

AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES EN LOS MUNICIPIOS DE (FILANDIA, QUIMBAYA, CIRCASIA, TEBAIDA, CALARCA Y ARMENIA) DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO 2020.

**UNIVERSIDAD
DEL QUINDÍO**



PERTINENTE CREATIVA INTEGRADORA

 @uniquindio  unquindioconectada  unquindioconectada

www.uniquindio.edu.co

**AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES CUIDADORES DE
PERSONAS MAYORES EN LOS MUNICIPIOS DE (FILANDIA, QUIMBAYA,
CIRCASIA, TEBAIDA, CALARCÁ Y ARMENIA) DEL DEPARTAMENTO DEL
QUINDÍO 2020.**

AUTORAS

Diana Carolina Hidalgo, Natalia Tovar Marín, Leidi Patricia Ijaji

**UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA
ARMENIA-QUINDÍO**

2020

**AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES CUIDADORES DE
PERSONAS MAYORES EN LOS MUNICIPIOS DE (FILANDIA, QUIMBAYA,
CIRCASIA, TEBAIDA, CALARCA Y ARMENIA) DEL DEPARTAMENTO DEL
QUINDIO 2020.**

AUTORAS

Diana Carolina Hidalgo, Natalia Tovar Marín, Leidi Patricia Ijaji

DIRECTORA

Lilia Inés López Cardozo

Docente Investigadora, Magister en Educación

UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA

ARMENIA-QUINDÍO

2020

DEDICATORIA

Dedicamos esta investigación principalmente a Dios, por acompañarnos y permitirnos llegar hasta este momento tan importante de nuestras vidas. Fue un proceso de mucha dedicación y amor en el cual contamos con el apoyo incondicional de nuestras familias, especialmente de nuestras madres Oliva Pinzón Delgadillo, Ana Tulia Pipicano y Gloria Patricia Marín; que gracias a sus esfuerzos logramos llegar aquí; así mismo a nuestros hermanos por aconsejarnos y siempre acompañarnos. Por último a mi hija quien ha sido mi pilar fundamental.

AGRADECIMIENTOS

Queremos de todo corazón agradecer a nuestra alma mater la Universidad del Quindío quien nos permitió incorporarnos en este gran programa, que nos formó día a día como profesionales íntegros. Así mismo al programa de Gerontología por tener docentes tan idóneos y capacitados por guiarnos en este camino, no desampararnos y siempre dejar en alto esta hermosa carrera.

A cada una de las entidades gubernamentales de cada municipio que fueron parte de nuestra investigación, así mismo al personal de los hospitales que con gran compañerismo y colaboración fueron fundamentales para encontrar la información necesaria para el desarrollo de esta.

A nuestra asesora Lilia Inés López Cardozo, que nos guio en todo este proceso, nos brindó su apoyo, conocimientos, tiempo y paciencia en la realización de esta investigación.

A nuestra familia, especialmente a nuestros padres por apoyarnos en cada decisión, por su colaboración e inspiración y ejemplo de lucha, tenacidad y superación.

Finalmente agradecemos a todos los adultos mayores cuidadores que participaron en esta investigación y nos ayudaron a cumplir con la meta esperada en el desarrollo de esta.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	1
SUMMARY	3
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2.1 Objetivo general	7
2.2 Objetivos específicos	7
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
4.JUSTIFICACIÓN	11
5. MARCO REFERENCIAL	13
5.1. MARCO DE ANTECEDENTES.....	13
5.1.1 A Nivel internacional.....	13
5.1.2 A nivel Nacional.....	17
5.1. 3 A nivel Regional.....	20
5.3 MARCO TEÓRICO	32
5.3.1 SALUD Y COMPONENTES DE LA SALUD	32
5.3.2 ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ	34
5.3.3 DEMOGRAFÍA Y CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL	
ENVEJECIMIENTO.....	35

5.3.3.1 Demografía Del Envejecimiento.....	35
5.3.4 ENVEJECIMIENTO, DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA.....	36
5.3.5 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES	37
5.3.6 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL ENVEJECIMIENTO	40
5.3.7 TIPOS DE CUIDADO Y CUIDADORES	42
5.3.7.1 Cuidado y Cuidador Formal.....	42
5.3.7.2 Cuidado y Cuidador Informal	43
5.3.7.3 Cuidado Informal A Personas Mayores.....	44
5.3.8. LA FAMILIA COMO SISTEMA INFORMAL DE CUIDADOS	45
5.3.8.1 Cuidado y Cuidador Familiar	45
5.3.8.2 Papel De La Familia En El Cuidado	47
5.3.8.3 Importancia Del Cuidador Familiar	48
5.3.8.4 Calidad De Vida Del Cuidador Familiar	49
5.3.8.5 Percepción De La Salud En El Cuidador Familiar.....	50
5.3.8.6 Impacto Del Cuidado Familiar	51
5.3.8.7 Consecuencias Y Repercusiones Que Ocasiona Cuidar En La Salud Del Cuidador Familiar.	52
5.3.9 SOBRECARGA DEL CUIDADOR	54

5.3.9.1 Consecuencias De La Sobrecarga	55
5.3.10 SÍNDROME DEL CUIDADOR QUEMADO O BURNOUT	57
5.3.11. APOYO SOCIAL AL CUIDADOR PRIMARIO	58
5.3.12 ESTRUCTURA FAMILIAR DE HOGARES CON ADULTOS MAYORES	59
5.4 MARCO CONTEXTUAL	60
5.5 MARCO LEGAL	63
6. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS	74
6.1. Tipo de estudio: Descriptivo-Exploratorio	74
6.2. Enfoque Investigativo:	74
6.3 Unidad De Análisis y Muestra	75
6.4 Plan de ruta para la recolección de la información y sistematización de resultados	76
6.5 Técnica De Recolección De La Información	77
6.6. Interpretación De los Datos	78
7. RESULTADOS, ANALISIS E INTERPRETACIÓN	79
7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS MAYORES CUIDADORES	79
7.2. SITUACIÓN SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES CUIDADORES EN EL AMBITO MICRO/MACRO SOCIAL COMO FACTOR PROTECTOR DE LA SALUD	95
7.2.1 SITUACIÓN MICRO SOCIAL (FAMILIAR).	95

7.3. SITUACIÓN MACRO SOCIAL	112
7.4. APORTES DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL CUIDADO DE LA SALUD DESDE SU ROL COMO CUIDADORES.....	125
8. ANEXOS	138
8.1. ENTREVISTA	138
8.2 COMPONENTE ÉTICO Y BIOÉTICO	143
8.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO	149
8.3 CRONOGRAMA DE TRABAJO.....	152
8.5 AVAL DE BIOETICA.....	155
9.REFERENCIAS DE APOYO	177

RESUMEN

El presente estudio tuvo como fin investigar la Autopercepción de la salud en adultos mayores cuidadores de personas mayores en los Municipios (de Filandia, Quimbaya, Circasia, Tebaida, Calarcá y Armenia) del Departamento del Quindío. A partir de esto se plantearon los siguientes objetivos, en primer lugar, se encuentra el objetivo general; describir la autopercepción de la salud, en adultos mayores cuidadores de personas mayores en los municipios de Filandia, Quimbaya, Circasia, Tebaida, Calarcá y Armenia del Departamento del Quindío. Para el logro de este, se plantearon los siguientes objetivos específicos; en primera instancia caracterizar los componentes sociodemográficos de los adultos mayores como cuidadores de personas mayores, en segundo lugar, identificar la situación social de los adultos mayores cuidadores en los componentes micro social/macro social como factores protectores de la salud, por último identificar los aportes del adulto mayor cuidador frente al rol que desempeña, teniendo como aspecto principal el cuidado de la salud. Esta investigación se abordó desde un estudio descriptivo- exploratorio con enfoque cualitativo y para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada.

Se realizó el análisis de 60 entrevistas las cuales permitieron identificar las características sociodemográficas de la población objeto de estudio, aspectos personales del cuidado, estructura familiar, redes de apoyo, participación social del cuidador, además los aportes y conocimientos frente a este rol, principalmente en el cuidado de la salud. Como resultados se obtuvo que la mujer (hija, esposa, madre, hermana) es la principal proveedora de cuidados, encontrándose estas, en un rango de edades entre los 65-70 años, así mismo se evidencio que su estado de salud, se encuentra deteriorado debido a múltiples enfermedades, destacándose mayormente la

hipertensión (HTA). También se identificó que las personas cuidadas presentan enfermedades crónicas, degenerativas y progresivas que generan pérdida de autonomía y por ende, se hace necesario ser cuidados, por una persona capacitada con experiencia. Por tal motivo el cuidador desempeña una tarea muy importante, porque a medida que toma práctica, es capaz de desenvolverse fácilmente y va adquiriendo habilidades en el cuidado, logrando que las personas cuidadas mejoren su estado de salud, gracias a las múltiples destrezas y habilidades que desarrollan los cuidadores. Así mismo se identificó que gran parte de los cuidadores conviven con la persona cuidada, las cuales en su mayoría llevan realizado este rol aproximadamente entre 1 a 5 años. Además, se evidencio que los cuidados que brindan los cuidadores, son de manera voluntaria, ya que están unidos, por sentimientos de afecto, cariño y retribución, que tienen hacia el enfermo. Por último, se evidencio que la mayoría dedican gran parte de su tiempo a ellos, reduciendo el tiempo para sí mismos, haciendo que su red social se debilite y abandonen actividades importantes como el trabajo, tiempo de ocio y metas personales.

Palabras clave: Adulto mayor, cuidador familiar, autopercepción de la salud, redes de apoyo

SUMMARY

The present study aimed to investigate the Self-perception of health in elderly caregivers of elderly people in the Municipalities (of Filandia, Quimbaya, Circasia, Tebaida, Calarcá and Armenia) of the Department of Quindío. From this, the following objectives were raised, firstly, there is the general objective; describe the self-perception of health in older adults who care for the elderly in the municipalities of Filandia, Quimbaya, Circasia, Tebaida, Calarcá and Armenia of the Department of Quindío. To achieve this, the following specific objectives were proposed; In the first instance, characterize the sociodemographic components of the elderly as caregivers of the elderly, secondly, identify the social situation of the elderly caregivers in the micro-social and macro-social components as protective factors of health, and finally identify the contributions of the elderly caregiver compared to the role they play, having health care as the main aspect. This research was approached from a descriptive-exploratory study with a qualitative approach and the semi-structured interview was used for data collection.

The analysis of 60 interviews was carried out which allowed to identify the sociodemographic characteristics of the population under study, personal aspects of care, family structure, support networks, social participation of the caregiver, as well as the contributions and knowledge regarding this role, mainly in Health Care. As results, it was obtained that the woman (daughter, wife, mother, sister) is the main provider of care, being these, in an age range between 65-70 years, likewise it was evidenced that their state of health is found deteriorated due to multiple diseases, especially hypertension (HBP). It was also identified that the people cared for have chronic, degenerative and progressive diseases that generate loss of autonomy and therefore, it is necessary to be cared for by a trained person with experience. For this reason, the caregiver

performs a very important task, because as he takes practice, he is able to function easily and is acquiring skills in care, making the people cared for improve their state of health, thanks to the multiple skills and abilities that caregivers develop. Likewise, it was identified that a large part of the caregivers live with the person cared for, most of whom have performed this role for approximately 1 to 5 years. In addition, it was evidenced that the care provided by caregivers is voluntary, since they are united by feelings of affection, affection and retribution that they have towards the patient. Lastly, it was evidenced that most of them dedicate a large part of their time to them, reducing the time for themselves, causing their social network to weaken and they abandon important activities such as work, leisure time and personal goals.

Keywords: Older adult, family caregiver, self-perception of health, support networks

1. INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad en la población adulta mayor, son factores que influyen en el aumento acelerado de esta población, imponiendo retos para toda la sociedad y en particular a la familia, la cual sigue siendo la principal fuente de cuidados para estos. Actualmente el Quindío no es ajeno a este cambio, ya que según las cifras del DANE (2018) es el Departamento con mayor índice de envejecimiento del País. Por consiguiente, se planteó la siguiente investigación titulada autopercepción de la salud, en adultos mayores cuidadores de personas mayores en los municipios de Filandia, Quimbaya, Circasia, Tebaida, Calarcá y Armenia, del Departamento del Quindío 2020. Teniendo como objetivo principal describir La Autopercepción De La Salud, En Adultos Mayores Cuidadores De Personas Mayores En Los Municipios del Departamento del Quindío en el año 2020.

Esta investigación se abordó desde un estudio descriptivo- exploratorio con enfoque cualitativo. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada, tomando como muestra una población de estudio de 60 adultos mayores, que se desempeñan principalmente como cuidadores de otro adulto mayor.

Con esta investigación se pudo evidenciar que la familia sufre un cambio en su dinámica y funcionamiento, cuando uno de sus miembros adultos mayores presenta alguna enfermedad, sobre todo si ésta lo pone en algún estado de discapacidad, es decir, si hay una pérdida de autonomía para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria y necesitan del apoyo de otros para realizarlas y satisfacer sus necesidades. Generalmente este deterioro provoca alteraciones

emocionales y cognitivas que agravan la situación del adulto mayor cuidado, aumenta la tensión de los miembros de la familia y se hace más difícil la tarea del cuidado para quienes asumen esta responsabilidad dentro de ella.

Sin embargo, a pesar de que se acepta el papel del cuidador familiar como un apoyo indispensable en el cuidado de un familiar dependiente, no se le ha dado la importancia suficiente, pues se ha tendido a considerarlo como una tarea más que le corresponde principalmente a la mujer. En este sentido, se puede decir que brindar cuidado es una labor importante y muy difícil, por lo que no cualquiera está dispuesto a realizarlo, de modo que generalmente se encuentra en esta labor, a la madre, esposa, hija o hermana, quienes están dispuestas a hacerlo, aunque deben renunciar en gran parte, a otras actividades de su vida diaria, para comprometerse a cuidar a otro, además de que la mayoría no cuentan con los conocimientos suficientes sobre cuidados, llevándolas a enfrentarse a constantes retos y cambios.

Es importante mencionar también, que esta labor, consiste en un trabajo no remunerado de largas jornadas, llevando consigo una carga o responsabilidad a una sola persona, quien deberá adaptarse a este, ya que en su mayoría no cuentan con otro familiar que les brinde ayuda.

Por otra parte, en las familias que tienen malas relaciones, el cuidado de un adulto mayor, puede conllevar molestias entre sus miembros, ocasionando sentimientos de obligación en el cuidador principal; originando que este se sienta abandonado, ya que recae en él toda la

responsabilidad, además esto genera problemas sociales, físicos, económicos y psicológicos influyendo negativamente en la calidad y bienestar de vida del cuidador.

De esta manera, se ha decidido implementar esta investigación para dar a conocer la situación actual de los adultos mayores cuidadores de otros adultos mayores, la percepción de su salud y las necesidades que enfrentan, dado que esta problemática es poco investigada, además se busca realizar un aporte en la profundización y campo de estudio de esta y así mismo contribuir en el desarrollo y fomento de proyectos que intervengan a esta población brindando soluciones apropiadas.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

- Describir La Autopercepción De La Salud, En Adultos Mayores Cuidadores De Personas Mayores En Los Municipios De Filandia, Quimbaya, Circasia, Armenia, Tebaida Y Calarcá, Del Departamento Del Quindío 2020.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar los componentes sociodemográficos de los adultos mayores como cuidadores de personas mayores.
- Identificar la situación social de los adultos mayores cuidadores en los componentes micro social / macro social como factor protector de la salud.
- Identificar los aportes del adulto mayor cuidador frente al rol que desempeña, teniendo como aspecto principal el cuidado de su salud

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde el principio del siglo XX en Colombia se dieron grandes cambios demográficos y socioeconómicos, que transformaron la calidad de vida de las personas, en efecto a los avances tecnológicos y médicos que contribuyeron principalmente a disminuir la tasa de natalidad y mortalidad presentadas en el país, logrando que para el año 2016, aumenten la esperanzas de vida de 72/ 79 años, según la organización mundial de la salud (OMS), por esta razón se evidencio un crecimiento proporcional en la población de personas mayores.

Así mismo en el departamento del Quindío se identificó un aumento en el envejecimiento poblacional, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), (2018), de 509.640 habitantes, el 48,2% mujeres y 51,8% corresponden a hombres, para el año 2018 se tiene una población adulta mayor de 98.074 años, según la proyección para el año 2019 será de 106.427 adultos mayores y para el año 2020 será de 106.421 personas mayores, de los cuales el 73,40% son mayores de 65 años De acuerdo a estos datos el departamento del Quindío es el que más cuenta con población adulta mayor.

Teniendo en cuenta lo anterior, todo este cambio demográfico, trae consigo grandes cambios asociados al estilo de vida, la forma de envejecer, así como las condiciones socioeconómicas actuales, que llevan al adulto mayor a una situación de mayor vulnerabilidad; haciendo que se genere dependencia y por ende, hace que este requiera de cuidados principalmente informales que son proporcionados por su red de apoyo familiar como red social primaria, como lo afirma

Espín (2008) citado por Galvis, Cerquera (2016) el cuidador informal es quien asume la tarea de cuidar con mayor compromiso y dedicación y se encarga, como lo indican Islas, et al (2006) de proveer al paciente la asistencia necesaria tanto en casa como fuera de ella.

Es por ello que, en el cuidado permanente de parte de un familiar, cabe destacar que el rol que desempeña la persona cuidadora le exige múltiples labores que implican un mayor esfuerzo, afectando de manera negativa su estado emocional, funcional, físico y social generando deterioro en su calidad y bienestar de vida por que no cuentan con los conocimientos básicos o una profesión que le permita llevar a cabo un cuidado correcto.

