóstico de depresión, puede llegar a impactar más fuerte las necesidades de los cuidadores, debido a que los pacientes con este tipo de enfermedad mental tienden a perder el ánimo para realizar las tareas cotidianas, sufren de insomnio, manifiestan descontento, entre otras.

De esta forma, el objetivo general planteado para esta investigación fue determinar la percepción de la calidad de vida de cuidadores primarios de adultos mayores diagnosticados con depresión. Para lo anterior, se tuvieron en cuenta cuatro (4) objetivos específicos que ayudaron a dar cuenta de dicha percepción, estos son: (a) *Conocer las condiciones médicas de salud del adulto mayor que tiene a cargo el cuidador*; (b) *Identificar los recursos materiales con los que cuentan los cuidadores primarios de adultos mayores*; (c) *reconocer qué recursos emocionales son los más importantes para los cuidadores primarios* y (d) *determinar cuáles son los recursos informacionales necesarios a partir de la experiencia de ser cuidador*.

Así pues, uno de los objetivos específicos buscaba conocer las condiciones médicas de salud de los adultos mayores que tienen a cargo los cuidadores que decidieron participar en este proyecto, se obtuvieron resultados que permitieron corroborar lo que plantea Paredes y Aguirre (2016) cuando exponen que el inicio de la depresión tiene distintas causas y entre ellas se encuentran las enfermedades médicas como uno de los factores que precipita la aparición de un cuadro depresivo.

En este orden de ideas, Molina et al. (2003) también manifestaba algo similar a lo que Paredes y Aguirre (2016) comentan en su investigación, pues él expresa que los adultos mayores que padecen depresión, en su mayoría están diagnosticados con enfermedades crónicas como (cáncer, obesidad, hipertensión, asma, entre otras enfermedades.). Lo anterior, se confirma con los resultados obtenidos en esta investigación, pues la mayoría de los adultos mayores que cuidan las personas que participaron en las entrevistas padecen enfermedades que se pueden catalogar de nivel agudo (EPOC, úlceras, Alzheimer).

Estas enfermedades han ocasionado en los pacientes, en algunas ocasiones, el desencadenamiento de cuadros depresivos, generando insomnios, descontento con la vida, sentimientos de inutilidad, sentimientos de soledad, entre otros que, a su vez, exponen a los cuidadores a tareas mucho más complejas de las que ya realizan cotidianamente. Incluso, en uno de adultos mayores que es cuidado por uno de los participantes de esta investigación, la enfermedad de Alzheimer y todas sus secuelas, ha ocasionado que el paciente cierre sus ojos de manera voluntaria sin volverlos a abrir, en este caso específico, los profesionales de la salud que atienden a esta persona, no han diagnosticado alguna condición que requiera un tratamiento específico.

Aunque la mayoría de EPS brindan información acerca de los cuidados que deben tener con las enfermedades diagnosticadas, no se brinda acompañamiento en las consecuencias que puedan tener dichos diagnósticos, un ejemplo de esta situación es lo que ocurre con la paciente que sufre de EPOC, pues si bien los familiares y en especial la cuidadora tiene mucha información acerca de la condición en la que se encuentra su mamá. Sin embargo, la cuidadora no sabe qué hacer con muchos de los comportamientos y las formas en las que su madre reacciona ante cualquier situación de la cotidianidad, que generalmente está ligada a la impotencia por no poder realizar las actividades que antes si podía ejecutar.

Por otro lado, se evidenció que el hecho de padecer una enfermedad obliga tanto a los adultos mayores como a las personas que se encargan de sus cuidados, a cambiar la frecuencia y cantidad de actividades diarias, pues cuando se padece una

enfermedad que limita las capacidades cognitivas y motoras de los pacientes mayores, existe una pérdida en la autonomía intelectual y física para realizar las tareas (Ferrer, Madera, y Díaz, 2003).

Por otro lado, dos de los cuatro participantes investigados, manifestaron que los adultos que cuidan presentan indicadores de dolor cuando se realizan tactos en partes del cuerpo, comportamientos de intensidad, gritos, llantos, conversaciones incoherentes, entre otras manifestaciones que no han sido diagnosticados, esto podría indicar que para el profesional de la salud que atiende estos adultos mayores, es mucho más importante trabajar sobre la enfermedad que aqueja de manera sustancial al adulto mayor que tratar dolores leves o que se presentan con poca frecuencia.

Con respecto a la *identificación de recursos materiales con los que cuentan los cuidadores* se observó que, en su mayoría, los cuidadores cuentan con los recursos adecuados para realizar las tareas diarias que surgen del cuidado del adulto mayor lo que impacta positivamente en la percepción de bienestar que tienen los cuidadores sobre sí mismos.

De hecho, hay que tener en cuenta que dos de las personas entrevistadas para esta investigación, aunque no presentan quejas en cuanto a sus recursos y necesidades, se encuentran fuera de la ciudad de Cali, esto genera que la gestión de los recursos monetarios y materiales para el desplazamiento del adulto hacia a ciudad Cali por las citas y los exámenes sea de mayor complejidad.

Planteado lo anterior, dichos recursos, en su mayoría son económicos, Grau (2001) comenta que el factor socioeconómico influye de manera directa en la percepción de calidad de vida de un cuidador, pues depende en una proporción importante el dinero con el que se pueda brindar las condiciones materiales necesarias al adulto mayor y su cuidado. De esta forma, los resultados evidencian que todos los cuidadores cuentan con una base económica sólida que les permite suplir todos los requerimientos al paciente sin depender únicamente de los recursos brindados por las EPS. En este punto es importante resaltar que aunque los

cuidadores no depende únicamente de los recursos brindados por las entidades, estos se encuentran afiliados a EPS privadas las cuales tienen una mejor percepción de los servicios y atención prestada.

Lo anterior, evidencia la existente discusión sobre los diversos factores que afectan al sector salud pública, la manera en la que está organizada la provisión de los servicios, la calidad y acceso a los mismos, la ineficiencia en el manejo de los recursos o la escasez de estos, el diseño de los planes de atención en los regímenes vigentes, la crisis financiera de los hospitales públicos y los resultados en materia de prevención y promoción de la salud.

Ahora bien, las entrevistas arrojaron evidencias de la satisfacción acerca del sistema de salud en la situación de cada uno de los adultos mayores y sus cuidadores; se encuentra que tres de los cuatro participantes tienen contacto directo con la EPS a la que se encuentran afiliados y manifiestan una atención adecuada para lo necesario en cuanto a la salud del paciente, reciben ayudas con pañales, cremas, medicamentos, homecare, sin necesidad de hacer uso de la interposición de acciones de tutela para poder acceder a todos los beneficios que deben brindar las EPS.

Lo anterior, es algo que contrasta con la realidad colombiana y lo manifestado por García Betancur (2014), pues aunque él afirma que el sistema de salud en Colombia está en crisis y no logra garantizar los derechos a la salud, se encuentra que por lo menos una de las entidades prestadoras de salud si garantizan los derechos al adulto mayor involucrado en este estudio, dicha EPS es Suramericana, que según el ranking de satisfacción de servicios prestados, expuestos por el MINSALUD (2017), es la primera en el escalafón, predominó entre las entidades a la cual están afiliados los cuidadores o los adultos mayores para suplir las necesidades médicas sin expresar ningún descontento.