De este modo al ser un familiar y no tener los conocimientos básicos en el cuidado de los adultos mayores, trae algunas consecuencias que pueden surgir en el cuidador como: episodios estresantes, cansancio, alteraciones en la salud física, como consecuencia de los períodos extensos que le genera la responsabilidad absoluta de cuidado del enfermo, además de que se ven obligados a reducir su tiempo de ocio, presentando de cierta manera aislamiento social; también trae consigo, problemas laborales y económicos, porque no reciben una remuneración económica, ya que han asumido esta responsabilidad de manera voluntaria o porque no existe otra alternativa. Así mismo se puede evidenciar en muchos casos que la ayuda que puede proporcionar la red familiar, es mínima, dado que las familias son pequeñas, o los hijos trabajan y tienen diversas responsabilidades como: cuidar de su propia familia; por lo que se conlleva finalmente, a que la persona que otorgue los cuidados a la persona dependiente o enferma sea su cónyuge y en efecto se trata de una persona de edad avanzada que puede tener limitaciones que le impiden proporcionar un cuidado adecuado.

Dicho lo anterior, en los cuidadores que no están preparados, se crean una serie de derivados, que generan una sobrecarga en el cuidador informal, ya que el cuidado que brinde puede durar meses o años. Como lo mencionan Cardona et al. (2013) “la ayuda que suministran los cuidadores en muchas ocasiones sobrepasa la propia capacidad física y mental del cuidador, conformando un evento estresante crónico, que genera sobrecarga. La ayuda es en general constante e intensa y asumida por una única persona denominada cuidador principal o primario”.

Por tanto, desde gerontología se realizó esta investigación, la cual permitió identificar los adultos mayores cuidadores afectados de manera directa, por la problemática anteriormente planteada.

A continuación, se plantean las preguntas que guiaron la investigación:

Pregunta general:

- ¿Qué autopercepción de la salud manejan los Adultos Mayores cuidadores de personas mayores en los Municipios de (Filandia, Quimbaya, Circasia, Armenia Y Calarcá) del Departamento del Quindío 2020?

Preguntas específicas:

- ¿Cuáles son los componentes sociodemográficos de los adultos mayores como cuidadores de personas mayores?
- ¿Cuál es la situación social de los adultos mayores cuidadores en los componentes micro social / macro social como factor protector de la salud?
- ¿Cuáles son los aportes de los adultos mayores cuidadores, en el cuidado de su salud y para otros cuidadores?

4.JUSTIFICACIÓN

El departamento del Quindío, según las cifras del DANE (2018), presenta un índice de envejecimiento de 72,29 adultos mayores (65 años y más) por cada 100 jóvenes entre los 0 y 15 años, lo que representa una proporción significativa a nivel Nacional. Uno de los factores influyentes en el aumento de personas mayores dentro del Departamento, es la migración de personas desde diferentes regiones hacia esta, debido a que cuenta con unas características especiales, haciéndolo acogedor, convirtiéndolo en un territorio cautivador para personas mayores de afuera, es por ello, que se debe generar en cada uno un compromiso, para estar preparados y de esta manera, brindarles una buena atención desde diferentes ámbitos, por lo que inicialmente se debe estudiar la población y así conocer sus necesidades, para responder a ellas de una manera adecuada y eficiente.

Teniendo en cuenta lo anterior resulta de especial interés conocer cuál es la autopercepción de salud en el adulto mayor cuidador de otra persona mayor y a partir de ahí, describir y explicar la situación actual que enfrenta esta población como cuidadora, que hasta el momento es desconocida, debido a la carencia de investigaciones sobre este tema. Con esto se logrará que los entes sanitarios y de salud dirijan su mirada e interés hacia este grupo de personas, ya que el adulto mayor se ha transformado en un cuidador oculto sin darle la relevancia que se merece, convirtiéndose según Gordillo y Ruiz (2018), en el paciente detrás del paciente, al llevar a cabo diferentes funciones que se ven condicionadas por su entorno durante el proceso de cuidado. Por eso es pertinente conocer las condiciones internas y externas que puedan afectar el bienestar propio del individuo lo cual implica cambios en sus actividades cotidianas, esto significa que su

responsabilidad pasa de lo personal a dedicar su atención en las necesidades propias de la persona cuidada.

Por consiguiente, esta investigación busca proporcionar información útil para los entes privados y del ámbito de la salud, para que intervengan oportunamente, de igual forma permite brindar el conocimiento sobre el alcance del problema y la vulnerabilidad en la cual se encuentra el cuidador dentro de la sociedad, analizando las diferentes necesidades que se presentan durante el proceso además para prevenir futuras alteraciones en la salud de quienes desempeñan este rol, porque algunas de estas situaciones son difíciles de afrontar por sí solos, debido a la exigencias que requiere el enfermo según su dependencia generando un gran desgaste.

Con relación a lo anterior a nivel Departamental no existen investigaciones sobre este fenómeno, por tal motivo seremos pioneros en este campo, ante ello, esperamos que el estudio sea viable para afianzar los conocimientos sobre el adulto mayor cuidador, la autopercepción de su salud y sus necesidades frente a esta. Además, se quiere fomentar la apertura de más estudios en los que se profundice este tema y trabajar en iniciativas que contribuyan a mejorar la calidad y bienestar de vida de esta población.

Igualmente, la utilidad metodológica permitirá a futuras investigaciones trabajar en torno a este tema y a la población, permitiendo el análisis en conjunto, también para realizar comparaciones y de esta manera trabajar en conjunto. Además, se aportarán bases investigativas para la fundamentación teórica de futuras intervenciones a cuidadores, para hacer evidente sus necesidades o falencias, buscando soluciones y alternativas para estas. Así mismo este estudio, permite ampliar y solidificar el campo de la salud, contribuyendo a enriquecer especialmente la

gerontología, ya que ambas tienen la capacidad de orientar y desarrollar actividades investigativas en el campo del envejecimiento y la vejez, comprometidas con mejorar, mantener y proteger la calidad y bienestar de vida de las personas mayores.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1. MARCO DE ANTECEDENTES

A continuación, se establecen los antecedentes, a partir de una recopilación de diversas fuentes y estudios previos, que presentan afinidad con nuestro tema de investigación, por tal motivo se han seleccionado las siguientes investigaciones.

5.1.1 A Nivel internacional

Inicialmente se encontró la investigación denominada “*vivencias y calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores formales e informales de personas mayores dependientes institucionalizados*” del autor Domínguez, (2016) en España. Esta tuvo como objetivo general profundizar en las características, vivencias, valoraciones y calidad de vida relacionada con el estado de salud, de los cuidadores formales e informales que atienden las personas mayores ingresadas en una residencia geriátrica, en especial al final de la vida. Los objetivos específicos fueron:

- Describir su estado de salud con base a sus percepciones y tratamientos médicos que recibe.

- Medir la calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores participantes que cuidan a personas mayores dependientes.
- Explorar los elementos contextuales que favorecen o limitan la experiencia del cuidador informal.

La metodología que utilizaron fue un estudio mixto con enfoque cualitativo-fenomenológico, con muestra poblacional de 13 familias distribuidas en 10 mujeres y 3 varones. En cuanto a la técnica de recolección se empleó la entrevista.

Finalmente, en este estudio se obtuvo como resultado, que todo cuidador informal manifiesta que toma algún tipo de medicación relacionada con las enfermedades que padecen, principalmente dolor articular de espalda e hipertensión arterial. Además, este autor encontró que los cuidadores, afirmaban que se cuidan lo suficiente, pero el cuidado se circunscribe es a las visitas médicas, aunque la mitad solo acude al médico una vez por año o menos y solo una acude mensualmente a consulta médica. En pocos casos se menciona que participan en actividades saludables a nivel físico o cultural.

Seguidamente está la investigación titulada “*el cuidado informal de mayores: impactos en la salud y calidad de vida de las personas cuidadoras*” del autor Mosquera, (2017) en la ciudad de Granada, España. El objetivo general de esta, fue profundizar en el conocimiento de cómo el cuidado informal de personas mayores dependientes afecta a la salud y calidad de vida de las personas cuidadoras, en cuanto a los objetivos específicos fueron:

- Revisar y realizar una síntesis de los hallazgos publicados en la literatura científica sobre los impactos del cuidado de mayores dependientes sobre la salud y calidad de vida de las

personas cuidadoras informales, identificando los factores contextuales, personales y del proceso de cuidado que podrían asociarse a estos impactos.

- Analizar los impactos de cuidar sobre la salud y otras dimensiones de la vida en población cuidadora de mayores dependientes en Gipuzkoa, así como sus factores asociados y las diferencias por sexo.

En la metodología el tipo de estudio fue transversal con enfoque observacional, con una muestra poblacional de 64 cuidadores y como técnica de recolección se utilizó la entrevista estructurada.

Como conclusiones Mosquera, (2017) encontró inicialmente, que cuidar a adultos mayores tiene impactos en la salud física y mental de la persona cuidadora, así como en otras dimensiones de su vida (personal, social, laboral, económica), pudiendo observarse efectos negativos, pero también positivos (caso de los sentimientos de satisfacción y ganancia), además de que las mujeres son las más afectadas. Así mismo, evidencio que la experiencia de cuidado, está determinada por factores a nivel micro de la díada, pero también por factores del contexto familiar y socioeconómico en que se desarrollan, por ultimo identifico que la interacción de estos factores y los impactos que tienen sobre la persona cuidadora hacen que esta experiencia sea dinámica y haya procesos de cambio o adaptación a lo largo del tiempo.

Otra de las investigaciones es denominada “*autopercepción del bienestar del cuidador familiar del adulto mayor y características sociodemográfica*” de los autores Félix, et al (2013) en la ciudad de Valencia, España. Esta tuvo como objetivo general, establecer asociación de autopercepción en dimensiones de bienestar y características de cuidadores.

En la metodología el tipo de estudio fue descriptivo, analítico y correlacional con una muestra de 300 cuidadores utilizando el cuestionario como técnica de recolección.

En esta investigación se concluyó que las características de las cuidadoras familiares de adultos mayores resultaron asociadas en su mayoría con la autopercepción del bienestar espiritual y una o dos con las dimensiones física, psicológica y social. Además, se hace énfasis en que la enfermería como profesión debe reconsiderar el cuidado holístico que involucra la dimensión espiritual y considerar a las cuidadoras familiares como un grupo vulnerable que requiere atención, de tal manera que les permita adaptarse a la dependencia de su familiar, afrontando la adversidad del cuidado y de esta manera lograr la autopercepción física, psicológica, social y espiritual favorable y por efecto favorezcan y mantengan el bienestar del adulto mayor.

Para finalizar los antecedentes a nivel internacional, se encontró la investigación denominada “*personas mayores cuidadoras: sobrecarga y dimensión afectiva*” del autor Serrano (2017), en Uruguay, donde se tuvo como objetivos generales conocer las condiciones de salud de los cuidadores adultos mayores que son usuarios regulares del Subprograma Adultos Mayores del Programa APEX – Cerro (UdelaR), así mismo , identificar la frecuencia de adultos mayores que cuidan a otras personas e identificar la frecuencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en los adultos mayores cuidadores. En cuanto al objetivo específico se buscó describir las características de los cuidadores adultos mayores con y sin sobrecarga.

Con respecto a la metodología emplearon un tipo de estudio de caso con enfoque cualitativo-cuantitativo, con una muestra de 74 personas mayores y la entrevista y cuestionario como técnica de recolección.

Serrano (2017), concluyo que el 29,7% de las personas mayores del estudio son cuidadoras, brindando ayuda en las actividades de la vida diaria a otras personas que tienen algún nivel de dependencia, ya sea transitoria o permanente. Así mismo, evidencio la feminización del cuidado y que la función de cuidado es de tipo familia, abarcando este las dimensiones material, económica, moral y emocional, lo cual implica un alto nivel de exigencia, siendo un factor de riesgo para la sobrecarga.

5.1.2 A nivel Nacional

En primer lugar, se encontró la investigación denominada “*caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa*” de los autores Gómez, Peñas y Parras, (2015) en la ciudad de Bogotá, teniendo como objetivo general describir las características socioeconómicas, funciones asumidas y morbilidad sentida de un grupo de cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá.

En La metodología, se utilizó un tipo de estudio descriptivo-transversal con enfoque cuantitativo, con muestra poblacional de 2.557 cuidadores de personas con discapacidad severa en 19 localidades de Bogotá, aplicando la caracterización como técnica de recolección.

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

Seguidamente esta la investigación denominada “*percepción de cuidadores informales frente a la experiencia de cuidado de una persona adulta en cuidado paliativo con patología oncológica, asistentes al cjo*” de los autores Calderón, Cardona, Ramos y Fonseca, (2016) en la ciudad de Bogotá, el objetivo general fue describir la percepción de los cuidadores informales, frente a la experiencia de cuidado de una persona adulta, en cuidado paliativo con patología oncológica, asistentes al Centro Javeriano de Oncología (CJO), durante el periodo de Junio a Julio del año 2016. Como objetivos específicos identificaron los facilitadores mediante la interpretación de la experiencia relatada por los cuidadores informales. También, describieron posibles barreras relacionadas con el proceso de cuidado hacia un paciente con patología oncológica en cuidado paliativo referidas por los cuidadores informales.

En la metodología se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo de enfoque cualitativo e interpretativo y como muestra tomaron los cuidadores informales hombres y mujeres mayores de 18 años que dedican la mayor parte de su tiempo al cuidado de un paciente oncológico en cuidado paliativo, que accedieron libre y voluntariamente a participar en el estudio. Como técnicas de recolección fueron utilizadas la entrevista semiestructurada y la grabación de audio.

Por último, se concluye que se logró identificar que las personas que desempeñan el rol de cuidador informal de una persona en cuidado paliativo experimentan muchos sentimientos encontrados; dentro de los más comunes se encuentran: amor, desesperanza, sufrimiento, tristeza y preocupación. En algunos casos el cuidador informal es consciente de la realidad que vive su familiar, que no tiene posibilidad de vida y que por más esfuerzos que realicen en el cuidado, la persona no se va a recuperar; sin embargo, es común encontrar que los cuidadores informales

brinden amor, acompañamiento y dedicación a su ser querido con el fin de promover un final de la vida digno.

Para finalizar con los antecedentes Nacionales se encontró la investigación denominada *“capacidad de agencia de autocuidado y factores condicionantes en cuidadores informales que han participado programa de capacitación acompañando a los cuidadores”* de los autores Gordillo y Valencia del año (2018) en la ciudad de Villavicencio, Meta. Esta tuvo como objetivo general determinar la capacidad de agencia de autocuidado de los cuidadores informales de personas en situación de cronicidad del curso “Acompañando a los Cuidadores” y como objetivos específicos:

- Caracterizar socio demográficamente los cuidadores informales de personas en situación de cronicidad del curso Acompañando a los Cuidadores.
- Valorar las capacidades autocuidado de los cuidadores informales de personas en situación de cronicidad del curso Acompañando a los Cuidadores.
- Describir los factores condicionantes básicos que intervienen en la capacidad de autocuidado del cuidador informal de personas en situación de cronicidad del curso Acompañando a los Cuidadores.

En la metodología el tipo de estudio fue descriptivo con enfoque cuantitativo y de corte transversal, empleando una muestra de 110 cuidadores y una caracterización en la técnica de recolección.

Como conclusión se estableció que, en la caracterización de los cuidadores informales investigados mediante el concepto de factores condicionantes básicos, se evidenció que desempeñan su labor en una serie de variables internas y externas que confluyen al momento de cuidar al otro. En cuanto a los factores ambientales relacionados con el rol del cuidador se observó, que la persona cuidada se caracteriza por ser adulto mayor, con alguna enfermedad crónica, con dependencia moderada o total, lo que puede ocasionar una sobrecarga en el cuidado con sus respectivos efectos en la salud de los cuidadores, por lo que se sugiere ampliar en este aspecto del cuidado en futuras investigaciones. Además los factores encontrados en esta investigación pueden llevar a través del curso de la vida al padecimiento de enfermedades crónicas que hacen al cuidador el paciente detrás del paciente y en un futuro a un cambio de rol que lo lleva a ser cuidado, por lo que se sugiere el fortalecimiento de cursos de capacitación que den continuidad a la atención a través de visitas domiciliarias donde se evalué la fluctuación de factores condicionantes básicos que puedan afectar la calidad de vida y la salud del cuidador y la persona a cargo.

5.1. 3 A nivel Regional

Inicialmente se encontró la investigación denominada “*percepción de calidad de vida de cuidadores primarios de adultos mayores con enfermedad crónica y diagnosticados con cuadro depresivo*” del autor Viveros, (2019) en la ciudad de Cali, Valle del Cauca. El objetivo específico fue describir la percepción de calidad de vida de los cuidadores primarios de adultos mayores con enfermedades crónicas y diagnosticadas con cuadros depresivos. En la metodología emplearon un tipo de estudio descriptivo, en la muestra participaron cuatro cuidadores primarios

de adultos mayores diagnosticados con depresión y utilizaron la entrevista semiestructurada como técnica de recolección.

Como resultados se encontró que la calidad de vida de los cuidadores en la mayoría de las ocasiones se ve afectada por el desempeño de su rol, destacándose generalmente la pérdida de interacciones sociales, la necesidad de apoyo y de tiempo de ocio (Diaz-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.

En segundo lugar, está la investigación denominada “*relación entre la calidad de vida en salud y la carga física en cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer*”, de los autores Angulo y Ramírez, (2016) en la ciudad de Cali, Colombia. El objetivo general fue describir la relación entre la calidad de vida en salud y la carga física en cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer. Para la metodología utilizaron el enfoque cualitativo y diseño no experimental. Como muestra fueron empleados 76 artículos científicos de revisiones temáticas y aplicaron la técnica de análisis de contenido.

Esta investigación les permitió concluir que la calidad de vida en salud de los cuidadores con enfermedad de Alzheimer, contempla aspectos característicos los cuales describen al cuidador y pueden ser una pauta de acción para favorecer su labor. Así mismo que los cuidadores tienen como característica principal ser mujer, con edad comprendida entre los 40 y 65 años, con estudios que no sobrepasan la media básica, dedican entre 4-7 horas al día para el cuidado de los enfermos de Alzheimer, no reciben remuneración, suelen ser familiares a quienes se les atribuye

como cuidador principal. En primer lugar, suelen ser hijas, seguida de esposas, quienes en ocasiones suelen rechazar la ayuda de otros miembros de la familia por sentirse responsables en su totalidad del cuidado del enfermo.

Por último, como antecedente regional está la investigación denominada “*carga de cuidado en cuidadores de personas con enfermedad crónica pertenecientes a un programa de hospitalización en casa (Manizales, Colombia)*”, de los autores Rodríguez, Valencia, González y Muñoz, (2018) en la ciudad de Manizales, Colombia. El objetivo general fue describir la carga de cuidado de los cuidadores principales de personas con enfermedad crónica pertenecientes a un programa de hospitalización en casa de la ciudad de Manizales (Colombia).

En la metodología emplearon un estudio cuantitativo y observacional de corte transversal, cuya muestra estuvo constituida por 76 cuidadores principales de personas con enfermedad crónica que recibían servicios de salud por medio de un programa de atención domiciliaria y para la recolección de los datos se aplicaron el cuestionario de Zarit.

Como resultados obtuvieron que el 43,5% de los cuidadores presentaban algún nivel de sobrecarga. Para estos cuidadores los mayores promedios se ubicaron en las subescalas relacionadas con el impacto del cuidado, carga interpersonal e indecisión sobre el cuidado. Por último, se hace énfasis en que es importante realizar otros estudios en los que se pueda analizar los predictores multidimensionales que generan la sobrecarga.

Con respecto en estudios a nivel local, no se encontraron investigaciones que tuvieran alguna afinidad con nuestro tema de investigación, por lo que se concluye que hace falta este tipo de investigaciones, ya que según el DANE (2018), el índice de envejecimiento para este

departamento es de 72,37 de adultos mayores (de 65 años y más) por cada 100 jóvenes de entre 0 y 15 años. Posicionándolo como el departamento con mayor índice de envejecimiento a nivel nacional, haciendo necesario que se enfatice y profundice en estudios de este tipo y de esta manera empezar a trabajar en conjunto, buscando alternativas y posibles soluciones para mejorar el bienestar y calidad de vida, para esta población de cuidadores de adultos mayores

Cabe destacar que todas las investigaciones anteriormente mencionadas, nos permitieron conocer diferentes autores que estudiaron nuestro tema de investigación donde encontramos temas importantes como:

En primer lugar, estas investigaciones nos dieron a entender que cuidar tiene impactos en la salud física y mental de la persona cuidadora, así como en las dimensiones de su vida (personal, social, laboral, económica) siendo las mujeres las más afectadas. Además, que el cuidado puede abarcar las dimensiones material, económica, moral y emocional, lo cual implica un alto nivel de exigencia, siendo un factor de riesgo para la sobrecarga, lo que lleva experimentar muchos sentimientos encontrados; dentro de los más comunes se encuentran: amor, desesperanza, sufrimiento, tristeza y preocupación.

También de que existen otros factores que pueden llevar a través del curso de la vida al padecimiento de enfermedades crónicas que hacen al cuidador, el paciente detrás del paciente y en un futuro a un cambio de rol que lo lleva a ser cuidado, por lo que sugieren el fortalecimiento de cursos de capacitación que den continuidad a la atención a través de visitas domiciliarias donde se evalué la fluctuación de factores condicionantes básicos que puedan afectar la calidad de vida y la salud del cuidador.

5.2. MARCO CONCEPTUAL

Autopercepción de la salud

La autopercepción de la salud se considera como una medida simple pero completa, para evaluar la salud con base en múltiples dimensiones, constituyendo un indicador válido y relevante del estado de salud, pues es producto de una concepción individual y subjetiva que evidencia la intersección entre factores biológicos, sociales y psicológicos. Adicionalmente, es considerada como la métrica del estado de salud más utilizada, cada vez en mayor magnitud, en estudios epidemiológicos y encuestas poblacionales, debido a su validez en predecir la morbi-mortalidad y el decremento funcional en personas mayores (Jiménez, 2018).

Percepción

La percepción es un proceso activo-constructivo en el que el perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema. (Neisser.1990, citado por Narváez. 2017).

Cuidador

El cuidador o cuidadores de acuerdo con (Discapnet.es), son las personas o instituciones que se hacen cargo de las personas con algún nivel de dependencia. Son por tanto padres, madres, hijos/as, familiares, personal contratado o voluntario Un Cuidador es la persona que se hace

cargo, por cuenta propia o por encargo, de vigilar y atender a otra persona como un anciano, un bebé, un convaleciente, o una dependencia (Ruiz y Nava 2012).

Cuidador familiar

El término “cuidador familiar” se utiliza para describir a aquellas personas que habitualmente se encargan de ayudar en las actividades básicas de la vida diaria a personas (mayores, enfermas o discapacitadas) que no pueden desempeñar estas funciones por sí mismas. Normalmente, se trata de un familiar cercano (la inmensa mayoría mujeres) que, además de proporcionar los cuidados necesarios que aseguren a la persona en situación de dependencia una calidad de vida adecuada, debe continuar realizando las labores propias del mantenimiento del hogar.

Cuidador principal

El cuidador principal se caracteriza por ser mujer, con lazos de parentesco, generalmente de esposa o hija, asumiendo el rol de cuidador de manera informal y voluntaria. Además, se ve sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural o económico; se encarga de brindarle apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas (Llamuca y Berronez, 2019).

También este es definido según Sánchez, Oyala y Vásquez, (2018) como el cuidador principal de una persona que ayuda a otra a realizar todas las tareas que normalmente realizaría por sí misma; o aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía, o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales.

Por último este es definido como el cuidador principal del paciente con enfermedad terminal que soporta a menudo una gran tensión emocional, preocupación constante frente a una noticia perturbadora de muerte. Si se involucra el profesional de salud brindando un cuidado y atención pertinente tanto al enfermo como al cuidador, se sabrá desarrollar un proceso de cuidado integral, logrando mejores resultados, por tal motivo es necesario que la persona que brinda cuidados, sea apoyada profesionalmente, para que pueda controlar sus emociones y brinde un cuidado efectivo (Ruiz, 2016). Carretero et al., (2009) manifiestan que en el ámbito de la salud, pueden darse consecuencias graves como: contracturas, problemas al caminar, dolor crónico, síntomas digestivos o cansancio. (Gómez. 2016).

Salud

La Salud Humana, como la de cualquier ser vivo, es la expresión y la consecuencia del grado de eficiencia con que se integra y relaciona cada individuo, grupo humano o la Humanidad toda, al universo, a ese inmenso y complejo conjunto de relaciones sistémicas del que formamos parte. (Mastellari, S.F).

Esta según Salleras Sanmartí (1986) es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y su colectividad.

Adulto mayor

De acuerdo con el Ministerio de Salud (S.F) son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras

dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante su curso de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro. Generalmente, una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad.

Vejez

Según el Ministerio de Salud (S.F) la vejez representa a una construcción social y biográfica del último momento del curso de la vida humana, la vejez constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas.

Envejecimiento

Según el Ministerio de Salud (S.F) el envejecimiento constituye un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de la vida y termina con la muerte. Siendo un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo.

Calidad de vida

La OMS, (1994) define la calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. La calidad de vida no es igual a estado de salud,

estilo de vida, satisfacción con la vida, estado mental ni bienestar, sino que es un concepto multidimensional que debe tener en cuenta la percepción por parte del individuo de este y otros conceptos de la vida

La calidad de vida conlleva aspectos subjetivos y objetivos sobre la manera de vivir el momento que transcurre. Sin embargo, el concepto de calidad de vida ha variado a lo largo de la historia de la humanidad; no obstante, la mayor parte de las veces ha sido entendida como el cuidado de la salud personal, la preocupación por la salud e higiene pública, los derechos humanos laborales y ciudadanos, la capacidad de acceso a los bienes económicos y la preocupación de acceso a dichos bienes. Recientemente, se han incorporado a este término algunos elementos subjetivos o psicológicos de la persona, por lo que se le concibe como el interés o experiencia del individuo sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud (Villamar, 2014).

Esta también es definida según Botero y Pico, (2007) relacionándola con la salud, como la capacidad que tiene el individuo para realizar aquellas actividades importantes relativas al componente funcional, afectivo y social, los cuales están influenciadas por la percepción subjetiva. Es claro que la calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social, así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas. (Molluhanca, 2017)

Finalmente, Maldonado, (2017) define la calidad de vida como la propiedad que tiene la persona para experimentar situaciones y condiciones de su ambiente dependiendo de las

interpretaciones y valoraciones que hace de los aspectos objetivos de su entorno, contemplando cuatro dimensiones: bienestar físico, psicológico, espiritual y social.

Estrés

Es la respuesta automática y natural del cuerpo ante las situaciones que nos resultan amenazadoras o desafiantes. La vida y el entorno en constante cambio, exige continuas adaptaciones: Por tanto, cierta cantidad de estrés (activación) es necesaria.

Dependencia

“Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, de la enfermedad o de la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal” (Ley 39, 2006)

Enfermedad

Según la Organización mundial de la salud OMS (S.F), la definición de enfermedad es la alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas. Esta es manifestada por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible (Discapnet.es., S.F).

Aislamiento social

La exclusión social se define como el proceso de pérdida de integración o participación de las personas en la sociedad y en los diferentes ámbitos económico, político y social (Plan Nacional de Inclusión 2013-2016. Citado por Santos, Sánchez 2016).

Vulnerabilidad

Esta según Rozo y Riascos. (2018) se refiere a una persona que se encuentra en condición de vulnerabilidad, es decir que esa persona es susceptible de sufrir un daño físico, sufrimiento emocional, una pérdida material o incluso la muerte. Las condiciones de vulnerabilidad que padece una persona dependen de una gran cantidad de factores sociales, económicos, ambientales, tecnológicos, físicos, políticos, culturales, institucionales, geográficos, entre otros. La vulnerabilidad no debe necesariamente asociada con la debilidad, ya que la vulnerabilidad es un concepto relativo: una persona es vulnerable frente a otros individuos o frente a ciertas situaciones.

Ansiedad

La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, mal adaptativa compromete la eficacia y conduce a las enfermedades (Reyes, S.F).

Sociedad

La sociedad es un término complejo, susceptible de referirse a realidades distintas y capaces de recibir enfoques contrapuestos. Su radical polisemia significativa ha motivado gran variedad

de definiciones. Estas dependen del punto de vista adoptado o de los elementos que incluyan. En general se designa como sociedad todo tipo de asociación o grupo formado por seres vivientes, a los que unen ciertas semejanzas o coincidencias en su constitución o en sus actividades.

Demografía

Es una ciencia social que estudia el volumen, crecimiento y características de un grupo de población humana en un periodo de tiempo determinado o a su evolución. Se trata de estudios estadísticos relativos, como la natalidad, mortalidad y la migración. Donde organismos oficiales se encargan de recoger este tipo de datos y se utilizan instrumentos como encuestas y padrones.

Curso de vida

El enfoque del curso de la vida se utiliza para entender los cambios en la vida de la población, considerando sucesos de larga duración; es decir, sucesos que acontecen a lo largo de la vida con un calendario y una intensidad determinada por el momento histórico que se vive y las condiciones propias de la población (Cenobio, et al 2019).

El cuidado de sí

Según Foucault (S.F) es bien entendido, el conocimiento de sí -es el costado socrático-platónico, pero es también el conocimiento de cierto número de reglas de conducta o de principios que son a la vez verdades y prescripciones. Cuidar de sí es equiparse de estas verdades: es ahí donde la ética está ligada al juego de la verdad.

Bienestar

Según Aragón, A (S.F) Es “un estado de satisfacción personal, de comodidad y de confort que considera como positivos y/o adecuados aspectos como la salud o bienestar psico-biológico, el éxito social y económico, el éxito profesional, el placer personal, la alegría de vivir, la armonía consigo mismo y con el entorno.

5.3 MARCO TEÓRICO

5.3.1 SALUD Y COMPONENTES DE LA SALUD

La salud es un término el cual ha ido evolucionado durante toda la historia, anteriormente se consideraba que la salud era un estado donde las personas no presentaban ningún tipo de enfermedad, solo se tenía en cuenta el ámbito biológico y físico, más adelante la OMS presentó el concepto de salud, elaborado en 1946, donde consideran “la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades” con este término agrupó otras esferas que son importantes para el bienestar del ser humano, así mismo la OPS realizó un aporte donde se tiene en cuenta medioambiente que la rodea como un factor determinante en la calidad de vida.

Por otra parte, es pertinente tener claro los diferentes componentes dentro de la salud como son:

En primer lugar, encontramos la salud física: que se entiende como el óptimo funcionamiento fisiológico del organismo, es decir que la persona se encuentra en buen estado para realizar actividades y mantener una vida saludable, algunas de las características que se encuentran son el

funcionamiento eficiente del cuerpo para responder a diferentes eventos que puedan alterar y así mismo resistir algún tipo de enfermedad.

En segundo lugar, según la OMS (2018) “la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad”. Como seres humanos tenemos la capacidad de interactuar con los demás en distintos entornos manejando de forma adecuada el contacto en el momento de expresar diferentes acciones que ayuden a manejar una buena comunicación.

Teniendo en cuenta lo anterior la salud emocional es una parte importante de la salud mental, cuando las personas tienen el control de sus emociones, pensamientos, sentimientos y saben cómo manejarlos adecuadamente tiene la capacidad de tener buenas relaciones y de enfrentarse a la vida.

En tercer lugar, está la salud social, “se entiende como la habilidad para la adaptación y la autogestión ante los cambios y desafíos del entorno, así como la capacidad para desarrollar relaciones satisfactorias con otras personas” (Universidad Nacional de Valencia 2018). Así mismo llevar a cabo diferentes habilidades que permitan una adecuada interacción con las demás personas satisfaciendo sus necesidades interpersonales.

Por último, está la salud espiritual, que tiene en cuenta la parte religiosa, pero también la meditación, lo cual nos permite entrar en paz con nosotros, además nos ayuda a tener pensamientos positivos, fe y esperanza en momentos difíciles, para ayudar a afrontar la vida. “Algunas investigaciones muestran cómo las creencias positivas, el alivio y la fuerza que la

religión, la meditación puede contribuir a mejorar la salud, a un mayor sentido de bienestar” (Gómez, y Harriero, 2013)

5.3.2 ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ

La vejez alude a una realidad multifacética atravesada no solo por el paso del calendario, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales. Así mismo, esta ha de contemplarse como un proceso diferencial y no como un estado ya que se trata de cambios graduales, en el que intervienen un número considerable de variables con diferentes efectos.

La vejez puede ser una etapa de pérdidas como también de plenitud, dependiendo de la combinación de recursos y oportunidades a los que están expuestos en el transcurso de sus vidas y de acuerdo a su condición y posición en la sociedad

Para la OMS (2009) citado por Alvarado, (2014) el envejecimiento es el proceso fisiológico que comienza con la concepción y ocasiona cambio durante todo el ciclo vital. Estos cambios se producen en el organismo de una forma desigual, es decir que cada parte del organismo, como la persona no envejecen de la misma manera, ni al mismo ritmo.

Características del envejecimiento

Presenta diversas formas y maneras de observar su desarrollo y evolución dentro de un contexto, las cuales son:

- **Universal:** Propio de todos los seres humanos
- **Irreversible:** No puede detenerse ni revertirse

- **Heterogéneo e Individual:** Cada especie tiene una velocidad característica de envejecer, pero la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.
- **Deletéreo:** Lleva una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en el que la finalidad de este es alcanzar una madurez en la función del adulto mayor.
- **Intrínseco:** No debido a factores modificables.

5.3.3 DEMOGRAFÍA Y CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ENVEJECIMIENTO

5.3.3.1 Demografía Del Envejecimiento

González (2013) define El envejecimiento demográfico como el incremento sostenido de la proporción de adultos mayores (60 años o más) dentro del total poblacional y es producto de los cambios que se generan en la dinámica demográfica, principalmente por la mortalidad y la fecundidad"

Según el centro latinoamericano y caribeño de demografía (CELADE) y la división poblacional de la Cepal (2019) refiere como la "dinámica demográfica regional no sólo impacta al crecimiento poblacional, también conlleva a cambios importantes en la estructura por edades de la población. En el proceso de transición demográfica de la región sobresale la acelerada caída

de la fecundidad, que fue precedida por la reducción sostenida de la mortalidad desde finales de la primera mitad del siglo XX, lo que hoy se refleja en una esperanza de vida al nacer de 75,2 años y una tasa global de fecundidad de 2 hijos por mujer período 2015-2020.

Según Camga, Vivar y Naval. (2011). Los cambios demográficos y sociales que se están presentando en las últimas décadas están afectando a la estructura y relaciones familiares y a su capacidad de respuesta a situaciones de necesidad ocasionadas por enfermedad o dependencia. El cuidado de una persona mayor, al ser generalmente una actividad extensa y duradera en el tiempo, fuerza a muchos cambios en el contexto próximo de la persona y de los cuidadores familiares, llegando a producir importantes desequilibrios debido a problemas de convivencia, falta de espacio físico y conductas insolidarias de otros miembros de la familia.