Además, las EPS en Colombia sufren constantes interposiciones de acciones de tutela, debido al no aseguramiento de los medicamentos e instrumentos básicos para las personas en situaciones crónicas, por lo que evidencia que existe también una omisión a lo que se plantea en la Ley colombiana en el artículo 46, donde queda

de manera expresa que “el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia”. (Zuluaga y Robledo, 2016).

Otro aspecto, en cuanto a los recursos materiales fue la adecuación del lugar de vivienda. Una de las participantes manifiestan haber hecho adecuaciones en la estructura del baño de la casa donde vive el adulto mayor, dicha modificación obedece a la necesidad de un mejor desplazamiento dentro del baño y una movilidad mucho más cómoda y segura tanto para el paciente como para el cuidador. Sin embargo, no fue un común denominador las modificaciones en el hogar, pues los participantes de la investigación contaban con bases económicas sólidas, como se menciona en párrafos anteriores, para velar por la óptima y segura movilidad del adulto mayor dentro y fuera del hogar.

Por otro lado, los autores Flores, Rivas y Seguel (2012), realizaron una investigación en la que se trabajó con personas que se consideraban cuidadoras y presentaban sobrecarga intensa, dichas personas no realizaban trabajos remunerados por fuera de su hogar, debido a la cantidad de demanda en tiempo que le exigían los cuidados del adulto mayor.

Pues bien, lo anterior se contrasta con los resultados expuestos después de realizar las entrevistas, pues todos los cuidadores son remunerados por ejercer los cuidados de los adultos mayores y en ocasiones dos de los cuidadores ejecuta tareas por fuera del hogar de los cuáles también obtienen un ingreso económico que no es gastado en necesidades del adulto mayor de manera fija. Además, cuando se les aplicó el cuestionario de sobrecarga ZARITT, se encuentra que los niveles de sobrecarga de los cuidadores son bajos, dejando en evidencia que uno de los factores que fue calificado con menor nivel de sobrecarga, está relacionado con la pérdida de espacio para la vida privada.



Esto llama la atención, pues uno de los aspectos que fortalece las bases sólidas de la economía en el hogar de estos cuatro cuidadores es que dos de los adultos mayores son pensionados y cuentan con la distribución necesaria y equitativa del dinero para suplir los gastos y los otros dos cuidadores cuentan con familia fuera del país y de la ciudad donde residen y ellos son quienes se encargan de los gastos en el hogar.

Por otro lado, resulta atípica la remuneración económica de todos los cuidadores que participaron en este estudio, pues en la realidad colombiana, la mayoría de los cuidadores primarios no reciben dinero por realizar cualquier tipo de cuidados a los adultos mayores de los que están encargados, inclusive, la cantidad de apoyo familiar para ejercer el cuidado del paciente contrasta demasiado con lo que se evidencia en el estudio, ya que en Colombia, el panorama acerca de la manera en la que se afronta el cuidado de una persona por parte de la familia resulta siendo un motivo de discordia entre el núcleo familiar cercano al paciente que necesita de los cuidados.

Por otro lado, cuando se busca *reconocer cuáles son los recursos emocionales más importantes para los cuidadores* se evidencia que podrían estar entre la necesidad de apoyo por parte de su familia y el tiempo que puedan dedicar a su vida.

López et al., (2009), manifiesta que dentro de las necesidades que más se pueden observar en los cuidadores primarios se encuentra el apoyo por parte de su familia, pues es vital para poder enfrentar los cambios que se puedan dar durante la etapa de los cuidados del adulto. Este mismo autor en 2011, manifiesta que otra de las necesidades es una red de apoyo, pues el desgaste emocional que genera la responsabilidad de cuidar al anciano es bastante y, por ende, es necesario sentir que el cuidador no es el único responsable de lo que suceda con el adulto a su cargo. Así pues, se identifica que, en los participantes de esta investigación, el apoyo por parte de sus familias es un requisito crucial que han tenido durante la ejecución de los cuidados, generando en ellos una baja percepción de sobrecarga en su rol de

cuidador, permitiéndoles sobrellevar todas las emociones y sentimientos que pueden surgir día a día en la ejecución de sus tareas.

En este orden de ideas, cuando se abordan las necesidades de cada uno de los cuidadores, se encuentra algo similar a los resultados de Díaz-Sosa et al., (2014), en donde se halla una relación entre la necesidad de tener con quién conversar acerca del cuidado y la comprensión de las emociones que surgen a partir de dicho cuidado y el nivel de sobrecarga. En este sentido, en su mayoría, los participantes de este estudio evidencian que el hecho de tener una red de apoyo por parte de su familia o de sus amigos es un aspecto que los hace sentir menos sobrecargados porque pueden delegar funciones del cuidado y sentir que alguien los comprende. De forma tal que, la calidad de vida se verá afectada positivamente tal como lo evidencian Llach, Suriñachb y Gamisansb (2004) y López et al., (2009), cuando afirman que los cambios que se evidencian en la cotidianidad de los cuidadores y suplir las necesidades de los adultos mayores, sirven para ir formando la percepción de la calidad de vida.

Lo anterior es importante debido a que tres de los cuatro participantes observan de manera positiva cumplir con el rol de cuidador primario del adulto mayor que se encuentra a su cargo. Una de las participantes no lo ve de la misma manera, debido a que las dinámicas familiares que se desarrollan dentro de su familia no son las más propicias para ejercer los cuidados y, por ende, se evidencia una afección en las emociones generadas por cuidar a su abuela.

No obstante, aunque los cuidadores presentan una buena red de apoyo por parte de su familia principalmente, para ellos esto significa más que sentirse acompañados; sentir el apoyo de su familia, facilita que puedan tener tiempo para poder realizar cosas que les gustan, uno prefiere jugar fútbol, otra prefiere tejer o hacer postres para la venta, mientras que otra de las cuidadoras busca pasear y la última prefiere salir a festejar con sus amigos. En cambio, en la narrativa de uno de estos participantes se evidencia que el hecho de dejar su hogar para salir a realizar su trabajo como maestro de obra o ir a jugar fútbol con sus amistades, no es del todo agradable, pues los pensamientos acerca de cómo estará la situación de su padre lo mantiene alerta y evita que se distraiga de la manera en la que busca hacerlo.

Ahora bien, cuando se habla del cuidador primario, que es el eje central de este estudio, se encuentra que López et. Al (2009); Grau (2011), manifiestan que el rol de cuidador primario por permanecer en mayor proporción de su tiempo ejecutando labores de cuidado del adulto mayor generalmente presenta sobrecarga, estados de ánimo bajos y un mayor desconocimiento de cuidados específicos del adulto mayor. Todo lo anterior, se contrasta por los resultados de las entrevistas, pues los cuidadores durante las mismas y según las respuestas de tres de cuatro participantes, se evidenciaron muy tranquilos y completamente seguros de que lo que están haciendo lo hacen por un bien mayor que es su familiar más cercano (Padres, madres o abuelos).

Por otro lado, como resultado durante las entrevistas realizadas a los participantes investigados, surge un aspecto que no se había tenido en cuenta dentro de este estudio y que afecta negativamente la parte emocional de la cuidadora que manifestó la situación. El aspecto en cuestión tiene que ver con las dinámicas de relacionamiento dentro de la familia, pues se evidencia un grado de dificultad mayor para ejercer el rol de cuidador cuando la familia no está de acuerdo con que una de las personas que también pertenece a la familia realice los cuidados.

Lo que se menciona anteriormente, sugiere la necesidad de investigar cuáles son las dinámicas que podrían favorecer el relacionamiento familiar que actúan como un factor protector, para que una persona que sea miembro cercano de adulto mayor que necesita ser cuidado, pueda asumir el rol sin ningún problema y con un apoyo sólido por parte de su familia.

Esto refleja más la realidad colombiana, pues es fácil encontrar familias que se encuentran en problemas o situaciones difíciles debido a sus dinámicas de relacionamiento, aunque esta situación se puede presentar en panoramas distintos en Colombia, en este estudio apareció como resultado del cuidado de un adulto mayor, esto pone sobre la mesa la discusión acerca de la necesidad de innovar en las intervenciones de familia, ya que cuando se trata de un cuidador pareciese que el tema fuese más individual, donde la persona que debe tener acompañamiento profesional es el que ejerce el rol de cuidado.

A causa de la pregunta: ¿cómo se siente realizando las labores de cuidado? realizada en las entrevistas, se evidenció que a todos los participantes les agrada que los perciban como “buenos hijos” o “buenos nietos”, de lo que se puede observar que es importante dentro de las características del apoyo emocional del cuidador, entender cómo la percepción positiva del otro afecta directamente en la emocionalidad y ego de la persona que cumple el rol de cuidador.

Por último, fue importante para establecer una percepción de calidad de vida, *determinar cuáles son los recursos informacionales necesarios a partir de la experiencia de ser cuidador*. Como respuesta a este objetivo, se encuentra posturas diferentes por parte de los cuidadores, algunos expresan que es importante tener apoyos psicológicos y otros conocer acerca de los cuidados de un adulto mayor.

Sin embargo, López et al., (2009) recoge todas estas necesidades expresadas por los participantes en la investigación habla acerca de que los cuidadores primarios tienen necesidad de conocimientos sobre la enfermedad, sobre las rutas de atención, sobre los organismos a los que puede acudir el cuidador y estrategias para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Así pues, de acuerdo con los planteamientos de López et al., (2009), los cuidadores primarios tienen la necesidad de informarse acerca de los cuidados que deben tener con el adulto mayor, lo que se vio reflejado en los resultados de la presente investigación, ya que los participantes expusieron la necesidad de tener conocimientos básicos acerca del cuidado, para brindar mejor calidad en la actividad de acompañamiento del adulto mayor.

Por otro lado, el sistema de salud al que están afiliados los cuidadores o los adultos mayores prestan las ayudas necesarias según rige la ley, dichas ayudas se atañen a brindar lo necesario y garantizar la salud; en la ley 100 se manifiesta que la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud debe ser obligatoria, las cuales, a su vez, deben ofrecer un Plan Obligatorio de Salud (POS) para el régimen subsidiado; el artículo 46 de la constitución Política Colombiana dicta, entre otras cosas, que tanto el estado y la sociedad como los familiares, deberán velar por la

salud de las personas de la tercera edad y es el estado quién deberá garantizar la seguridad social de dichas personas.

Sin embargo, Pinto (2005), manifiesta que el sistema de salud debe, además de garantizar lo básico para las personas, velar por el bienestar tanto del adulto como del cuidador, brindar las herramientas necesarias para el apoyo emocional, la estabilidad psicológica del cuidador como el conocimiento amplio de la situación actual del paciente al que cuida.

Mencionado lo anterior, se puede entender a raíz de lo manifestado por los participantes, es que el sistema de salud les está brindando lo necesario para el bienestar del adulto mayor, medicamentos, servicio de médico en casa, enfermeras, exámenes mensuales o trimestrales que permiten saber en qué estado se encuentra el paciente. Sin embargo, no es suficiente, debido a que los cuidadores en su mayoría, no cuentan con una explicación adecuada de la enfermedad que padece la persona a la que cuidan, no les brindan orientación para afrontar las diferentes situaciones permitiendo velar por el bienestar de los pacientes y el de ellos mismos; dichas orientaciones deberían estar incluidas dentro del POS y ser brindadas por todas las IPS, no obtienen información de rutas de atención en caso de que no puedan controlar los diferentes comportamientos del adulto mayor, entre otras cosas que dejan en evidencia que al sistema de salud le hace falta mayor acompañamiento a este tipo de poblaciones.

Se debe tener en cuenta que el diagnóstico como enfermedad primaria, de depresión en los adultos mayores no es muy común, pues en la tercera edad, el deterioro físico y cognitivo de estas personas empieza a manifestarse de una manera más clara, dejando en evidencia los malestares que en muchas ocasiones son diagnosticados de manera oportuna. Sin embargo, la depresión puede llegar a ser consecuencia de múltiples factores en esta etapa de la vida; por el deterioro de la salud del adulto mayor, por los sentimientos de impotencia ante las situaciones cotidianas, por los cambios en la dieta y en el hogar que en ocasiones hay que realizar, por los momentos de reflexión o discernimientos que tiene el paciente acerca de toda su vida, entre otras situaciones.

Con relaciona a lo anterior, aunque los cuidadores perciben estos rasgos depresivos esto no se refleja en el manejo medico por parte del personal pertinente para el diagnóstico de depresión, ya que mediante la normalización y atribución de estos síntomas como manifestaciones secundarias de otras enfermedades diagnosticas de nivel agudo.

Por ende, el acompañamiento por parte del Estado, en pro de la idea de garantizar la salud de toda la población colombiana, debería ser mucho más fuerte, pues cuando se trabaja a fondo con personas cuidadoras y las personas a las que cuidan, se encuentra una brecha extensa en la forma de intervenir en los hogares que presentan esta situación. Ahora bien, cuando se habla de la *percepción de la calidad de vida*, se tienen diferentes puntos de vista que, en conjunto con los objetivos específicos, ayudan a dar respuesta al objetivo general de esta investigación.

Cuando se retoma a la OMS (2002) que plantea que la calidad de vida es definida como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” p.84. Dejando claro que la percepción de calidad de vida es subjetiva, lo que quiere decir que, cuando los cuidadores dejan a un lado las necesidades propias de su vida privada y particular, para hacer propias las necesidades de la persona a la que cuida y dichas necesidades se cumplen en la medida que el contexto (apoyos) y expectativas se cumplan, la percepción de calidad de vida va a ser buena.

Lo anterior se confirma con lo encontrado en esta investigación, pues los cuidadores en la medida que van cumpliendo correctamente con los cuidados y las metas que se han propuesto con sus familiares, consideran que se ejerce una buena labor y por ende, se observan satisfechos con los que están haciendo actualmente con el paciente.

Sin embargo, desde como lo plantea Oblitas (2008), la calidad de vida no solamente es una valoración subjetiva, también lo debe ser objetivamente, pues aspectos como la salud, la alimentación, la vivienda, la seguridad social, los derechos,

el ocio y los derechos humanos deben ser percibidos de igual forma cuando no se está cumpliendo el rol de cuidador. Y es en este sentido que la calidad de vida de las personas que se entrevistaron puede verse en algún sentido afectada, aunque las preguntas que se realizaron hacían alusión al estado actual, por lo menos emocionalmente del cuidador, las arrugas, los dolores físicos debido al deterioro, los tipos de afrontamiento, las angustias, la forma de relacionarse observada en la manera en cómo se dirigen hacia los demás y algunas formas en las que se expresaban demostraban que, evidentemente la calidad de vida objetivamente no estaba tan bien.