Además, el aumento de proporción de personas de edad avanzada con respecto al total de la población. El fenómeno del envejecimiento demográfico obedece principalmente a cambios en las variables demográficas de expectativa de vida, la estructura por edades, la fecundidad, la mortalidad y la migración internacional (Montoya y Rivera 2009).

5.3.4 ENVEJECIMIENTO, DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

El envejecimiento es un proceso individual, el cual se expresa de diferentes formas en los adultos mayores, en este intervienen aspectos biológicos, sociales, psicológicos y estilos de vida poco saludables (obesidad, estrés, sedentarismo, etc.). El progresivo deterioro biológico y

consecuente aumento de problemas de salud se asocian a una declinación de las capacidades funcionales y la autonomía de la persona mayor.

Al aumentar la edad, aumenta el riesgo de dependencia, así como su frecuencia y severidad. Barthel la define como la “incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria”. Por lo tanto, un adulto mayor dependiente requiere de asistencia para realizar actividades de la vida diaria debido a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual.

La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) señala que la discapacidad engloba deficiencias, limitaciones de actividades y restricciones para la participación de las personas en la sociedad. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción entre persona con un problema de salud, como también los factores personales y ambientales (actitud negativa, transporte y falta de apoyo social). Por lo tanto, la discapacidad se puede considerar como un proceso multidireccional, como resultado de la interacción de ciertas condiciones de salud, las características personales, el entorno social y ambiental (Pizarro, 2016).

5.3.5 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LAS PERSONAS

MAYORES

Para aproximarnos al concepto de calidad de vida debemos tener presente que muchos de los estudios llevados a cabo no son concluyentes en cuanto a una definición única de Calidad de Vida, esto porque es un concepto que ha sido utilizado desde diferentes disciplinas con lo cual en cada área en que se ha desarrollado ha puesto su énfasis en lo que a ella le compete.

En el presente estudio entenderemos la calidad de vida desde las siguientes definiciones:

La OMS (1994) define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Es imprescindible conocer como la calidad de vida de la población, está determinada por diferentes factores, Lawton y Mortimer, (1991) definen cuatro componentes de la calidad de vida: las competencias conductuales, medio ambiente, bienestar psicológico y calidad de vida percibida.

Con relación a lo anterior García y Viniegras (2008), mencionan que se debe analizar no sólo las condiciones físicas y objetivas, sino las experiencias subjetivas y las percepciones que los individuos tienen de su existencia en su hábitat o entorno.

La calidad de vida implica también factores subjetivos y factores objetivos, dentro de los aspectos objetivos se pueden destacar los servicios con que cuenta la persona, presencia de enfermedades, acceso a bienes, vínculos y relaciones familiares y en el ámbito subjetivo tenemos aspectos como las valoraciones, juicios y sentimientos del adulto mayor en relación a su propia vida, tales como: búsqueda de trascendencia, aceptación a los cambios, percepción de bienestar, percepción sobre la discriminación y el rol del adulto mayor en la sociedad, entre otros (León, et al. 2011. citado por Céspedes, 2015).

Tonon, 2008, citado por Garzaniti et al, 2015 manifiesta como la calidad de vida está condicionada por la estructura social, que puede ser considerada en términos de características demográficas, pautas culturales, características psicosociales de la comunidad, como también en términos de las características de las instituciones, tanto en el ámbito estatal como en el privado, que desarrollan su accionar en ese contexto.

Cabe mencionar también que a medida que aumentan la edad, la calidad de vida está determinada por la capacidad para mantener la autonomía, o sea, la capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias, y la independencia, es decir, la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, en otras palabras, capacidad de vivir recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás.

Para Cardona, Giraldo y Maya, (2013) la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor es la interacción de condiciones propias de la existencia humana como la vivienda, el vestido, la alimentación, la educación y las libertades humanas, con eventos del proceso de envejecimiento y las adaptaciones del adulto mayor a su medio biopsicosocial. Por lo tanto, tal interacción determina los estados de bienestar y la percepción sobre la importancia de la salud física, el temor, el abandono o aislamiento, la dependencia y las relaciones sociales significativas.

Desde la perspectiva del adulto mayor, la calidad de vida alude elementos materiales, psicológicos y sociales como la paz y la tranquilidad, sumado al recibir cuidado y protección por

la familia bajo criterios de dignidad, amor y respeto, a lo que suma la satisfacción de necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información.

Por otra parte los factores asociados a aquellos que presentan un mayor potencial predictor de la calidad de vida relacionada con la salud son el nivel educativo, el estado civil, la satisfacción con el apoyo familiar y la ausencia de hospitalización en la salud física; psicológica, la zona de residencia, el estado civil, la satisfacción económica y familiar y la ausencia de enfermedades (Cardón, et al, 2013).

5.3.6 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL ENVEJECIMIENTO

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. (OMS, Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud 2005-2008). Además, se deben mantener buenos hábitos de vida saludable que generen un factor protector como son tener una buena alimentación, dormir las horas adecuadas, realizar actividad física, asistir a chequeos médicos, manejar adecuadamente los estresores y mantener una buena interacción social.

El envejecimiento depende de una amplia variedad de factores o determinantes que incluyen a los sujetos con todas las características, el entorno familiar y cultural, así como las políticas sociales. (Causapie, et al, 2011 citado por Domínguez, 2015).

Teniendo en cuenta el autor anterior se adapta y expone los siguientes factores:

Factores personales. Comportamentales y actitudinales:

La biología y la genética no son modificables y el deterioro es irreversible, pero la pérdida física se puede compensar con ganancias en sabiduría, conocimiento y experiencia; sumado a la adaptabilidad le ofrece a la persona mayor mejores posibilidades. Todo ello le permite prevenir enfermedades, frenar el declive funcional, prolongar la longevidad y por ende mejorar la calidad de vida.

Factores económicos: Ingresos, trabajo y protección social:

Al llegar el retiro laboral o a la jubilación, disminuyen los ingresos de las personas mayores, por lo tanto, se debe reconocer la necesidad económica y apoyar a las personas dependientes para así garantizar sus cuidados en cualquier situación y asegurar una calidad de vida digna.

Género y cultura:

Estos factores influyen en todo lo demás, ya que el género tiene un efecto en el estatus social, acceso a la educación, el trabajo, la salud y la alimentación. Los valores culturales y las tradiciones, determinan la visión que una sociedad tiene sobre los adultos mayores y su relación con otras generaciones. Esta también influye en los comportamientos en salud y personales.

Sistema sanitario y social:

Los servicios sanitarios deben ser universales, equitativos, estar coordinados e integrados y coste-efectividad adecuado. Así mismo tener objetivos como: la promoción de salud, la prevención de la enfermedad, atención primaria en salud, y atención de larga duración en cuidados.

Factores del ambiente social y entorno físico:

La oportunidad de estudio y aprendizaje durante todo el curso de vida y protección frente al abuso y violencia; esto permite mejorar la salud, la independencia y la productividad en la vejez. También tiene gran influencia las condiciones físicas del medio por ejemplo las ciudades libres de barreras arquitectónicas que facilitan la movilidad y reducen accidentes, las viviendas adaptadas que permiten incrementar la autonomía, evitar caídas y accidentes domésticos en adultos mayores

5.3.7 TIPOS DE CUIDADO Y CUIDADORES

5.3.7.1 Cuidado y Cuidador Formal

En cuanto a los cuidadores formales, se ha determinado que deben hacer frente a múltiples estresores de forma similar a los cuidadores informales, sin embargo, esta ocupación es retribuida y con horario, lo que hace que la labor difiera de forma considerable de la realizada por los cuidadores informales. Aunque se considera que estos cuidadores están capacitados para el manejo de la enfermedad, también se exponen a una carga de estrés que puede acarrear problemas tanto a nivel laboral como personal, generando repercusiones en su ajuste personal y

por consiguiente afectando a la forma en que lleva a cabo el cuidado (Cerquera, y Galvis, 2014. citados por Rueda, 2018)

5.3.7.2 Cuidado y Cuidador Informal

Espinoza y Aravena, (2012) manifiestan que se entiende como “cuidado informal” a “un sistema informal de prestación de cuidados no remunerado a personas dependientes, por parte de familiares, amigos u otras personas, conformando un verdadero sistema oculto de cuidados”, caracterizado por la ausencia de organización explícita. Hay ciertos rasgos que caracterizan el cuidado informal y que afectan directamente su visibilidad y reconocimiento social: se trata de un trabajo no remunerado, sin precio en el mercado, y esto se confunde con una carencia de valor. El cuidado se basa en relaciones afectivas y de parentesco, perteneciente al terreno de lo privado; se trata de “asuntos de familia”, en los que el resto de la sociedad no se implica, desarrollado en un ámbito doméstico y, como tal, queda oculto al público. Finalmente, es una función adscrita a las mujeres como parte del rol de género.

Por otra parte, Hurtado y Ramírez. (2016) nos dicen que los cuidadores informales presentan mayores niveles de sobrecarga, en comparación con los cuidadores formales profesionales; se encontró que los cuidadores informales usan significativamente más afrontamiento emocional y menos afrontamiento racional, lo que lleva a comprometer más la salud del cuidador informal. También nos comentan que los cuidadores se presentan como enfermos potenciales y segundas víctimas de la enfermedad, debido a que la dependencia no solo afecta a quien la padece, sino

también a quienes tienen que facilitar las ayudas necesarias para que pueda seguir viviendo dignamente.

Estos cuidadores en su mayoría, brindan cuidados desde el diagnóstico del enfermo, el cuidar desde el inicio de la enfermedad en el rol de hijo o pareja, permitiendo a los cuidadores entrega absoluta con amor, cariño y compromiso hacia su ser querido, el cual se convierte en el cuidador primario quien según la OMS (1990) es la “ persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y a cubrir las necesidades del mismo de manera directa o indirecta”(Alfaro 2008, citado por Flores, 2017).

El cuidador informal principal también se define como aquella persona principal responsable del cuidado no profesional del paciente, generalmente este reside en el mismo domicilio del enfermo y está siempre disponible para satisfacer sus necesidades dejando a un lado las necesidades propias.

5. 3.7.3 Cuidado Informal A Personas Mayores

Es un cuidado de largo plazo, porque la dependencia es prolongada y ascendente, es decir al inicio es un cuidado de baja intensidad, pero conforme los niveles de dependencia aumentan, se incrementa el cuidado, siendo este intensivo.

Según Robles, 2006. citado por Troncoso, (2013) para saber cuáles son las acciones particulares del cuidado a un mayor sólo es posible a partir de conocer sus necesidades como dependiente, desde una variedad de direcciones: las estrategias dirigidas a resolver las necesidades emanadas del hecho de envejecer y del necesario enfrentamiento a esta nueva condición social tanto individual como social; las acciones para apoyar el trance de convertirse de un adulto a un persona envejecida, los mecanismos de negociación del entorno social y espacial al interior del hogar para satisfacer las necesidades del adulto mayor.

Finalmente, este tipo de relaciones interpersonales entre cuidador y adulto mayor se caracteriza por una especial relación intersubjetiva entre ambos. Por lo que se espera una cercanía especial entre ambos, igualmente la presencia de relaciones de poder o de interdependencia o de reciprocidad entre ellos (Robledo, 2006 citado por Troncoso, 2013).

5.3.8. LA FAMILIA COMO SISTEMA INFORMAL DE CUIDADOS

5.3.8.1 Cuidado y Cuidador Familiar

La familia es la responsable del cuidado de sus miembros dependientes. Generalmente el rol del cuidador recae en la mujer, debido a que ella todavía cumple un papel fundamental en la provisión de cuidados a los miembros de la familia y en las labores del hogar (Roles, 2006 citado por Troncoso, 2013).

Según la Sociedad Colombiana de Geriátrica y Gerontología, los cuidadores familiares son aquellas personas familiares, que, debido a las circunstancias de enfermedad de una persona cercana, asumen su cuidado directo, por voluntad, necesidad u obligación cultural, que no

reciben remuneración y que están expuestos a problemáticas debidas al contexto y desgaste que significa cuidar (Sánchez, Molina y Gómez, 2016).

El cuidador familiar, es la persona que se hace responsable de atender las necesidades diarias de los adultos mayores dependientes y quien les suministra apoyo tanto físico como emocional y este es percibido como el cuidador principal al dedicar gran parte de su tiempo al cuidado del otro.

Por tanto, la familia es la principal proveedora de cuidados, siendo las mujeres tradicionalmente quienes asumen este rol. En la mayoría de los casos el cuidador familiar no tiene formación, renuncia a su trabajo y pasan gran parte del día con la persona que cuidan y en muchas ocasiones conviven con ella. Este cuidador generalmente tiene un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios.

Así mismo el hogar de la familia cuidadora se transforma y crea un ambiente propicio para las acciones de cuidado, ya que ahora están orientados a satisfacer las necesidades del familiar dependiente o enfermo y no solamente la de los miembros sanos del hogar. También se generan según Troncoso, (2013) cuatro áreas de cuidado:

- Apoyo económico: Se cubren parcial o total los gastos generados por el padecimiento y la atención, la manutención de la persona dependiente.
- Área de trabajo doméstico: proporciona los recursos y servicios apropiados en cuanto aseo y orden en la vivienda, asimismo en los enseres personales y la alimentación de la persona dependiente.

- Área de cuidado personal: Cubre acciones que sustituyen las funciones y desempeños corporales del dependiente según su grado de dependencia de la persona, se le ayuda a alimentarse, vestirse, o asearse o se suplen por completo la realización de las actividades.
- Organización de un ambiente de cuidados: convierte el hogar en “un cuarto de enfermo” para facilitar las dos áreas anteriores y satisfacer las necesidades propias del dependiente.

5.3.8.2 Papel De La Familia En El Cuidado

La familia en particular, es una fuente primordial de apoyo emocional, social y económico para los miembros de edad avanzada. Cuando el adulto mayor es independiente y no tiene problemas de salud, es una ayuda para la familia y participa en las tareas de hogar. En el momento en que aparece una enfermedad y dependencia pasa de cuidar a ser cuidado, perdiendo su rol dentro de la familia, generando sentimientos de inutilidad.

Aunque toda la familia se ve afectada, en la mayoría de los casos es solo una persona la que asume este rol, quien a su vez requiere adaptarse a las demandas del cuidado. Tradicionalmente son las mujeres en quienes recae esta responsabilidad (hijas, esposa, nieta e incluso nuera). Asumir el cuidado de la persona mayor conlleva dificultades para esta persona, porque por lo general no reciben remuneración y están expuestas a estrés, agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

La asistencia al adulto mayor, demanda conocimientos, habilidades y cualidades, tales como: Observar cambios propios del adulto mayor y de la enfermedad, capacidad de comunicación

verbal, responsabilidad por las actividades de los cuidados generales, desarrollar destrezas sociales, transmitir afecto y sobre todo respeto por las personas mayores (Alvarado, 2013).

De acuerdo con Domínguez y López, (2008) el cuidado del adulto mayor tiende a generar una sobrecarga de actividades, situación que puede traducirse en complicaciones y conflictos para el cuidador. De igual forma lo expresan Brewer (2001) y Cigarán, Márquez, (2006) y Domínguez (2005). (Citado por Vásquez. 2013). Es una tarea tan demandante cuidar a una persona mayor se ha asociado con la mayor probabilidad de padecer ciertos problemas psicológicos, como depresión, baja satisfacción con la vida, estrés fatiga, soledad, enojo y tristeza.

5.3.8.3 Importancia Del Cuidador Familiar

Melo (2004) citado por Sánchez *et al.* (2016) considera que no se puede desconocer la importancia del cuidador, ya que él influye en la asistencia de la salud del enfermo brindando cuidados directos, por lo que resalta la necesidad de “cuidar de quien cuida” y refleja la preocupación de considerar dentro de un enfoque holístico del cuidado a la persona que cuida.

Los cuidadores son un grupo no atendido por el sistema de salud vigente, ya que ellos no visualizan adecuadamente lo importantes que son en la recuperación y rehabilitación del estado de salud de los sujetos de cuidado, en este caso los adultos mayores.

5.3.8.4 Calidad De Vida Del Cuidador Familiar

Tomando la calidad de vida desde un concepto multidimensional, en el cuidador la calidad de vida se puede ver afectada debido a las consecuencias de las largas e intensas jornadas de cuidado, situaciones de estrés, el grado de dependencia y el deterioro progresivo de la persona que se cuida, la falta de apoyo familiar, la ausencia de recursos económicos, la carencia de conocimientos y de experiencia para afrontar esta situación de cuidado, por lo que se lleva al cuidador familiar a experimentar una sobrecarga y manifestar cansancio lo cual termina impactando de forma negativa en la calidad de vida.

El cuidador se encuentra condicionado por distintas situaciones que generan sobrecarga, privaciones y dedicaciones, no hay descanso por lo que cuidar se convierte en una tarea absorbente. En la mayoría de los casos el cuidador asume este rol de un día para otro y en el inicio el cuidador no es consciente de que en él va recaer la mayor parte del esfuerzo y responsabilidad, tampoco que se encuentra frente a una situación que puede mantenerse durante años y que implica un progresivo aumento de dedicación en tiempo y energía (Ortiz, *et al*, 2010).

Merino (*s. f*), en su investigación sobre calidad de vida de los cuidadores familiares, muestra cómo la carga del cuidador se manifiesta en síntomas físicos relacionados con el sistema osteoarticular, seguido por síntomas generales, como las artralgias y cefalea. Autores como Larr y Cols, Holicky y McGriffin, (citados por Natividad Pinto. *S. f*). En sus diferentes investigaciones, determinaron que las alteraciones físicas representan una señal de alerta en los

cuidadores y, por ende, un deterioro en su calidad de vida. (Citado por Achury; Castaño; Gómez; Guevara. 2011).