En conclusión, se podría retomar a Padilla y Ferrell citados en Achury et al., (2011) en el que define la calidad de vida como un concepto multidimensional que incluye el bienestar de diferentes dimensiones de la vida en las que se ve directamente afectada positiva o negativamente la salud mental, física, social y espiritual. Del mismo modo, Sanchez (2005) plantea que la experiencia de ser cuidador compromete la calidad de vida de las personas que desarrollan el rol de cuidador, ya que deben responder a determinadas tareas, esfuerzos y tensiones que derivan del cuidado, lo cual repercute en gran medida en sí mismos y en su entorno, generando cambios en diferentes ámbitos de su vida cotidiana.

Así pues, se tendría que plantear que la percepción de la calidad de vida de los cuidadores primarios de adultos mayores diagnosticados con depresión, se determina como buena; siempre y cuando se hable de manera subjetiva, puesto que las personas que cumplen el rol de cuidadores, teniendo en cuenta las diferentes etapas de la vida por la que están pasando actualmente, están cumpliendo con todas las necesidades que perciben como propias, van de la mano con los valores con los que han crecido, se encuentran alcanzando los objetivos que se han propuesto que, además, han ido cambiando a través del paso del tiempo mientras se ejecuta la labor de cuidado del adulto mayor por los cuatro entrevistados.

A manera de aporte, esta investigación amplía mucho más el conocimiento acerca de una posible, aunque cercana realidad, de la percepción de calidad de vida de los cuidadores, pues entender que las redes de apoyo son parte fundamental en

el aspecto emocional de dichas personas, es importante como punto de partida de futuras investigaciones en las que el relacionamiento entre redes de apoyo y dinámicas familiares podría ser un tema crucial para seguir entendiendo más a los cuidadores primarios.

Por otro lado, permite a la psicología de la salud identificar vacíos y generar estrategias de atención, brindando, por ejemplo, estrategias de afrontamiento para este tipo de poblaciones. Además, abre un espacio para identificar de primera mano, cuáles son las posibles brechas que puede llegar a presentar el sistema de salud colombiano y así poder realizar propuestas para el mejoramiento en la forma de atención de las EPS y las IPS.

En cuanto a las limitaciones, esta investigación presentó una limitación en la manera como se realizó la consecución de la muestra, pues en Cali, conseguir adultos mayores diagnosticados con depresión no es una tarea que se pueda lograr con facilidad, esto debido a que la mayoría de los adultos mayores se encuentran diagnosticados con enfermedades crónicas o que generan una afección más visible que los síntomas de la depresión y el cuadro depresivo puede aparecer como una causa o cuidado en enfermedad crónica.

Una de las limitaciones de este estudio, se presentó debido a la consecución de la muestra, la población tuvo que ajustarse ya que los adultos mayores al cuidado de los participantes ya no presentarían un diagnóstico de depresión, sino que como mínimo debía tener diagnóstico de un cuadro depresivo. Esto hizo que las narrativas de los cuidadores se enfocaran más sobre la sintomatología de las enfermedades crónicas que presentaban los adultos mayores.

A modo de recomendación, para próximas investigaciones se sugiere trabajar temas donde se puedan abordar las dinámicas familiares, el estilo de relacionamiento de los cuidadores específicamente con las personas que se encuentran por fuera de su hogar, conocer cuáles son las razones más significativas para no asistir a una ayuda profesional en salud mental, conocer las estrategias de afrontamiento que más utilizan los cuidadores primarios, entre otras. A si mismo se recomienda realizar



investigaciones con una muestra más amplia y homogénea, con el fin de obtener mayor información sobre la temática y poder hacer una apreciación más profunda que permita mayores aportes para la población.

Del mismo modo, se sugiere poder realizar un estudio de caso con uno de los cuidadores en los que se pueda demostrar cuál es el día a día de una persona que cumple el rol de cuidador, en especial con todos los procedimientos que debe llevar a cabo con la EPS a la que esté afiliado o a la que debe asistir para que asistan a su adulto mayor, con el fin de tener un acercamiento a la realidad más confiable, que permita evidenciar con hechos y datos su día a día ejerciendo el rol de cuidador y solicitando el apoyo necesario a las entidades prestadoras de salud.

Además, es importante que se tomen medidas en las rutas de atención que ofrecen las EPS y las IPS, pues velar por la salud de todos es una garantía por la que debe trabajar constantemente el Estado en pro de la ley colombiana y de acuerdo con lo encontrado en este proyecto, no es la más adecuada y en tiempos no parece ser la más oportuna.

## REFERENCIAS

- Achury, D., Castaño Ria, H., Gómez Rubiano, L., y Guevara Rodríguez, N. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13 (1), 27-46.
- Agudelo, S., A., Posada, L., A., y Meneses, G., E. (2015). Salud mental en adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública de Medellín, Colombia.
- Aguilar S., y Avila, J. A. (2007). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gac Méd Méx*, 143(2), 141-8.
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., y Vázquez, C. (2006). Depresión. *Guías clínicas*, 6(11), 1-6.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arias, J. (2009). La red de apoyo social para la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de psicología da IMED*, 1(1), 147-148.
- Becerra, M. (2011). Depresión en el Adulto Mayor. *Facultad de Medicina UNAM*, 7.
- Bogaert, H. (2012). La depresión: etiología y tratamiento. *ciencia y sociedad*, 183-197.
- Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, julio-diciembre, 50-63.

- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182-191.
- Caqueo, A., Segovia, P., Urrutia, U., Miranda, C., y Navarro, E. (2013). Impacto de la relación de ayuda de cuidadores primarios en la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncología*. 10(1). 95-108.
- Castaño, Y., y Canaval, G. (2015). Resiliencia del cuidador primario y mejoría clínica de personas con enfermedad mental en cuidado domiciliario. *Entramado*, 11(2), 274-283. <https://dx.doi.org/10.18041/entramado.2015v11n2.22215>
- Castro M, Ramirez S, Aguilar LV, Díaz VM. (2006). Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. *Rev Neurol Neurocir Psiquiatr*, 39(4) 132-137.
- Cardona D., Segura M., Berbesí Y., Ordoñez J., y Agudelo A. (2011). Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. *Investigaciones Andina*, 13(22).
- Constitución Política de la República de Colombia de 1993. (2016). *Ley 1306 de 2009*. Colombia, Bogotá. Legis
- Correa, D; y Arrivillaga, M. (2007). La humanización de la asistencia en la enfermedad crónica. en M. Arrivillaga. D. Correa y I.C. Salazar. (ed), *Psicología de la salud, abordaje integral de la enfermedad crónica*. (pp. 247-270).
- Craig, G. J., y Don Baucum. (2009). *Desarrollo psicológico*. Mexico: Pearson Educación
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Estimaciones de población, 2007. República de Colombia, Resultados Bogotá y Municipios Metropolitanos. Recuperado de [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06\\_20/Estima\\_municipales\\_06\\_07.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/Estima_municipales_06_07.pdf)

- Díaz, D. M., Arango, J. C., Espinosa, I. G., y Rivera, A. (2014). Necesidades y sobrecarga en cuidadores primarios informales de pacientes con traumatismo craneoencefálico. *Psicología Desde El Caribe*, 31(3), 393-415.
- Dulcey, Elisa (2013). Envejecimiento y vejez: categorías conceptuales. Bogotá: Red Latinoamericana de Gerontología-Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano.
- Durán, A., Valderrama, L., Uribe, A., González, A., y Molina, J. (2010). Enfermedad crónica en adultos mayores. *Universitas Médica*, Enero-Marzo, 16-28.
- Espín, A. M. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(3), 1-12.
- Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Revista de recerca i investigació en antropologia*, 3. 1-14.
- Fernández, A., Dávila, R., Moreno, C., y Pedraza, A. G. (2008). Importancia del diagnóstico de la depresión en adultos mayores en una clínica de medicina familiar. *Revista Neurología, Neurocirugía Y Psiquiatría*, 41(3-4), 83-89.
- Ferrer, N., Madera, R. C., y Díaz, G. (2003). Caracterización del adulto mayor en la comunidad. *Revista cubana de Enfermería*, 19(3).
- Flores, E., Rivas, E., y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 18(1), 29-41
- García Betancur, J. M. (2014). El derecho de la salud en las personas de la tercera edad: Una perspectiva comparada en el caso alemán e inglés. *Universitas estudiantes*, (11), 187-232.
- Galbán, A., Sansó, J., Díaz-Canel, A., Carrasco, M., y Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1).