Existen diferentes conceptos, algunos autores lo definen. Salas (*s.f*) lo define como, “el contexto y la situación de la cuidadora, la situación y las características del cuidado de la persona en situación de dependencia o con discapacidad y el entorno (variables socioculturales y elementos mediadores), como la valoración que la cuidadora realiza de su situación”

Vargas, Escobar (*s f*) lo define como, “la valoración que el cuidador informal realiza sobre su estado físico, psicológico, social y espiritual de acuerdo con la situación que vive en el rol de cuidador y en el proceso de cuidado”. (Lumbreras y Orellán, 2018)

5.3.8.5 Percepción De La Salud En El Cuidador Familiar

Torrez, (2018) manifiesta que la prevalencia de sobrecarga del cuidador es alta, afectando esto principalmente su percepción de estado de salud. En diferentes estudios e investigaciones realizadas para conocer el nivel de sobrecarga percibida y la percepción de salud general de los cuidadores familiares, los resultados evidencian que más de la mitad de los cuidadores no manifestaron percepción de sobrecarga. Sin embargo, la mayoría de éstos sí afirmaron tener una mala salud general tanto física como mental. Es posible que estas diferencias entre la salud general percibida y el nivel de sobrecarga se deban a que las preguntas de la escala Zarit empleada (Zarit et al., 1980) se centran en los aspectos emocionales de la sobrecarga, haciendo, además, inferencias de cuáles pueden ser las causas de dicha sobrecarga, mientras que la escala

de Salud de (Goldberg, Goldberg; Hillier, 1979) responde al estado de salud general, sin tener en cuenta cuál pueda ser la causa del malestar (Piñeiro, et al. 2017).

5.3.8.6 Impacto Del Cuidado Familiar

Mantener a la persona que requiere cuidados en el entorno familiar les permite sentirse útiles, activos, que puedan expresarse libremente, tener buena autoestima y el afecto de parte de su familia, lo cual es importante para enfrentar esta etapa de su vida.

El cuidado en el ámbito familiar incluye múltiples actividades tanto en lo social, como en lo personal del enfermo. Camacho y Zapata, (2017) las agrupan en tres líneas de cuidado de la siguiente manera: De la enfermedad, del hogar y la biográfica.

En la esfera de la enfermedad, se incluye desde los conocimientos sobre la patología que el cuidador adquiere con el fin de brindar los mejores cuidados al paciente con discapacidad hasta cada acción y manejo terapéutico que le permita adaptarse a su condición y evitar complicaciones, en ello se incluye además la prevención de situaciones de estrés. Los cuidados en el hogar incluyen todas las adaptaciones del espacio físico, modificaciones en las actividades domésticas y necesidades económicas que realiza el cuidador principal. En el área biográfica, un entorno seguro y de cariño al paciente mantendrá una adecuada calidad de vida.

Por lo tanto, son indispensables los cuidados de la familia sin importar la enfermedad o discapacidad que una persona sufra. En este contexto siempre habrá un cuidador principal que provee los cuidados, tome decisiones importantes sobre la vida del enfermo y brinde información

al resto de la familia, motivo por el cual es de suma importancia velar y mantener el bienestar de esta población.

Para Pizarro (2016) el cuidado involucra diversas dimensiones, como físicas, materiales, económicas, relacionales y emocionales. La dimensión física está asociada al esfuerzo y al movimiento físico que se realiza para mantener y sostener a la persona cuidada. La dimensión cognitiva, se relaciona con el conocimiento sobre la medicación, síntomas, etc. La dimensión material, implica el uso del tiempo y el costo económico que conlleva. La dimensión relacional a los vínculos y la interacción entre la persona que cuida y la que es cuidada, e incluye aspectos como la comunicación y la escucha activa. Finalmente, la dimensión emocional hace referencia a las expresiones emocionales. Todas estas dimensiones, en mayor o menor medida, pueden verse afectadas positiva o negativamente en la experiencia de cuidar.

5.3.8.7 Consecuencias Y Repercusiones Que Ocasiona Cuidar En La Salud Del Cuidador Familiar.

De acuerdo con Pizarro, (2016), el impacto del cuidar tiene componentes tanto objetivos como subjetivos. El primero, tiene que ver con la dedicación al tiempo de cuidador (tiempo de dedicación, carga física, etc.). El segundo se relaciona con la forma en que se percibe la situación y la respuesta emocional ante la experiencia de cuidar. Influye tanto en la salud y bienestar como laboralmente, económicamente y socialmente.

Fernández (2016) Realizó un estudio donde encontró que la mayoría de las personas cuidadoras padecen algunas lesiones del sistema nervioso central y/o déficits

neurodegenerativos, lo que revela que cuidar es una actividad compleja que genera un impacto negativo en la salud de quien cuida; los impactos con mayor valoración negativa son en las dimensiones de vitalidad, dolor corporal, salud general y salud mental; esta última con una peor percepción en comparación con la salud física. También se encontraron factores que sumado al rol de cuidador favorecen la aparición de hipertensión arterial, cardiopatías, dislipidemia, diabetes, gastritis, entre otros. Todo esto nos indica que la percepción de la salud del cuidador es un predictor importante para la sobrecarga.

Así mismo en un estudio realizado por Flores (2012), menciona que la soledad, el aislamiento social, la sobrecarga, el deterioro en la salud física y mental y el olvido de sí mismo son las consecuencias del desempeño del rol de cuidador.

Roca, (2000) citado por Sentis, Vallés (2009) expresa que, en las repercusiones del cuidado en la salud y calidad de vida, de los cuidadores familiares de personas dependientes se identifican las siguientes afectaciones: dolores de espalda, cansancio y alteraciones del sueño. Quienes percibían una peor salud eran aquellos cuidadores de personas con alteraciones en la salud mental y enfermedades neurodegenerativas, así mismo percibían un peor estado de salud conforme aumentaba el nivel de dependencia de la persona cuidada y no disponer de ayuda.

Por otro lado, el riesgo de mortalidad psíquica se evidencia en cuidadores con pacientes hospitalizados en casa, manifestando ansiedad, depresión y alto índice de esfuerzo, haciéndose mayor cuanto mayor es el grado de dependencia física, deterioro mental y el tiempo que lleva cuidando de la persona dependiente (Moral. 2003. citado por Sentis; Vallés. 2009). Respecto a

los sentimientos declaran sentirse en un “callejón sin salida” y que es una carga excesiva para ellos y en el desarrollo de su vida cotidiana las consecuencias se presentan sobre el ocio, tiempo libre y relaciones familiares y sociales.

5.3.9 SOBRECARGA DEL CUIDADOR

Es definida como un estado de agotamiento emocional, estrés y cansancio, que afecta directamente las actividades de ocio, relaciones sociales, libertad y equilibrio mental, es el grado en el cual el cuidador percibe la influencia negativa del cuidado, en diferentes aspectos de su vida como en la salud mental y física, la interacción social y su economía. Hay diferentes características asociadas a la sobrecarga, entre las cuales se encuentra el grado de dependencia para realizar actividades de la vida diaria del sujeto de cuidado y el número elevado de horas al cuidado (Torres, 2018).

Una situación evidente que hace que el cuidador desarrolle sobrecarga es la poca colaboración que recibe por parte de los demás miembros de la familia, lo que lo convierte en la única persona encargada de realizar los cuidados a la persona dependiente, modificando así su rutina habitual al no poder contar con el tiempo para realizar sus actividades personales. Así lo comprueba Fernández (2016), donde destaca que la falta apoyo social, familiar, como el de los amigos y la situación económica son variables predictores de la sobrecarga.

Por otra parte, Flores, Rivas y Seguel (2012) nos hablan de la carga objetiva que corresponde a los cambios que debe realizar el cuidador en diversos ámbitos de la vida y la carga subjetiva se

refiere a las reacciones emocionales frente a las demandas de cuidado, que ocasionan el desgaste y la demanda objetiva de espacio que genera la sobrecarga en el cuidador.

5.3.9.1 Consecuencias De La Sobrecarga

Consecuencias psíquicas: Estas inciden en la estabilidad emocional y mental, desencadenando síntomas psicológicos tales como ansiedad, depresión o síntomas depresivos, hipocondría u otras ideas obsesivas, ideación paranoide, angustia e ideas suicidas. Muchos cuidadores, se sienten inundados y desbordados por el problema lo que los lleva a prestarles demasiada importancia a detalles diarios mínimos o sin relevancia, esto asociado a mayor irritabilidad, así como actos rutinarios repetitivos, problemas psicosomáticos, insomnio o sueño no reparador, fatiga crónica, trastornos objetivos de la memoria y la concentración, abandonan las atenciones que debían a otros familiares, muestran menos interés por actividades que sí importaban antes "Anhedonia". (Arango, et. al., s.f.).

Consecuencias físicas: Debido a las extensas jornadas de cuidado se puede manifestar agotamiento y cansancio, además no llevar buenos hábitos de vida corren el riesgo de presentar consecuencias físicas, según la OMS (2018). "En la vejez mantener esos hábitos es también importante. El mantenimiento de la masa muscular mediante entrenamiento y una buena nutrición pueden ayudar a preservar la función cognitiva, retrasar la dependencia y revertir la fragilidad".

Consecuencias a nivel familiar: Hacen referencia a diferentes problemas que surgen al interior de la familia como la distribución de tiempo, la crítica hacia el cuidador y la situación del

adulto mayor, lo anterior genera tensión y presión que al tiempo promueven un clima familiar difícil (Roca, Socarras y Blanco, 2007). Entendiendo esto como constantes discusiones o problemas entre los distintos miembros de la familia por malentendidos debido a acciones que pasan por encima de alguno de ellos. (Citado por Borda, Monsalve, Guayacán. 2016)

Consecuencias económicas: “El cuidado familiar tiene un intenso impacto económico en el interior de los hogares. Entre los aspectos económicos negativos, la dependencia da lugar a costes directos, que incluyen cambios en la disponibilidad de recursos directamente atribuibles al cuidado. Son gastos en bienes y servicios adquiridos específicamente para el receptor o para sí mismo por causa del cuidado: servicios de cuidado o de apoyo al cuidador, adaptación de la vivienda, transferencias monetarias al receptor, pago por ayudas técnicas, etc. Con frecuencia, estos gastos se cubren mediante la venta de patrimonio y el consumo de los ahorros acumulados. La gestión de este proceso es con frecuencia una fuente de fricción entre los familiares del enfermo y entre los familiares y las instituciones.

El cuidado suele tener también costes indirectos, es decir, pérdidas de ingresos por efecto del cuidado. El principal coste indirecto atribuido al cuidado es la reducción de la productividad del familiar en el mercado laboral, que puede deberse a:

- El abandono del trabajo,
- Una reducción de las horas de trabajo pagado
- Un incremento del estrés o cansancio
- Mayores dificultades para realizar formación en horario extra laboral

La pérdida de productividad del cuidador familiar en el mercado tiene consecuencias a largo plazo: pensiones más reducidas y menor ahorro para afrontar la vejez y el propio cuidado en el futuro”. (Rogerero y García 2010).

5.3.10 SÍNDROME DEL CUIDADOR QUEMADO O BURNOUT

“Estar quemado” se define como una patología psiquiátrica que se caracteriza como el desgaste que sufren las personas que cuidan, debido a las exigencias del cuidado de una persona con un grado elevado de dependencia. El *burnout* se conoce como un problema que conlleva agobio físico y mental exhaustivo por el exceso de trabajo y el estrés prolongado de este. Puede surgir cuando la persona se siente sobrecargada e incapaz de cumplir las responsabilidades del día a día, llevando a la persona a tener sensaciones de fracaso y agotamiento que resulta de la sobrecarga por estas exigencias. (Rivera, 2013)

Es así como la presencia de una enfermedad incipiente en uno de los miembros de la familia exige que uno de estos se disponga a ejercer el rol de cuidador directo generando así cambios en la dinámica familiar que si no se superan de modo satisfactorio puede llevar a desarrollar una serie de alteraciones como el síndrome del cuidador quemado. (Dueñas, 2006. citado por Sánchez et al, 2016).

(Villamar, 2014) comenta que esta situación no solo repercute al cuidador y al familiar enfermo, debido que tiene un “efecto de rebote” en la red de apoyo familiar donde el miembro de la familia que se eligió como cuidador principal siente que los demás miembros lo han abandonado y toda la responsabilidad de los cuidados y en algunos casos económica recaen

sobre él, experimentando múltiples sentimientos, lo que genera un distanciamiento familiar y social, afectando el vínculos afectivos y a largo plazo la salud tanto física y mental del cuidador.

5.3.11. APOYO SOCIAL AL CUIDADOR PRIMARIO

Yanguas et, al (2001) lo define como la disminución de problemas físicos y depresivos en cuidadores primarios que influye gracias a los altos niveles de apoyo social, así como una reducción en los niveles de estrés crónicos. (Citado por María F, Cruz 2014). Igualmente, es definido como todos los recursos del entorno favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación, y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario. Las fuentes de apoyo social más básicas y tradicionales están constituidas por la familia, los amigos, los compañeros de trabajo, y tiene como objetivo alcanzar un grado de satisfacción ante las necesidades sociales básicas (afecto, estima, aprobación, sentido de pertenencia, identidad, y seguridad) de la persona a través de la interacción con otros. (Citado por Alvares, Peluffo y Peroza, 2018).

A su vez, (García, Rodríguez, Eguiguren, 2004; Pérez. 2008) exponen que el apoyo psicológico como social tienen una relación directa con el cuidador, ya que incide positivamente en la calidad de vida del mismo. (Citado por García, Manquian y Rivas, 2016).

5.3.12 ESTRUCTURA FAMILIAR DE HOGARES CON ADULTOS MAYORES

Familia: Según la Organización Mundial de la Salud (S.F) (OMS), la familia es el grupo de miembros que comparte un hogar, emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio, por lo tanto, se considera como grupo pertenencia inicial esencial en la vida de los individuos. (Citado por Fonoaudióloga Sara Tapia Saavedra 2015).

Según el Instituto colombiano de Bienestar Familiar (ICBF-OIM, 2008, p. 21) la familia se entiende como la unidad más básica de la sociedad, y en ella, se genera el desarrollo de valores, objetivos de vida e identidades, que permiten la adaptación del individuo a la sociedad. En esta unidad, se reconoce el establecimiento de vínculos con las demás esferas de socialización de los individuos, como en lo político, social, económico y cultural, además se, tiene como un papel de mediadora entre los individuos que la conforman y la sociedad.

Cervel (2005), menciona que la familia es un sistema humano caracterizado por relaciones consanguíneas y de afectividad que facilitan el desarrollo de las personas que lo conforman, haciendo posible la adquisición de habilidades psico-sociales. (Citado por Bezanilla, J. Miranda, M. 2014).

Por otro lado, la familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento la problemática

familiar se complejiza porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos.

Así mismo, la ventaja de la familia en su rol de cuidadora de ancianos es señalada por tener generalmente como objeto mayor seguridad emocional y mayor intimidad. (Vásquez, 2013).

Según Páez (1984), la familia es un grupo de personas entrelazadas en un sistema social, cuyos vínculos se basan en relaciones de parentesco fundados en lazos biológicos y sociales con funciones específicas para cada uno de sus miembros y con una función más o menos determinada en un sistema social (Fernández, 2014).

A diferencia de Pérez, (2009) quien menciona que la familia, es uno de los grupos más sensibles a las variaciones, y que depende de los tiempos y de las políticas adoptadas o bien a la falta de la misma. Ellos no significan cómo se dice en su desaparición, sino más bien en la transformación, el cambio, pues sigue siendo la principal institución socializadora de los seres humanos. (Citado por Fernández, M. 2014).

5.4 MARCO CONTEXTUAL

El incremento de la esperanza de vida, la disminución en la tasa de natalidad y mortalidad conlleva que a nivel mundial la población está envejeciendo rápidamente; así lo revela la organización mundial de la salud (ONU) mencionando que entre el 2000 y el 2050 la proporción de la población mundial con más de 60 años de edad pasará de 900 hasta 2000 millones, lo que representa un aumento del 12% al 22%.

Según el DANE para el año 2018 la población en Colombia se proyecta en 49.834.240 habitantes de los cuales el 11% (5.970.956) tiene más a 59 años, de ellos el 55% (3.150.613) son mujeres, y el 45% (2.602.345) hombres. El 50% de la población mayor de 60 años se encuentra entre los 60 y 66 años de edad. Pasó de 2.142.219 en el año 1985, a 5.752.958 en el año 2018. Con un crecimiento anual del 3.5%, superior al 1,7% de la población total, así mismo se tiene en cuenta la proyección realizada por el DANE para el 2020 en Colombia en el mes de febrero tendrá 50 millones de habitantes, esto quiere decir que se presenta una tasa de incremento exponencial.

A nivel departamental, el Quindío tiene un total de 509. 640 habitantes; donde el 15% (84.106) habitantes corresponden a la población mayor de 59 años. Su índice de envejecimiento (mayores de 65/60 años como fracción de menores de 15 años) está representado de la siguiente manera: distribución departamental de índice de envejecimiento (65 años y más) 72,37, de (60 años y más) 103,96, ocupando así el primer lugar a nivel nacional.

A continuación, se describen los municipios:

El municipio de Filandia se encuentra Ubicado al Norte del departamento del Quindío, fundada en 20 agosto de 1878, según los resultados del DANE cuenta con una población de 11.343 habitantes, de los cuales el 13.6 % son personas mayores, esto equivale a 3,881 personas, además tiene un índice de dependencia del 44,8 %.

Seguidamente está el municipio de Quimbaya ubicado al Noroccidente del Quindío, este se caracteriza porque parte de su territorio es rural, fundado el 3 de noviembre de 1914, Quimbaya recibió su nombre hasta el 5 abril de 1922, cuenta con una población de 27.131 habitantes, con una proporción de personas mayores del 13.3 y un índice de dependencia del 46.1%.

Está presente también el municipio de Circasia, ubicado al norte del Departamento, fue fundado el 10 de agosto de 1884 por Javier Arias, tiene una población de 27.131 habitantes de los cuales el 13.6 son mayores de 65 años esto equivale a 1544 personas, con un índice de dependencia de 45,5%.

En el oriente del departamento, se encuentra el municipio de Calarcá, fundado en 1886 y es la segunda población con más habitantes del departamento, después de la capital, con 70.662 habitantes de los cuales el 12.9% son personas mayores lo que equivale a 9.089 personas, con un índice de envejecimiento del 44,7%.

Al occidente del departamento se encuentra la Tebaida un. Según el censo de 2005 tiene 32.748 habitantes, de los cuales 27.000 habitan en la zona urbana.

Por ultimo encontramos la capital del departamento: Armenia fundada el 14 de octubre de 1889, ubicada en el eje cafetero, siendo una de los principales núcleos de la economía por el café y plátano, con una población de 275.641 de los cuales el 13,1% son personas mayores que equivalen a 36.012 y con un índice de envejecimiento del 42,9%.

Los municipios nombrados anteriormente fueron estudiados para el desarrollo de esta investigación, dado que cuentan con el mayor porcentaje de personas mayores, según los resultados estadísticos del DANE. De esta manera, se quiere conocer y analizar la autopercepción que tiene los adultos mayores cuidadores sobre su estado de salud al ejercer rol

de cuidador, lo cual nos permitirá lograr los objetivos planteados anteriormente con el fin de brindar conocimientos de los diferentes factores que pueden manifestarse a la hora de ser cuidador de una persona dependiente.

5.5 MARCO LEGAL

En esta investigación se tuvo como referencia para sustentar el marco normativo los siguientes: Proyectos de Ley.

Proyecto de Ley 33 de 2009

Por el cual se reconoce al cuidador familiar en casa para personas en estado de dependencia, se modifica parcialmente la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1°. *Objeto* reconocer la figura jurídica del cuidador familiar en casa, refiriéndose a la persona que está a cargo de familiares que por su situación física, mental, intelectual o sensorial dependen de otro para realizar las actividades esenciales de la vida diaria.

Artículo 2°. Para efectos de la presente Ley *definen*:

Cuidador familiar como la persona que siendo cónyuge, compañero o compañera permanente de la persona dependiente o teniendo un parentesco hasta el quinto grado de consanguinidad, tercero de afinidad o primero civil en la misma, demuestre que le presta ayuda

permanente para las actividades de la vida diaria, sin recibir una contraprestación económica por su asistencia y que por su labor de cuidador se ve impedido de desempeñarse laboralmente.

Artículo 4°. Derechos del cuidador familiar. El sistema de salud en el cual se encuentre inscrito el dependiente permanente total, garantizará a su cuidador familiar debidamente registrado como tal, acceso a políticas de apoyo instrumental, apoyo emocional y apoyo social.

Artículo 6°. *Derechos en salud del cuidador.* El cuidador familiar que por sus propios ingresos no tenga acceso al sistema contributivo en salud como cotizante, tendrá prelación para su inscripción en el sistema subsidiado de salud, siempre y cuando pertenezcan a los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén.

Sin embargo, si la persona dependiente permanente total pertenece al sistema contributivo en salud como cotizante y no tiene inscritos beneficiarios mayores de edad, como cónyuge, compañero o compañera permanente, padres o hijos estudiantes, podrá inscribir como beneficiario con todos los derechos y deberes, a su cuidador familiar siempre que se acredite la dependencia económica.

Proyecto de ley 169 de 2019

El Partido Colombia Justa Libre ha presentado el Proyecto de Ley 169 de 2019 “Por el cual se garantizan los derechos de los cuidadores familiares de personas Dependientes, se modifica parcialmente la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones”.

Artículo 1°. *Objeto* reconocer y garantizar los derechos que tienen los cuidadores familiares de las personas que dependen de ellos por su situación física, mental, social, intelectual, sensorial o su vulnerabilidad asociada con la edad, para realizar las actividades esenciales de su vida diaria.

Señalando en su exposición de motivos que se hace necesario el reconocimiento de la seguridad social de los cuidadores familiares como personas que prestan apoyo las personas que ostentan condiciones de alta vulnerabilidad física o mental, quienes son sujetos de protección especial por parte del Estado, la sociedad y la familia, para realizar sus tareas cotidianas y orgánicas que no pueden ser desarrolladas de manera independiente.

Artículo 6°. Derechos del cuidador familiar, El sistema de salud en el cual se encuentre inscrito el cuidador familiar de personas dependientes le garantiza acceso gratuito a una capacitación y seguimiento que fortalezca de manera permanente su competencia de cuidado; así como el apoyo instrumental, emocional, social, y espiritual que requiera para garantizar.

Artículo 7°. Derecho en la salud del cuidador familiar. El cuidador familiar que por sus propios ingresos no tenga acceso al sistema contributivo en salud como cotizante, tendrá prelación para su inscripción en el sistema subsidiado de salud. En el caso de que la persona dependiente pertenezca al sistema contributivo en salud como cotizante y así tenga inscritos beneficiarios mayores de edad, como cónyuge, compañero permanente, padres o hijos

estudiantes, podrá inscribir como beneficiario a su cuidador familiar quedando éste, exento del pago de UPC.

Política de envejecimiento humano y vejez

Eje estratégico 2: Protección social integral, línea de acción: desarrollo de la promoción y asistencia social.

Busca crear, fortalecer y consolidar las redes de apoyo social, reconociendo que son evidentes en el país las condiciones de desigualdad e injusticia social. Desarrollar capacidades en las familias que favorezcan la consolidación económica, la solidaridad entre sus miembros, la protección de las personas adultas mayores y generación de tejido social a favor de las personas adultas mayores, con base en la generación de confianza, legitimidad e integración social.

Ley 1251 de 2008

Artículo 4° Principio: Solidaridad Es deber del Estado, la sociedad y la familia frente al adulto mayor, brindar apoyo y ayuda de manera preferente cuando esté en condición de vulnerabilidad;

Artículo 6° Deberes: De la sociedad civil

C) Propiciar al adulto mayor de un ambiente de amor, respeto, reconocimiento y ayuda.

D) Brindar un entorno que satisfaga las necesidades básicas para mantener una adecuada nutrición, salud, desarrollo físico, psíquico, psicomotor, emocional y afectivo del adulto mayor.

F) Propender por su propio bienestar y crear condiciones que le permitan reducir su nivel de dependencia familiar y estatal, haciéndolo autosuficiente y desarrollando sus capacidades y potencialidades.

M) Proteger a los adultos mayores de eventos negativos que los puedan afectar o poner en riesgo su vida y su integridad personal y apoyarlos en circunstancias especialmente difíciles. De la familia

Artículo 8º: Directrices de la política de envejecimiento y vejez

8) Fortalecer redes sociales de apoyo mediante el comportamiento solidario y la corresponsabilidad entre la familia, la sociedad y el Estado, así como la promoción, apoyo y protección a los cuidadores de los adultos mayores en situación de dependencia en casa.

Ley 1850 del 2017

Artículo 8º: Inclúyase en el artículo 7 de la Ley 1251 de 2008 (Objetivos de la Política Nacional de Envejecimiento Vejez), el siguiente numeral:

Numeral 10: Incluir medidas con el fin de capacitar a los cuidadores informales que hay en los hogares para atender a sus familiares adultos mayores que se encuentren con enfermedades crónicas o enfermedad mental.

Resolución número 005928 de 2016 del Ministerio de salud y protección social (30 de noviembre del 2016)

Por la cual se establecen los requisitos para el reconocimiento y pago del servicio de cuidador ordenado por fallo de tutela a las entidades recobrantes, como un servicio excepcional financiado con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 1°. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer los requisitos específicos adicionales a los ya previstos en las Resoluciones 5395 de 2013 y 3951 de 2016, según corresponda, para el reconocimiento y pago a partir del 1 de diciembre de 2016, de los servicios de cuidador ordenados mediante fallo de tutela a las entidades recobrantes a través del mecanismo de cobro/recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía — FOSYGA o quien haga sus veces.

Política sanitaria y cuidado de la salud en los hogares en Colombia: Acumulación e inequidad de género. El cuidado y quienes cuidan en las normas, políticas y programas de salud, 1993-2013

Envejecimiento y vejez El COMPES 2793/95 es un intento de desarrollar un sistema institucional de responsabilidad compartida Estado-sociedad para mejorar las condiciones de vida de las personas mayores y promover un envejecimiento saludable, de cara a los cambios demográficos.

La Política se organiza en cuatro ejes: Promoción y garantía de los derechos sociales, económicos y culturales, envejecimiento activo, formación del talento humano investigación, y protección social integral. De este último hacen parte las acciones en materia de ingresos-subsidios, seguridad social, seguridad alimentaria y nutricional, vivienda digna, entornos saludables y atención integral en salud para la persona y sus cuidadores.

Cuidadoras y cuidadores en las reformas del sistema de salud: los hogares realizan una parte importante del cuidado de la salud y enfermedad de sus miembros, tiene expresión legal reciente en las normas del sector salud. Según la Ley 1438 de 2011 por la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud, existen servicios de salud que son prestados por cuidadores y cuidadoras al interior del hogar que deben ser reconocidos.

De hecho, si bien las familias han sido siempre incluidas en la planificación del sector y su regulación, no es hasta esta norma que se dispone su registro y contabilización, lo cual resulta de los avances en el reconocimiento del trabajo doméstico no remunerado que realizan los hogares y su contribución a la economía. Es realmente la respuesta sectorial a lo contemplado en la ya mencionada Ley de economía del cuidado. “Parágrafo. De acuerdo con lo ordenado por la Ley 1413 de 2010, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística hará una encuesta de uso del tiempo que permitirá contabilizar el monto al que hace alusión el artículo anterior” (Art. 141).

Las familias y quienes cuidan en la Políticas de salud Pública

La primera mención sobre cuidadores en las políticas recientes de salud pública aparece realmente en el decreto 3039 reglamentario del artículo 33 de la ley 1122 de 2007 con el que se formula la Política Pública de Salud para el período 2007 - 2010, definiendo las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud y las responsabilidades y compendios del nivel central.

Los propósitos de la política son: el mejoramiento de la salud en la población, evitar la progresión y desenlaces adversos de la enfermedad, la atención de los retos del envejecimiento y la disminución de las inequidades en salud para lo cual propone cinco líneas de política: promoción de la salud y calidad de vida prevención de riesgos, recuperación y superación de los daños en la salud y gestión integral.

Política De Atención Integral En Salud PAIS - Modelo Integral De Atención En Salud MIAS /Manual Metodológico Para La Elaboración E Implementación De Las RIAS

En el marco de la política en salud vigente en Colombia, la Ley Estatutaria de la Salud (Ley 1751 de 2015) en el Artículo 2 Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Hizo un giro esencial cuando situó el derecho a la salud en el ámbito del sistema de salud y no del sistema de seguridad social en salud y reconoció además su carácter de derecho social fundamental. Esta Ley tiene por objetivo, garantizar el derecho a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección.

Artículo 20° de la Política Pública en Salud: Establece la obligatoriedad del Gobierno Nacional deberá implementar una Política Social del estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud, de igual manera dicha Política Social del Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad a su atención integral, oportuna y de calidad al igual que rehabilitación.

En coherencia con lo anterior, la ley 1753 Plan Nacional de desarrollo 2014-2018 en su Artículo 65 decreta: La Política de Atención integral en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la ley 1751 del 2015, estatutaria en salud, así como las demás leyes vigentes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será obligatorio cumplimiento para los integrantes del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.

Parte de la reglamentación del artículo anteriormente citado corresponde a la Resolución 429 de 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud, a partir de la cual, el sistema de salud debe encaminar sus esfuerzos al mejoramiento del estado de salud de la población y el goce efectivo del derecho a la salud, para lo cual se hace necesario aumentar el acceso y el mejoramiento de la calidad de los servicios, fortalecer la infraestructura hospitalaria, recuperar la confianza pública en el sistema de salud y el aseguramiento de la sostenibilidad

financiera del sistema y privilegiar estrategias preventivas y comunitaria, con enfoque intercultural, complementadas con el fortalecimiento del talento humano en salud.

El MIAS pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción y cuidado de la salud, protección específica, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia y efectividad. Es por ello que incluye tanto las acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas hacia el mantenimiento de la salud, la detección de riesgo y enfermedad, la curación de la enfermedad y la duración de la discapacidad.

Ley 100 de 1993

La seguridad social integral es el conjunto de instituciones normas y procedimientos de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la Sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio Nacional, con el fin de lograr bienestar individual y la integración de la comunidad.

Artículo 1º: *sistema de seguridad social integral*. El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y de servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

Artículo 3°: *del derecho a la seguridad social*. El estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social.

Este servicio será prestado por el Sistema de Seguridad Social Integral, en orden a la aplicación progresiva de la cobertura a todos los sectores de la población, en los términos establecidos por la presente ley.

Artículo 7°: *ámbito de acción*. El Sistema de Seguridad Social Integral garantiza el cubrimiento de las contingencias económicas y de salud, y la prestación de servicios sociales complementarios, en los términos y bajo las modalidades previstas por esta ley.

Artículo 8°: *Conformación del sistema del sistema de seguridad social integral*. El Sistema de Seguridad Social Integral es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, la salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la presente ley.

6. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

6.1. Tipo de estudio: Descriptivo-Exploratorio

Este tipo de estudio permitió describir todas las situaciones y eventos que se manifiesten del fenómeno a estudiar, buscando especificar las propiedades más importantes de las personas que sean sometidos a análisis. Así como lo expresa Dhanke (1986) “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupo, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis”. Así mismo explica los Estudios de carácter exploratorio se efectúan, cuando el Objetivo de la Investigación es analizar o examinar un determinado tema o problema, que a la fecha de la investigación ha sido abordado muy poco o en nada; no existiendo de la literatura o si existe es muy vaga”.

Por lo tanto, esta investigación parte de la necesidad de describir, analizar e interpretar la naturaleza del fenómeno, es decir la autopercepción del estado de salud de los adultos mayores cuidadores desde su experiencia y contexto natural, lo cual permite ofrecer un primer acercamiento a este fenómeno, igualmente la validez de este estudio debió a que no ha sido abordado antes, y por ende no tienen un reconocimiento social.

6.2. Enfoque Investigativo:

El enfoque utilizado fue cualitativo. Este permite según Hernández, Collado y Lucio (2010), comprender y profundizar este fenómeno, explorando desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto, además de profundizar en sus experiencias,

perspectivas, opiniones y significados, es decir en la forma en que los adultos mayores cuidadores perciben subjetivamente su realidad.

6.3 Unidad De Análisis y Muestra

La unidad de análisis estuvo conformada por los adultos mayores que desempeñan el rol de cuidador principal de personas mayores dentro de sus familias, para un total de 60 adultos mayores, por cada municipio, así mismo se eligieron 6 municipios aleatoriamente. El tipo de muestra utilizada fue la de probabilístico de selección por conveniencia dirigido a subgrupos de la población, de acuerdo con Hernández (2024), la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación. *“Para realizarlo este tipo de estudio es indispensable que se tenga conocimiento suficiente con relación a los elementos a investigar”*, De igual forma Salkind (1999), indica que en este caso hay que suponer que los miembros en potencia de la muestra no tienen una probabilidad igual de ser elegidos, si no que parte desde la “conveniencia en el cual el investigador selecciona a la muestra la cual quedó de la siguiente manera:

Tabla N°1. Selección de la muestra por Municipios.

MUNICIPIOS	TOTAL DE ADULTOS MAYORES POR MUNICIPIO
FILANDIA	10

CIRCASIA	10
QUIMBAYA	10
TEBAIDA	10
CALARCÁ	10
ARMENIA	10
Total	60

6.4 Plan de ruta para la recolección de la información y sistematización de resultados

A consecuencia de la situación actual ocasionada por el COVID-19, la técnica de recolección se realizó a través de llamadas telefónicas, WhatsApp, (video/llamada) o correo electrónico, previo contacto con funcionarios de las dependencias del adulto mayor de las alcaldías; quienes poseen las bases de datos con información suficiente para realizar el contacto, también nos dirigimos a los diferentes líderes comunales quienes nos brindaron información de los adultos mayores cuidadores con previo consentimiento por cada uno de ellos. Así mismo, se hizo contacto con hospitales y centros de salud, donde se encuentran grupos de adultos mayores. Cabe

anotar que ya se había tenido contacto con algunos adultos mayores líderes, quienes manifestaron colaborar en tan importante investigación.

Criterio de inclusión para realizar el muestreo:

1. Persona mayor de 60 años.
2. Que viva dentro de los municipios seleccionados.
3. Hombres o mujeres que dediquen la mayor parte de tiempo a cuidar a otra persona mayor.
4. Personas que deseen de manera voluntaria participar en la investigación.
5. El cuidador debe ser un familiar o amigo cercano.

Criterios de exclusión:

1. Personas que no aceptaron firmar el consentimiento informado.
2. Personas que realizan el rol de cuidador, pero no cumplen con el rango de edad.

Cabe anotar además que la aplicación de la encuesta se realizó previa aplicación del consentimiento informado.

6.5 Técnica De Recolección De La Información

La recolección de datos es una parte importante para obtener la información deseada , para esto la persona debe estar en un ambiente donde se desenvuelva de manera natural y sin

presentar ningún tipo de incomodidad esto quiere decir que si se puede realizar dentro del mismo hogar sería más viable, así mismo el investigador debe desarrollar herramientas que le permitan indagar de manera cualitativa, así mismo observar el lenguaje verbal y no verbal y conductas cotidianas, teniendo en cuenta lo anterior se debe pasar de lo objetivo a lo subjetivo.