- González, A. (2015). Estrategias metodológicas para la investigación del usuario en los medios sociales: análisis de contenido, teoría fundamentada y análisis del discurso. *El profesional de la información*, 24(3), 321-328.
- Gonzalez, V.(2004). *Bienestar personal y Actividades en la Edad Adulta Tardía*. Tesis doctoral. Universidad de Málaga. Málaga
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud pública de México*, 53(2), 144-155.
- Grau, J., Chacón, M., y Romero, T. (2001). Atención integral a los enfermos en etapa terminal: los cuidados paliativos. En F. Núñez (Ed). *Psicología y Salud*. La Habana: ECIMED.
- Hernández, O. M. (2007). Depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica*, 29(5), 514-525.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández, Z. (2009). Variables que intervienen en la personalidad resistente y las estrategias de afrontamiento en adultos. *liber*, 153-161.
- Hilbert G.A. (1990). Social support in chronic illness. En: Strickland OL, Waltz CF. *Measurement of nursing outcomes: Measuring client self-care and coping skills*. New York: Springer pp. 79-96.
- Huenchuan, Sandra (2013). Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013. Cepal-UNFPADocumento de Proyecto. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Jimenez, G. (2012). Teorías del desarrollo III.Red Tercer Milenio. *Recuperado de* [http://www.afilias.org.mx/BibliotecasDigitales/Educacion/Teorias\\_del\\_desarrollo\\_II I. pdf](http://www.afilias.org.mx/BibliotecasDigitales/Educacion/Teorias_del_desarrollo_II I. pdf).

- Llach, X. B., Suriñachb, N. L., & Gamisansb, M. R. (2004). Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Atención primaria*, 34(4), 170-177.
- López Gil, M., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J., Moreno, A., & Javier, F. (2009). El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-339
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5.* (2014) Editorial médica panamericana.
- Ministerio de Salud (2015). Encuesta de Salud, Bienestar y envejecimiento. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Encuesta-SABE-sera-base-para-formular-politica-de-envejecimiento-y-vejez-en-Colombia.aspx>
- Ministerio de Salud (2017). Ranking de satisfacción EPS 2017. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/ranking-satisfaccion-eps-2017.pdf>
- Molina, R., Herrera, N., Molineras, A., Oviedo, F., Polo, Y., Polo, J., y Sierra, I. (2003). Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en la personas ancianas. *Revista Española de Salud Pública*, 595-604
- Nance, D. C. (2010). Depresión en el adulto mayor. *Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinar*, México, Instituto de Geriátría, 239-248.
- Navarro-Sandoval, C., Uriostegui-Espíritu, C. L., Delgado-Quiñones, G., y Sahagún-Cuevas, N. (2017). Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. *Revista Médica Del IMSS*, 55(1), 25-31.
- Nueva EPS. (2017). Recuperado de <http://www.nuevaepsac.com/complementariedad-pac-integral-nueva-eps/>

- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. *Revista Avances en Psicología latinoamericana*, 16(1).
- Ocampo J, Zapata H, Cubides A, Curcio C, Villegas J, Reyes C. (2013) Prevalence of Poor Self-Rated Health and Associated Risk Factors among Older Adults in Cali, Colombia. *Colomb. Med*; 44(4): 224-233.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) 2002. Calidad de vida. En: Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer: directrices sobre política y gestión. Ginebra: OMS. p. 84-6.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Centro de prensa*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Centro de prensa. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13102%3Adepression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102%3Adepression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es)
- Paredes, Y. & Aguirre, D. (2016). Síntomas depresivos y factores asociados en población adulto mayor. *Revista Mexicana De Neurociencia*, 17(3), 26-38.
- Patiño Villada, A., Arango Vélez, F., y Zuleta, L. (2013). Ejercicio físico y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática. *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 42(2), 198-211.
- Peña, M. E., Garzón, M., Cardona, D., y Segura, A. (2016). Acceso a los servicios de salud de los adultos mayores. Antioquia-Colombia: Access to health services for older adults. Antioquia-Colombia. *Universidad y Salud*, 18(2), 219-231.
- Pérez Álvarez, M., y García Montes, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3).
- Pérez M., y Llibre J. D. J. (2010). Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 110-122.

- Pinto A. N. (2007) Bienestar espiritual de los cuidadores familiares de niños que viven enfermedad crónica. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 9(1):19-35.
- Pinto A. N., et al.(2005) Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa Cuidando a los Cuidadores. *Revista Amuchan*;(5).
- Popa R., G. (2017). *Alternativa evaluativa de las capacidades físicas de los adultos mayores en la comunidad*(Master's thesis, Facultad de Cultura Física).
- Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
- Ribot, V., Alfonso, M., y González, A.(2012). Suicidio en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 669-708.
- Rivera, M. A. (2007). Aplicacion de la Teoria del desarrollo de Daniel Levinson ala Consejeria Universitaria. *Revista Griot*, 3-11
- Rodríguez Blanco, L., Sotolongo Arró, O., Luberta Noy, G., y Calvo Rodríguez, M. (2013). Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29, 0864-2125.
- Romero G. (2006) Tratamiento cognitivo conductual de un caso de depresión en la tercera edad. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 7(1): 65-75.
- Ruiz R., N. Y Moya-Albiol, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de motivación y emoción*, 1, 22-30.
- Salgado, L. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13, 71-78.
- Sánchez B. (2005) Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa cuidado a cuidadores. *Aquichán*. 5(5):36-51



- Taylor, J. A., y Irizarry-Robles, Y. (2015). factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en puerto rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta Colombiana De Psicología*, 18(1), 125-134. doi:10.14718/ACP.2015.18.1.12
- Téllez, A., Juárez-García, D. M., Jaime-Bernal, L., y García-Cadena, C. (2016). Prevalencia de Trastornos de Sueño en Relación con Factores Sociodemográficos y Depresión en Adultos Mayores de Monterrey, México. *Revista Colombiana De Psicología*, 25(1), 95-106. doi:10.15446/rcp.v25n1.47859
- Uribe, A y Orcasita, L. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia: avances de la disciplina*. 4(2). 69-82.
- Vázquez, S., y Mila, J. (2014). Gerontopsicomotricidad y enfermedad de Alzheimer: Un modelo de atención al binomio Paciente–Cuidador. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 39, 59-77
- Zuluaga Callejas, M., y Robledo Marín, C. (2016). Alternativas para garantizar la seguridad económica en la vejez: desafíos para Colombia. *Revista CES Derecho*, 7(1), 39-50. Retrieved November 10, 2017, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-77192016000100005&lng=en&tlng=](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-77192016000100005&lng=en&tlng=)