Teniendo en cuenta lo anterior el método que se utilizó, para la recolección de datos fue la **entrevista semiestructurada**, la cual es definida según Hernández (2014). como “una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona el entrevistador y otra el entrevistado u otras entrevistados” En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema (Janesick, 1998).

Así mismo para la “*Entrevista cualitativa Pueden hacerse preguntas sobre experiencias, opiniones, valores y creencias, emociones, sentimientos, hechos, historias de vida, percepciones, atribuciones, etcétera (metodología de la investigación)*”, la cual permite a la persona ampliar su respuesta, dándole la capacidad de expresar de forma más abierta sus ideas, conocimientos, sentimientos y emociones; así mismo recopilar más información de manera más completa.

6.6. Interpretación De los Datos

Se utilizó diseño de matrices y transcripción de las entrevistas para la sistematización de los datos acorde a los objetivos, identificación de categorías e interpretación de resultados:

7. RESULTADOS, ANALISIS E INTERPRETACIÓN

RESULTADOS PARA EL OBJETIVO ESPECÍFICO N° 1

- Caracterizar los componentes sociodemográficos de los adultos mayores como cuidadores de personas mayores.

7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS MAYORES CUIDADORES

En las entrevistas se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas como (edad del cuidador, enfermedades, género, estado civil, escolaridad, vivienda, estrato, parentesco, tiempo que lleva cuidando, entre otros). Los datos fueron obtenidos mediante entrevista telefónica con el cuidador; alcanzando un total de 60 entrevistas en 6 municipios del departamento del Quindío.

7.1.1. EDAD DEL CUIDADOR

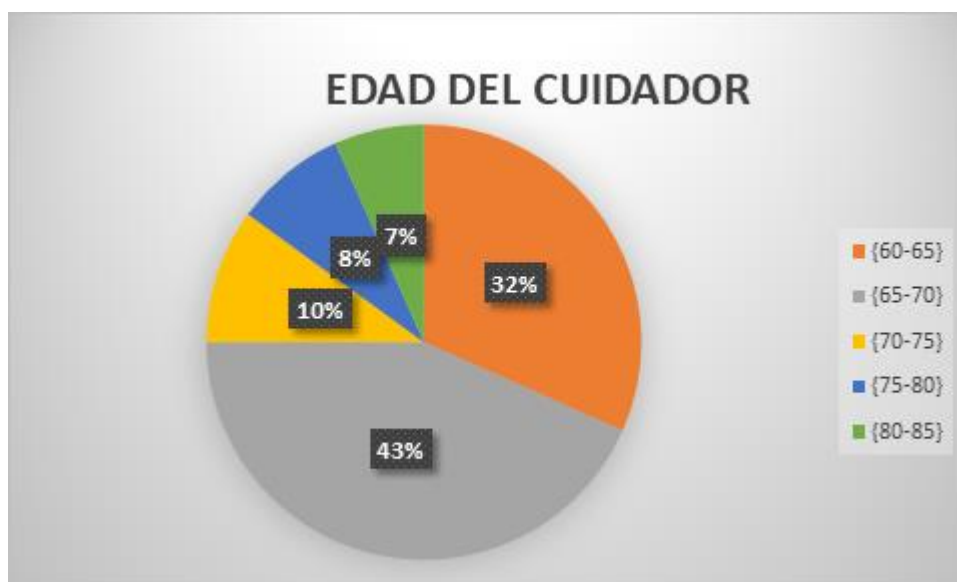


Figura 1: Porcentaje de Edad del cuidador

De acuerdo a los resultados obtenidos de las 60 entrevistas realizadas, el rango de edad en el cual se encuentran los adultos mayores cuidadores de otros adultos mayores, según la gráfica la edad mínima es 60 años y como edad máxima 85 años, así mismo se identificó que 26 cuidadores tienen la edad con mayor incidencia, ya que se encuentra en el intervalo de 65- 70 años con el 43%, seguido al de 19 personas de 60-65 años con un 32%, el 10% son 6 de ellos quienes está entre 70-75 años y en un menor porcentaje se encuentran 5 cuidadores de edades entre 75-80 y 4 en un rango de 80-85 con un 8% y 7% respectivamente.

Este resultado obtenido es similar a una investigación realizada por Díaz, et al. (2015), donde se evidencio que las personas de 60 años o más cuidan principalmente a otras personas mayores y a otros, en este caso se mantiene el orden de las personas a las que se cuidan, brindando principalmente cuidados básicos a personas mayores, seguidamente a adultos y finalmente niños.

7.1.2 EDAD DEL ADULTO MAYOR CUIDADO

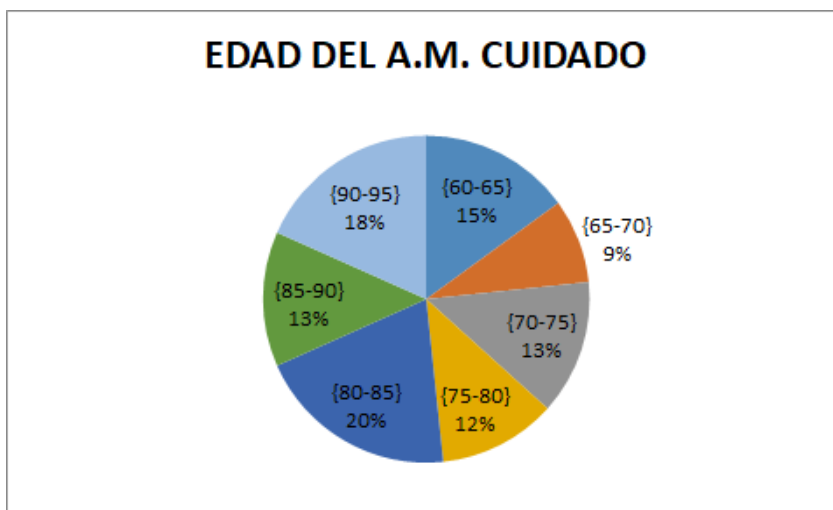


Figura 2: Edad del adulto mayor cuidado

Dentro de esta categoría de edad de los adultos mayores que reciben cuidado, se encontró como edad mínima los 60 años y la máxima en 95 años. 12 Adultos mayores representan el 20% de los adultos mayores que se encuentran entre los 80-85 años de edad, seguidamente se encontró 11 quienes oscilan entre 90-95 años con el 18%, 9 de ellos tienen entre 60-65 años, siendo el 15%, 8 representan el 13% quienes tienen edades entre 70-75, 8 de ellos están entre 85-90 años, 7 tiene edades entre 75-80 representando el 12% y finalmente 5 se encuentran entre los 65-70 años representando el 9%.

Robles (2011) manifiesta que envejecer, es decir, que pasen los años es un proceso de pérdida de las capacidades biológicas del cuerpo, que a su vez originan que el adulto mayor ya no sea un sujeto autónomo. Esta condición de no ser autónomo es lo que explica que el cuidado aparezca como una respuesta a las múltiples necesidades que tiene un adulto mayor producidas por las pérdidas experimentadas durante el envejecimiento.

7.1.3 SITUACIÓN DE SALUD DEL CUIDADOR

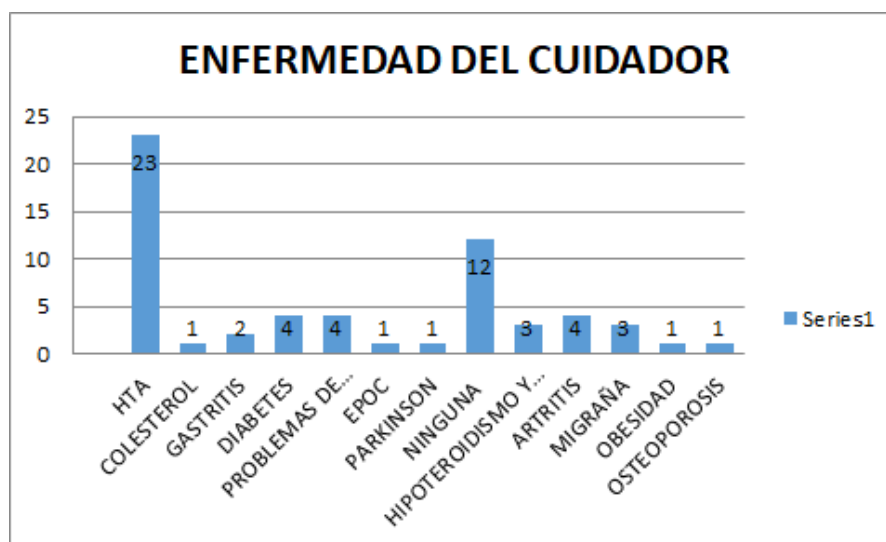


Figura 3: Enfermedades del adulto mayor cuidador.

En cuanto a las enfermedades que padecen los adultos mayores cuidadores entrevistados, se pudo encontrar que la hipertensión arterial tiene más prevalencia entre las personas que desempeñan el rol de cuidado, ya que 23 entrevistados la padecen es decir el 38% , posteriormente se encuentran 12 personas que no padecen ninguna enfermedad con el 20%, seguidamente 4 tienen diabetes, 4 padecen artritis y 4 problemas de rodilla representando el 7%, 3 de los cuidadores sufren de migraña , 3 hipotiroidismo y 3 tiroides quienes representan el 5%, el 2% es decir 1 persona tienen obesidad, 1 Parkinson y 1 osteoporosis, finalmente encontramos 1 adulto mayor que es el 1% con colesterol.

De acuerdo con Compean, González, Silerio, *et al.* (2008); Mendoza y Suárez. (2014) “Existe una amplia variedad de estudios que abordan los problemas de la salud del cuidador. Sin embargo, la mayoría se han centrado en áreas específicas y circunscritas a situaciones puntuales

de los cuidadores de pacientes con determinadas patologías”. Como lo es la hipertensión, así como lo señala Álvarez, et al., (2010) “La hipertensión arterial es considerada como una de las enfermedades que afectan al adulto mayor repercutiendo el bienestar y la calidad de vida de quienes lo padecen, los hipertensos tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad en comparación con otras condiciones crónicas”. Es decir, esta enfermedad afecta la calidad de vida y bienestar de quienes la padecen dando como resultado otras afecciones secundarias deteriorando su salud.

7.1.4 ENFERMEDAD DEL ADULTO MAYOR QUE ES CUIDADO

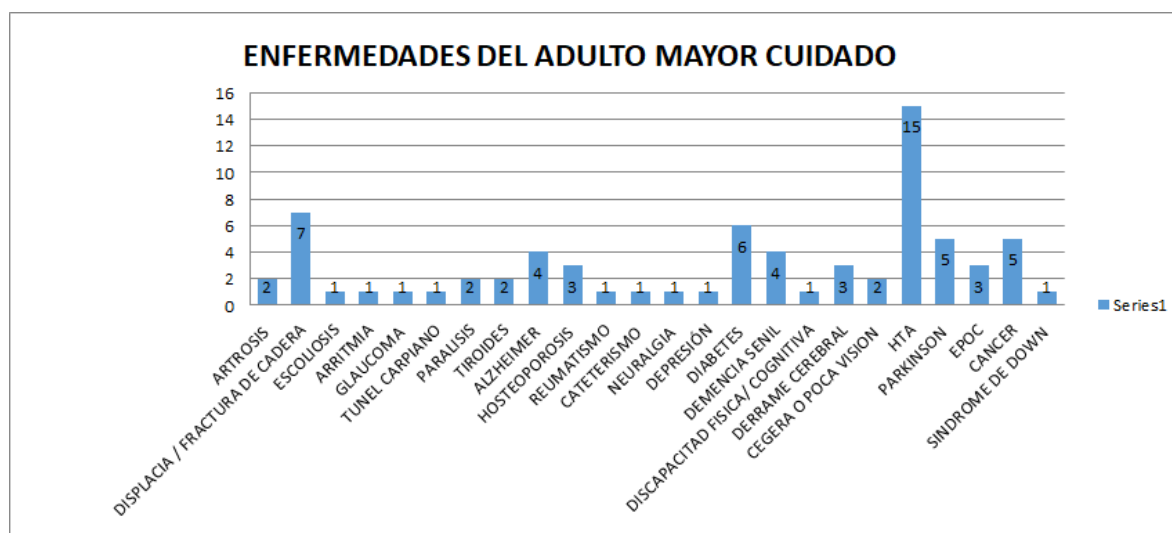


Figura 4: Enfermedad del adulto mayor cuidado

“Las personas dependientes presentan una situación de dependencia grave y total. Esta proporción de personas con dependencia grave está conformada por pacientes con dificultades para el desempeño de las actividades de la vida diaria (encamados) derivado del padecimiento de

enfermedades crónicas que requieren la ayuda exclusiva del cuidador y personal sanitario.” (Pérez. 2006).

Teniendo en cuenta los datos obtenidos en esta investigación las enfermedades padecidas por los adultos mayores que son cuidados, se encontró que la de mayor prevalencia es la HTA, con 15 personas cuidadas que representan 21%, también está la displasia/ fractura de cadera con 7 representando el 10%, seguidamente 6 tienen diabetes que representan el 8%, 5 tienen Parkinson que representan el 7%, al igual que 5 con cáncer conformando el 7%, 4 presentan demencia senil que representa el 5%, así mismo, 4 con Alzheimer que corresponde al 5%, también se encontró, 3 conformando el 4% con Osteoporosis, 3 que equivale al 3% con Derrame Cerebral, otras 3 que equivale el 4% con EPOC, también, 2 con artritis formando el 3%, 2 con parálisis, equivaliendo al 3%, igual que 2 con tiroides representando el 3%, 1 que equivale al 1% con escoliosis, 1 con arritmia 1% , también encontramos 1 que equivale 1% con Glaucoma, 1 persona cuidada que equivale el 1% tiene túnel carpiano, 1 persona cuidada que equivale el 1% tiene reumatismo, 1 adulto mayor cuidado que equivale al 1% tiene Cateterismo, 1 persona que equivale al 1% tiene Neuralgia, 1 persona que equivale al 1% tiene Depresión, 1 persona que equivale al 1% cuenta con discapacidad, y finalmente 1 persona cuidada que equivale el 1% presenta Síndrome de Down.

Espín, (2010) menciona que, “Una de las enfermedades que más deterioro funcional y por lo tanto, mayor estrés proporcionan al cuidador, es la demencia. Esta es una enfermedad del sistema nervioso central, dada por alteraciones de los procesos mentales superiores, que modifica la personalidad y la conducta de las personas que la padecen.”.

7.1.5 GÉNERO DE LAS PERSONAS CUIDADORAS

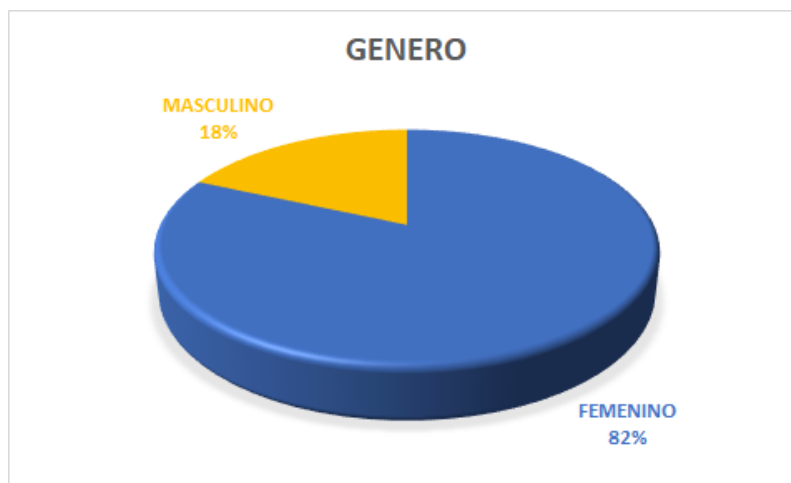


Figura 5: Género de personas cuidadoras

De acuerdo a la información obtenida 49 cuidadores que representan el 82% de los entrevistados son mujeres, siendo estas las encargadas de ejecutar el cuidado. Troncoso (2013) señala que “La familia es la principal proveedora de cuidados, siendo las mujeres tradicionalmente quienes asumen este rol”, debido a que ellas todavía cumplen un papel fundamental en la provisión de cuidados a los miembros de la familia y en las labores del hogar. La sociedad le ha otorgado este papel a la mujer porque lo relaciona con lo maternal, igualmente por sentimientos de amor, cariño y como un acto de retribución por todo lo que esta persona hizo por ellos en algún momento de su vida.

Por otra parte, se encontró 11 cuidadores hombres que representan el 18% de los adultos mayores entrevistados, siendo una cifra significativamente menor.