## Anexos

### ANEXO 1

#### Instrumento

| Categorías   | Preguntas  |
|--|--|
| <b>Condiciones médicas de salud del adulto mayor</b> | <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="901 756 1393 997">1. Además del diagnóstico depresivo, ¿El adulto mayor del que usted está a cargo tiene algún otro diagnóstico de enfermedad física o psicológica?</li><li data-bbox="901 1008 1393 1302">2. ¿Usted me podría dar una descripción de salud física y psicológica del adulto mayor? Tales como dolores, situaciones, expresiones manifestadas, gestos que usted ve, entre otras.</li><li data-bbox="901 1312 1393 1449">3. ¿Hace cuánto tiempo está diagnosticado con esta/s enfermedad/es?</li><li data-bbox="901 1459 1393 1596">4. ¿En qué actividades el adulto mayor sigue siendo independiente?</li><li data-bbox="901 1606 1393 1795">5. ¿Qué sabe el adulto mayor acerca de la condición de salud física y psicológica en la que se encuentra?</li></ol> |

- 
6. ¿Cómo se siente en su labor de cuidador?
  7. ¿Cómo se encuentra emocionalmente ejecutando la labor de cuidador(a) primario? Describame ¿cómo se siente ejecutando la labor de cuidador(a) primario
  8. ¿Con qué persona cuenta usted de su familia para el cuidado de la persona que tiene a cargo?
  9. ¿Con qué personas cuenta usted por fuera de su familiar para el cuidado de la persona que tiene a cargo?
  10. ¿Con qué frecuencia se reúne, se comunica o realiza actividades con ellos
  11. quiénes son las personas a las que usted acude si se siente triste, preocupado, angustiado, etc.?
  12. ¿Cómo se refleja el apoyo recibido por las personas que me expresó anteriormente?
  13. ¿Cómo percibe la comprensión de su situación de cuidador(a) primario por parte de las personas a las que usted acude?
  14. ¿Ha recibido algún tipo de apoyo por parte de la EPS a la que está
- 

### **Recursos emocionales**

---

inscrito(a)? Descripción del proceso

15. ¿Qué aspecto considera usted que es importante para apoyarlo/a por parte de su EPS?
16. ¿Usted podría describirse cuáles son sus necesidades emocionales o sentimentales actualmente (necesidad de comprensión, de diversión, de poder dormir, de ayuda, etc.)? necesidad principal para sentirse mejor.
17. ¿Quién o quiénes le ayudan en el cuidado del adulto mayor del que usted está a cargo y de qué forma?
18. ¿Qué actividades, situaciones o personas le generan bienestar, tranquilidad, alivio o alguna emoción positiva para usted?

---

**Recursos materiales**

19. ¿Cuáles son las necesidades materiales y económicas que requiere para ejecutar la labor de cuidador(a) primario con el adulto mayor?
20. ¿Cómo consigue usted los recursos?
-

- 
21. ¿Usted cuenta con algún tipo de ingreso económico actualmente?
22. ¿Ha tenido que hacer algún cambio al espacio donde reside actualmente para ejercer su labor de cuidador(a) más cómoda y fácil? ¿Cuál(es) fue(ron)?
23. ¿Ha tenido que recurrir a interponer alguna tutela para adquirir los recursos materiales necesarios para el cuidado del adulto mayor?

- 
24. ¿Cómo ha adquirido los conocimientos que tiene acerca del cuidado de los adultos mayores?
25. ¿Qué aspectos considera que son importantes conocer para ejercer la labor de cuidador(a) primario? ¿en qué temas quisiera recibir información o capacitación de parte de su EPS?
26. ¿Ha recibido algún tipo de capacitación, información general o específica acerca de la labor de un cuidador y de la
- 

**Recursos informacionales**

---

enfermedad que padece el  
adulto mayor? ¿cómo la obtuvo?

27. ¿Cómo ha percibido la  
orientación brindada por las  
personas que laboran en su  
EPS?

---

## ANEXO 2

### Consentimiento informado

#### **Declaración de Consentimiento informado.**

El estudiante de décimo semestre del programa de psicología Sebastián Viveros Arturo identificado con número de cédula 1143865182, se encuentra realizando la recolección de información para la tesis que tiene como objetivo “*determinar la percepción de la calidad de vida de cuidadores primarios de adultos mayores diagnosticados con depresión*” para optar por el título de profesional. Es importante que usted tenga en cuenta que es un ejercicio académico, correspondiente a la asignatura psicología Trabajo de Grado II, perteneciente a la malla curricular del programa de Psicología de Pontificia Universidad Javeriana seccional Cali. La directora del trabajo de grado es la profesora Ana Marcela Uribe Figueroa. El objetivo de la actividad consiste en llevar a cabo una entrevista en una sesión de aproximadamente dos (2) horas de duración. En la entrevista se abordarán aspectos que tienen que ver con el rol de cuidador. Es indispensable dejar claro que las declaraciones, expresiones o manifestaciones que dentro del espacio de la entrevista se hagan solo serán utilizados como material académico.

Asimismo, se debe aclarar que la información que se trate durante el ejercicio será completamente confidencial y el nombre de la persona no aparecerá en ningún momento en alguna publicación. Para asegurar lo establecido anteriormente se podrá elegir un pseudónimo bajo el cual será nombrado en el desarrollo de la actividad y será con éste mismo que se presentará el caso en la entrega académica. Además, sólo el estudiante que lleva a cabo la actividad tendrá acceso al documento que se presentará.

De igual forma, es preciso dejar sentado que la voz del participante de este estudio será grabada en audio con fines únicamente académicos, dejando claro que se eliminará toda grabación de voz una vez haya concluido la utilización de dicha grabación, así como también serán únicamente utilizados por el estudiante que lleva a cabo la investigación.

Debe quedar claro que no habrá ningún beneficio económico por participar en el estudio, ni tampoco tendrá gasto para usted a excepción del tiempo invertido para asistir a las sesiones. De acuerdo con los artículos 2, 3, 10, 15, 17, 23, 29, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 55 y 56 de la ley 1090 del 06 de septiembre del 2006, firmada y publicada por el Congreso de la República de Colombia, en donde establecen las normas pertinentes alrededor de los aspectos políticos, científicos, técnicos y administrativos para la investigación en psicología, es necesario obtener su consentimiento informado como acudiente del

menor de edad para parte de este ejercicio académico.

Por otro lado, el Ministerio de Salud (1993) en el artículo 6 de la resolución 008430 afirma que debe conocer los riesgos que esta actividad presenta. Le informamos que según el artículo 11 de la resolución 008430, este estudio se considera una investigación con riesgo mínimo porque los temas tratados pueden tener repercusiones emocionales al abordar esferas privadas de la vida del participante, tales como: su vida académica, familiar y social, sus relaciones interpersonales, entre otras.

Con la firma de este consentimiento usted dará cuenta de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento y de haber recibido explicaciones verbales sobre él y satisfactoria respuesta a sus inquietudes. Además, declara haber sido informada/o de los objetivos y fines del presente ejercicio realizado por el estudiante del programa de psicología de la Pontificia Universidad Javeriana seccional Cali y estando conforme con los mismos, en forma libre y voluntaria acepta la participación.

La firma del consentimiento autoriza al estudiante para utilizar la información recolectada para el análisis y la obtención de los resultados para el trabajo de grado, manteniendo siempre la confidencialidad establecida anteriormente. Usted deja constancia de que recibe una copia del presente documento y de ser informada/o de que puede contactar al investigador a cargo de los mismo al número celular aquí señalados en caso de ser necesario.

Yo \_\_\_\_\_ identificado/a con número de cédula \_\_\_\_\_, doy autorización para la grabación de audio, toma de apuntes y el uso académico de manera anónima de la información brindada en la sesión llevada a cabo. Como investigador del presente proyecto acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

---

Sebastián Viveros Arturo

C.C. 1143865182

Estudiante

Cel: 3113595638

Correo:

seviar26@outlook.es



## ANEXO 3

## MATRIZ EVALUACION DEL INSTRUMENTO

| <b>CATEGORIAS</b>  | <b>SUBCATEGORIAS</b>  | <b>PREGUNTAS</b>  | <b>OBSERVACIONES</b>   | <b>OBSERVACIONES</b>      |
|--|---|---|--|---------------------------|
| <p><b>Condiciones médicas de salud del adulto mayor:</b><br/>Aspectos que ponen al adulto mayor en una situación de riesgo, impulsando la disminución progresiva de autorregulación y capacidad de reserva relacionada al envejecimiento (Galbán, Sansó, Diaz-Canel, Carrasco y Olivia, 2007).</p> | <p><u>Con diagnóstico de enfermedad/es:</u> Se define como la calificación dada por un profesional en la salud sobre la enfermedad de acuerdo con los signos que advierte el paciente</p> | <p>1. <i>¿Usted me podría dar una descripción de salud física y psicológica del adulto mayor?</i><br/><i>Tales como dolores, situaciones, expresiones manifestadas, gestos que usted ve, entre otras.</i></p> | <p>De la 1 a la 5 son preguntas pertinentes y que pueden dar cuenta de las subcategorías de análisis (3)</p> |                           |
|  | <p><u>Sin diagnóstico</u></p>   |   |  | <p>Se debe revisar la</p> |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  | <p><u>de enfermedad/es:</u> Entendido como la ausencia de una calificación sobre la enfermedad por un profesional en salud según los signos que se observan.</p> | <p>2. Además del diagnóstico o depresivo, ¿El adulto mayor del que usted está a cargo tiene algún otro diagnóstico o de enfermedad física o psicológica?</p> |  | <p>redacción , porque textualmente la definición de la subcategoría dice "... se define como la calificación dada por un profesional en la salud sobre la enfermedad" por lo tanto se entendería que se parte de un diagnóstico clínico de un profesional.</p> |
|  | <p><u>Con sintomatología a sin diagnóstico médico:</u> Entendido como el conjunto de síntomas que pueden indicar una enfermedad</p>                              | <p>3. ¿Hace cuánto tiempo esta diagnosticado con esta/s enfermedad/es?</p> <p>4. ¿En qué actividades el adulto mayor</p>                                     |  | <p>Es importante indagar sobre el tiempo del diagnóstico</p>   |

|   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
|   |   | <p><i>sigue<br/>siendo<br/>independi<br/>ente?</i></p> <p>5. <i>¿Qué<br/>sabe el<br/>adulto<br/>mayor<br/>acerca de<br/>la<br/>condición<br/>de salud<br/>física y<br/>psicológic<br/>a en la<br/>que se<br/>encuentra<br/>?</i></p> |   |  |
| <p><b>Recursos<br/>emocionale<br/>s:</b> Entendido<br/>como los<br/>apoyos<br/>afectivos<br/>que necesita<br/>una<br/>persona, el<br/>afecto, la<br/>contención,<br/>el apego y el<br/>confort que<br/>un individuo<br/>puede tanto<br/>percibir<br/>como recibir</p> | <p><u>Social:</u><br/><i>Aquellas<br/>formas<br/>temporales o<br/>permanentes<br/>que se<br/>reciben o<br/>perciben por<br/>parte de la<br/>comunidad,<br/>los amigos<br/>íntimos o las<br/>redes de<br/>apoyo<br/>(Fernández,<br/>2005).</i></p> | <p>6. <i>¿Me<br/>podría<br/>describir<br/>un día<br/>suyo<br/>cuidando<br/>del adulto<br/>mayor?</i></p> <p>7. <i>¿Cómo se<br/>siente<br/>física y<br/>psicológic</i></p>  | <p>De la<br/>pregunta 6 a<br/>la 8, tienen<br/>una<br/>valoración de<br/>3, es<br/>importante<br/>que se piense<br/>como un<br/>guion de<br/>entrevista,<br/>para tener<br/>presente no<br/>direccionar la<br/>pregunta</p> |  |

|                    |   |  |  |  |
|--------------------|---|--|--|--|
| (Fernández, 2005). |   | amente<br>hoy?   |  |  |
|                    | <i>Familiar: Entendida como la institución que debe estar como mediadora y brindar soporte estructural al cuidador primario (Fernández, 2005)</i> | 8. <i>¿Cómo se encuentra emocionalmente ejecutando o la labor de cuidador(a) primario? Describame ¿cómo se siente ejecutando o la labor de cuidador(a) primario?</i> | (3)Falta otras preguntas que indaguen el vínculo con la flia | Una área de calidad de vida es la percepción que tiene el cuidador sobre su salud<br><br>Revisar la redacción. Cómo se siente no evalúa en forma precisa la percepción de la salud.<br><br>En otra pregunta podría ser como se siente en su labor de cuidador? |
|                    | <i>Espiritual: Se encuentra dentro de los tipos de apoyos sociales formales, donde organizacione</i>  | 9. <i>¿Cuáles personas considera importantes para usted?</i><br><br>10. <i>¿Con qué frecuencia</i>   | Desde la 11 a la 18, direccionan la respuesta, modificarlas  |  |

|  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
|  | <p><i>s como las iglesias o pertenecer a un grupo de oración puede brindar apoyo (Arias, 2009).</i></p> | <p><i>se reúne, se comunica o realiza actividades con ellos?</i></p> <p>11. <i>¿A quiénes son las personas a las que usted acude si se siente triste, preocupado, angustiado, etc.?</i></p> |  | <p>El ítem no es claro. ¿Importante para qué?.<br/>Cómo apoyo?<br/>Cómo red familiar?</p> |
|  |   | <p>12. <i>¿Cómo se refleja el apoyo emocional recibido por las personas que me expresé anteriormente? (se</i></p>   |  |   |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  | <p><i>siente<br/>acompañ<br/>ado(a),<br/>siente<br/>algún tipo<br/>de<br/>protección<br/>emocional<br/>) esta<br/>pregunta<br/>direcciona<br/>, creo que<br/>sería<br/>pertinente<br/>,<br/>preguntar<br/>si siente o<br/>tiene<br/>algún tipo<br/>de apoyo<br/>o ayuda?</i></p> <p>13. <i>¿Cómo<br/>percibe<br/>que es la<br/>comprensi<br/>ón de su<br/>situación<br/>de<br/>cuidador(<br/>a)<br/>primario</i></p> |  |  |
|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  | <p><i>por parte de las personas a las que usted acude?</i></p> <p>14. <i>¿Ha recibido algún tipo de apoyo psicológico o emocional por parte de la EPS a la que está inscrito(a) ?</i></p> <p><i>Descripción del proceso</i></p> <p>15. <i>¿Qué aspecto considera usted que es importante para apoyarlo/a</i></p> |  |  |
|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  | <p><i>emocional<br/>mente por<br/>parte de<br/>su EPS?</i></p> <p>16. <i>¿Usted<br/>podría<br/>describirm<br/>e cuáles<br/>son sus<br/>necesidad<br/>es<br/>emocional<br/>es o<br/>sentiment<br/>ales<br/>actualmen<br/>te<br/>(necesida<br/>d de<br/>comprensi<br/>ón, de<br/>diversión,<br/>de poder<br/>dormir, de<br/>ayuda,<br/>etc.)?<br/>necesidad<br/>principal<br/>para<br/>sentirse<br/>mejor.</i></p> |  |  |
|--|--|--|--|--|



|  |   |   |  |                               |
|--|---|---|--|-------------------------------|
|  |   | <p>17. <i>¿Quién o quienes le ayudan en el cuidado del adulto mayor del que usted está a cargo y de qué forma?</i></p> <p>18. <i>¿Qué actividad realiza que le genera bienestar, tranquilidad, alivio o alguna emoción positiva para usted?</i></p> |  |                               |
| <p><b>Recursos materiales:</b><br/>Son todas las herramientas que un cuidador pueda solicitar, se abarca</p> | <p><u>Económico:</u><br/><i>Está relacionado con las interacciones recíprocas que se realizan para poder obtener ayudas</i></p> | <p>19. <i>¿Cuáles son las necesidades materiales y económicas</i></p>   | <p><i>¿Qué cosas se requiere para ser cuidador, que se necesita?</i></p> | <p>Se debe indagar por el</p> |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <p>desde la solicitud de ayuda con los cuidados cotidianos hasta el pedir un préstamo de dinero para satisfacer sus necesidades (Fernández, 2005).</p> | <p><i>materiales o económicas (Aranda y Pando, 2013).</i></p> | <p><i>as que requiere para ejecutar la labor de cuidador(a) primario con el adulto mayor?</i></p> <p>20. <i>¿Cómo consigue usted estos materiales ?</i></p> <p>21. <i>¿Recibe algún tipo de ayuda por parte de su familia, amigos o pareja sentimental para la consecución de los materiales ?</i></p> | <p>tipo de apoyo que recibe en el proceso de cuidar. Luego se definirá si es instrumental, emocional, material. Como está planteada la pregunta solo explora lo emocional.</p> |
|--|---|--|--|

|  |  |   |  |                                 |
|--|--|---|--|---------------------------------|
|  |  | <p>22. <i>¿Usted cuenta con algún tipo de ingreso económico o actualmente?</i></p> <p>23. <i>¿cuenta con apoyo económico o de parte de otros para la consecución de los materiales necesarios?</i></p> <p>24. <i>¿Ha tenido que hacer algún cambio al espacio donde reside actualmente, Por que'?</i></p> |  | <p>Aquí se debe explorar no</p> |
|--|--|---|--|---------------------------------|

|  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
|  |   | <p><del>para ejercer su labor de cuidador(a) más cómoda y fácil?</del></p> <p><del>¿Cuál(es) fue(ron)?</del></p> <p>25. Descripción del proceso</p> <p>¿Me podría describir el apoyo que su EPS le ha</p> |  | <p>solo actividades, también situaciones, presencia de personas,</p> <p>Se puede indagar si la cuidadora pertenece a algún grupo de auto apoyo, oración etc.</p> |
|  | <p><u>Ergonómico:</u><br/>         Definido como la comodidad para realizar las labores que tiene a cargo dentro de un espacio determinado (Enciclopedia de seguridad y trabajo, volumen I)</p> | <p>brindado para la consecución de los materiales, las necesidades económicas y la facilidad para el</p>  |  | <p>Cómo consigue los recursos para cubrir las</p>  |

|   |  |  |  |                                    |
|---|--|--|--|------------------------------------|
|   |  | <i>cuidado del adulto?</i>   |  | necesidades. Ajustar la redacción. |
|   | <i><u>Material:</u><br/>Hace parte de las redes de tipo informal, donde se reciben además de otros apoyos el recurso material necesario para satisfacer necesidades (Aranda y Pando, 2013).</i>  | 26. <i>¿Ha tenido que recurrir a instancias legales para adquirir los recursos materiales para el cuidado del adulto mayor?</i>                  |  |                                    |
| <b>Recursos informacionales:</b> Abarca los temas de guías u orientaciones que el sujeto cuidador pueda necesitar, en esta función se pueden presentar solicitudes con respecto a la necesidad de | <i><u>Humanización:</u><br/>Orientar el servicio de la salud, considerando al enfermo en su totalidad personal, por medio de una asistencia integral con calidez, que responda a dimensiones psicológicas, biológicas, espirituales y sociales del</i> | 27. <i>¿Cómo ha adquirido lo que sabe acerca del cuidado de los adultos mayores?</i><br><br>28. <i>¿Qué aspectos considera que son important</i> |  | Esto se indaga en la 21            |

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| <p>entendimiento de un síntoma del paciente como pedir información acerca de mejores estrategias de cuidado para el enfermo (Fernández, 2005).</p> | <p><i>adulto mayor (Correa y Arrivillaga, 2007).</i></p> | <p><i>es conocer para ejercer la labor de cuidador(a) primario? ¿en qué temas quisiera recibir información o capacitación de parte de su EPS?</i></p> <p>29. <i>¿Ha recibido algún tipo de capacitación, información general o específica acerca de la labor de</i></p> |  | <p>Instancias legales, no es un término de fácil comprensión para el común. Optar por hablar de Tutelas, que ahora es muy común su utilización,.</p> |
|--|--|---|--|--|

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  |   | <p><i>un cuidador y de la enfermedad que padece el adulto mayor?</i></p>   |   |
|  | <p><i><u>Información:</u><br/>Entendido como una guía o educación brindada por otros (Hilbert, 1990).</i></p> | <p><i>¿cómo la obtuvo?</i></p> <p>30. <i>¿Qué le ha brindado su EPS frente a las dinámicas de cuidado y/o información de la enfermedad que padece la persona de la cual usted está a cargo?</i></p> <p>31. <i>¿Usted ha pedido</i></p> | <p><i>¿ Cómo ha adquirido los conocimientos que tiene</i></p> <p><i>.....</i></p> |

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | <p><i>algún tipo de capacitación o información a su EPS?</i></p> <p>32. <i>¿Como ha percibido la orientación brindada por las personas que laboran en su EPS?</i></p> |  |  |
|  |  |   |  |  |



### Escala de sobrecarga del cuidador de Zaritt (Caregiver Burden Interview)

| Frecuencia      | Puntuación |
|-----------------|------------|
| Nunca           | 0          |
| Casi nunca      | 1          |
| A veces         | 2          |
| Bastantes veces | 3          |
| Casi siempre    | 4          |

| Ítem Pregunta a realizar   | Puntuación |
|--|------------|
| 1 ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?   |            |
| 2 ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?             |            |
| 3 ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?                 |            |
| 4 ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?   |            |
| 5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?  |            |
| 6 ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia? |            |
| 7 ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?   |            |
| 8 ¿Siente que su familiar depende de usted?  |            |
| 9 ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?  |            |
| 10 ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?  |            |

|   |  |
|---|--|
| 11 ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?                                  |  |
| 12 ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?                       |  |
| 13 ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?                                  |  |
| 14 ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar? |  |
| 15 ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?          |  |
| 16 ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?                                   |  |
| 17 ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?     |  |
| 18 ¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otras personas?                                  |  |
| 19 ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?   |  |
| 20 ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?  |  |
| 21 ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?  |  |
| 22 En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?                             |  |