7.1.6 ESTADO CIVIL

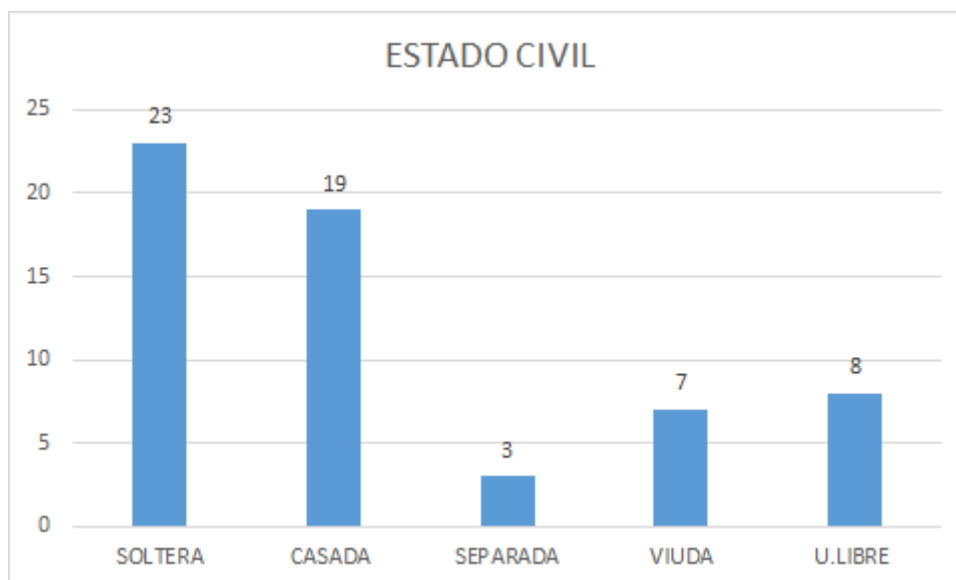


Figura 6: Estado civil de las personas cuidadoras

En este campo la proporción más alta se encuentra en las personas solteras, siendo estas 23 lo cual equivale al 38% de los entrevistados, luego 19 casadas con un 32%, seguidamente 8 están en unión libre con el 13%, 7 son viudos para un 12% y 3 están separados que representan el 5%.

Según Velasco (2018) el estado civil es la variable que permite establecer la red social básica del cuidador. Los estudios evidencian que los cuidadores en su mayoría viven con un compañero, pero además es diferente cuando el cuidado lo brinda una persona que ha experimentado pérdidas. Así mismo se menciona que contar con una pareja es un factor protector sobre todo cuando se deben tomar decisiones difíciles; sin embargo, también se evidencia que el tener una pareja puede dificultar el rol de cuidador.

7.1.7 NIVEL EDUCATIVO

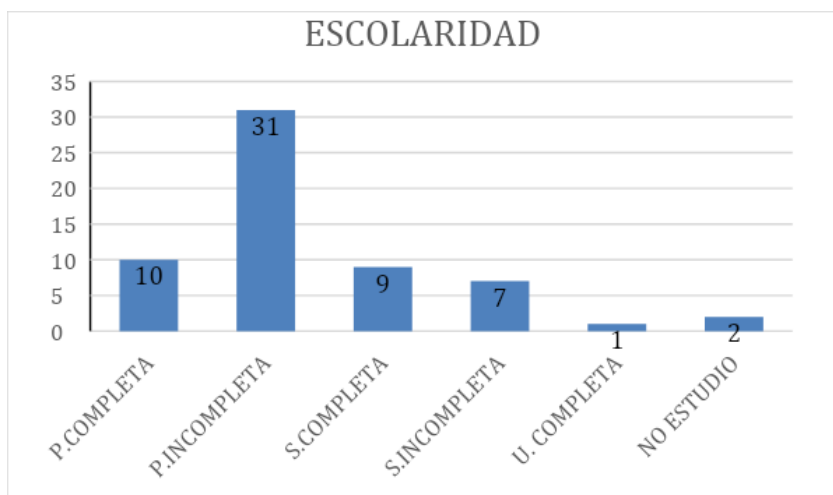


Figura 7: Escolaridad de las personas cuidadoras

Gran proporción de los entrevistados se encuentran con un nivel educativo de primaria incompleta específicamente 31 entrevistados que representan el 51%, así mismo se evidencia que 10 cuidadores tienen la primaria completa es decir el 17%, posteriormente 9 con el 15% realizaron la secundaria incompleta, 7 con secundaria completa con el 12%, 2 no tienen estudio, representando el 3% y finalmente 1 tiene estudios universitarios con el 2%.

La escolaridad de los entrevistados es muy variada con tendencia a ser baja. De acuerdo con Ortiz (2016) según el nivel de escolaridad que tenga la persona, se puede ver reflejada la calidad de vida de este, ya que las personas con más grado de instrucción, puede comprender mejores aspectos de la salud, además aprender a prevenir enfermedades o tratar mejor la enfermedad que puede padecer, en cambio los que tienen bajo nivel de escolaridad se ven limitados en su autocuidado por el desconocimiento de medidas de prevención.

7.1.8 TIPO DE VIVIENDA DE LOS CUIDADORES



Figura 8: Tipo de vivienda de los cuidadores

De acuerdo a los resultados obtenidos 36 cuidadores que representan 60% de las personas entrevistadas cuentan con vivienda propia, seguidamente se encontró a 22 personas con vivienda arrendada los cuales representan al 37% y por último en el 3% se encontró 2 con vivienda familiar.

Zarit (1990) manifiesta que “la dimensión de vivienda compartida versus vivienda separada se superpone con la variable vínculo entre cuidador y receptor de cuidados. En muchos casos, los maridos y las mujeres comparten la misma vivienda con su esposo, mientras que las hijas y otros familiares pueden o no vivir en viviendas separadas”.

Por otro lado, Casado y López, (2001) citado por Carretero, et al (2006) argumenta que “los cuidados de larga duración son provistos en la vivienda en la que reside la persona dependiente. Esta vivienda puede ser la del receptor de cuidados o bien puede ser la de su cuidador, y ambos pueden compartir o no la misma casa. Se ha señalado que esta decisión de convivencia o no puede depender principalmente de dos variables: a) el estado civil y b) el grado y tipo de deterioro de la persona dependiente. En general, cuando una persona casada tiene problemas de dependencia, su cónyuge suele ser el encargado de proporcionarle, en el domicilio que ambos comparten, los cuidados requeridos – independientemente de su nivel de deterioro -. Para aquellos que carecen de cónyuges y con un nivel de dependencia elevado, la solución habitual es que la persona se vaya a vivir a casa de alguno de sus familiares.”

7.1.9 RELACIÓN DE PARENTESCO

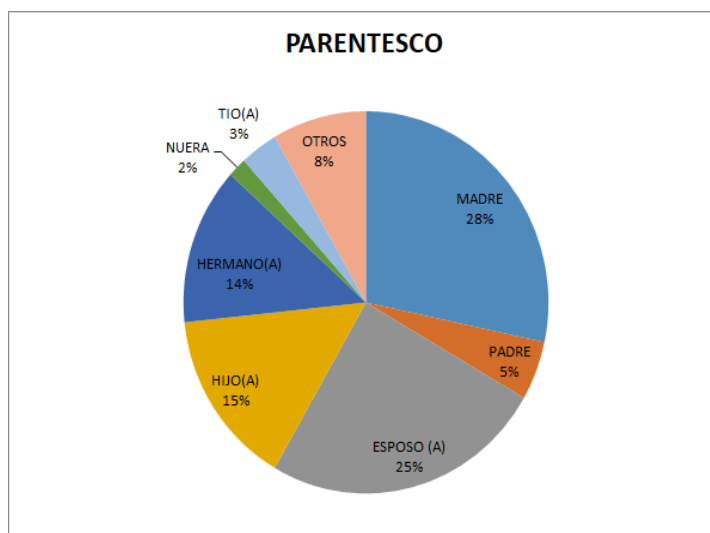


Figura 9. Relación de parentesco de las personas cuidadoras.

Se encontró que 17 Adultos mayores entrevistados cuidan a su madre y representan el 28 %, seguidamente 15 de ellos dedican cuidado a esposo (a) con el 25%, posteriormente 9 de ellos cuidan a un hijo(a) con un 15%, en el cuidado de un hermano (a) 8 personas que son el 14%, luego el 8% que son 5 entrevistados cuidan a otros (amigos, vecinos conocidos), al padre 3 en un 5%, 2 a tíos con el 3% y finalmente 2 en el caso de la nuera con el 2%. Tal como lo afirma Espinoza y Arevas (2012) el cuidado se basa en relaciones afectivas y de parentesco, pertenecientes al terreno de lo privado; se trata de “asuntos de familia”, en los que el resto de la sociedad no se implica, desarrollado en un ámbito doméstico y, como tal, queda oculta.

7.1.10 CONVIVENCIA



Figura 10: Relación de convivencia entre cuidadores y personas cuidadas.

Se encontró que 55 de los cuidadores entrevistados que representan el 92%, conviven con las personas que cuidan y solo 5 siendo el 8%, no convive con quién cuida en la misma casa. Flórez (2017) menciona que generalmente el cuidador reside principalmente en el mismo domicilio del enfermo y está siempre disponible para satisfacer sus necesidades, dejando a un lado las necesidades propias. Por lo tanto, se afecta su dinámica de vida modificando las funciones a las que está acostumbrado.

7.1.11. TIEMPO QUE LLEVA CUIDANDO

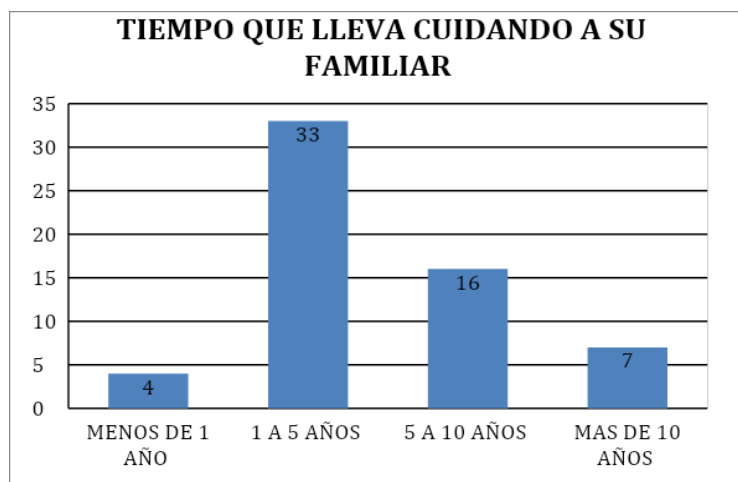


Figura 11: Tiempo en años que las personas cuidadoras llevan en esta labor.

Se encontró que 33 adultos mayores cuidadores expresaron que el tiempo que llevan cuidando es entre 1 a 5 años, representando el 55%, seguidamente 16 personas que equivale al 27% manifestaron que llevan entre 5 a 10 años, por otra parte 7 con un 10% llevan más de 10 años como cuidadores y por último 4 con el 7% llevan menos de 1 año.

De acuerdo con Marco (2009) El tiempo dedicado al cuidado del paciente y la dependencia funcional motora se relaciona con un mayor deterioro de la calidad de vida relacionado con la salud y sus cuidadores

Así mismo, “el impacto del cuidar tiene componentes tanto objetivos como subjetivos. El primero, tiene que ver con la dedicación al tiempo de cuidador (tiempo de dedicación, carga física, etc.). El segundo se relaciona con la forma en que se percibe la situación y la respuesta emocional ante la experiencia de cuidar. Influye tanto en la salud y bienestar como laboralmente, económicamente y socialmente” (Pizarro, 2016)

Así mismo Villegas (2010), comenta que “estar a cargo de una persona por muchos años resulta en niveles de sobrecarga que en la mayoría de los casos van llevando a niveles de depresión, angustia, diferentes tipos de enfermedades osteoarticulares y psicológicas, que terminan afectando la calidad de vida del cuidador y por ende de la persona con discapacidad”.

7.1.12 CONCLUSIÓN

En este objetivo se extraen los principales datos sociodemográficos de los cuidadores adultos mayores, evidenciándose principalmente que el género femenino es quien se ocupa en gran parte de esta labor, así mismo, se conoce el rango de edad más común dentro de los cuidadores, siendo este, entre los 65 y 70 años. También se pudo identificar que gran parte de estos cuidadores presentan una enfermedad por consecuencia del ejercer este rol.

Además, se evidencio, que los adultos mayores que necesitan de un cuidador presentan enfermedades que no le permiten una buena movilidad, comprometiendo el desarrollo de sus actividades de la vida diaria. Así mismo se observó que los cuidados se vienen dando aproximadamente entre 1 y 5 años, realizado principalmente hacia una madre, esposo o hijo y que generalmente presentan un parentesco, aunque este difiere el cuidado dentro del mismo núcleo familiar, por tal motivo casi siempre la persona convive con la persona cuidada dentro de una casa propia o alquilada. De igual forma se identificó que por diferentes factores externos estas personas no cuentan con estudios superiores a primaria. Finalmente se corroboró que las personas mayores con mayor nivel de dependencia son aquellas con enfermedades degenerativas progresivas.

7.1.13 RECOMENDACIONES

- Es necesario reconocer la importancia de estrategias de intervención de los adultos mayores tanto de los cuidadores como de la persona cuidada para lograr una mejor calidad y bienestar de vida
- Se recomienda organizar técnicas para afrontar las enfermedades de las personas cuidadas para facilitarle el rol.
- También métodos de traslado para facilitar la movilidad de las personas enfermas, ya que en muchos hogares no se les pueden realizar modificaciones de infraestructura a las casas, porque son alquiladas y/o viven en partes rurales.
- Se deben realizar capacitaciones a los cuidadores, que no cuentan con experiencia ni recomendaciones, para que desenvuelvan mejor en esta labor.
- Es importante realizar actividades físicas, de acuerdo a la capacidad del adulto mayor, e incentivar a que conserven un buen estado general, para contribuir con la buena salud.
- Se debe trabajar el área prevención y promoción con las cuidadoras ya que en su mayoría son ellas las que lo ejercen, para evitar que terminen con sobrecarga intensa y que afecten el cuidado y las demás labores que deben desarrollar.
- Se debe concientizar a la familia sobre el cuidado del adulto mayor, ya que en su mayoría lo realiza la persona más cercana como esposa, hija o hermana, de esta manera es necesario fomentar en los otros familiares

RESULTADOS PARA EL OBJETIVO ESPECÍFICO N° 2

- Identificar la situación social de los adultos mayores cuidadores en los componentes micro social/macro social como factor protector de la salud.

7.2 SITUACIÓN SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES CUIDADORES EN EL ÁMBITO MICRO/MACRO SOCIAL COMO FACTOR PROTECTOR DE LA SALUD.

7.2.1 SITUACIÓN MICRO SOCIAL (FAMILIAR).

Para el desarrollo de las preguntas correspondientes a este campo, se realizó el análisis de las 60 entrevistas de los adultos mayores como foco de nuestra investigación, para la sustentación del segundo objetivo. Teniendo en cuenta lo anterior se destacan aspectos tales como: perspectiva del estado de salud, conocimientos referentes al cuidado, si el cuidador recibe apoyo del núcleo familiar entre otros que son puntos claves en la información que se deseaba obtener.

7.2.2 ESTADO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR COMO CUIDADOR.

De las 60 entrevistas realizadas a los cuidadores adultos mayores, 49 presentan un deterioro en su estado de salud, teniendo en cuenta principalmente las condiciones de vida en las que se encuentran, haciendo referencia de los diferentes problemas de salud que se dan antes del cuidado como son HTA, este tipo de enfermedad es más prevalente dentro de este grupo de edad y repercute directamente al cuidador ,así mismo estos manifestaron que empeoran la enfermedad debido a la dedicación que necesita las otras personas, además el estrés, dolores

articulares, cefalea, cansancio, agotamiento, son asociados por ellos a este tipo de rol. A continuación, se muestra lo expresaron algunos de los adultos mayores:

- "Me encuentro más decaída, con fuertes dolores de espalda por cargar a mi mamá" (adulto mayor de 70 años). Entrevista #01 de Armenia.
- "Mal, más enferma, cansada porque me toca hacer todo lo de la casa además tengo sobrepeso" (adulto mayor de 68 años). Entrevista # 02 de Armenia.
- "Me siento agotada, pero el resto está bien, aunque me ha tocado realizar otras cosas a parte de cuidar" (adulto mayor de 71 años). Entrevista #03 de Circasia.

Por otra parte, dentro de la información obtenida, 11 de los cuidadores manifestaron un buen estado de salud, sin ningún tipo de alteración durante el proceso de cuidado teniendo en cuenta que el proceso de envejecimiento se da de manera heterogénea y existen factores externos como internos que transforman al ser humano en este caso en el adulto mayor.

Respecto a la tarea de cuidar Vásquez (2013), manifiesta que "Es una tarea tan demandante cuidar a una persona mayor se ha asociado con la mayor probabilidad de padecer ciertos problemas psicológicos como depresión, baja satisfacción con la vida, estrés, fatiga, soledad, enojo y tristeza".

7.2.3 CONOCIMIENTOS NECESARIOS PARA EL CUIDADO

A través de la historia se ha identificado a la mujer como sujeto de cuidado, esto es determinado en muchas ocasiones por la cultura, creencias y la división de tareas en el ámbito

social, a medida que avanza el tiempo comprendemos como la mujer es caracterizada por el proceso de la maternidad, lo que implica una tarea natural donde nace la necesidad de protección, afecto y cuidado hacia otro individuo.

Dentro de la información obtenida, se encontró que 57 cuidadores consideran que si tienen los conocimientos para cuidar a su familiar; los cuales se van adquiriendo a través del tiempo, la experiencia y de acuerdo a la necesidad del enfermo, entendiendo solo su condición por lo tanto esperan saber lo más importante y apropiado. También manifestaron que en algunos casos reciben indicaciones y recomendaciones por parte de un familiar que ya ha sido cuidador.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede decir que estos conocimientos surgen de manera empírica, es decir, a medida que va realizando el cuidado, se genera este aprendizaje desde la experiencia, como se puede evidenciar en las siguientes entrevistas:

- "Si, toda mi vida lo he hecho, al principio cuidando a mi hijo quien se encontraba en una situación donde yo debía cuidarlo y ahora con mi mamá, es algo en lo cual uno va adquiriendo conocimiento de acuerdo a la experiencia más no porque me explico alguien" (adulto mayor de 67 años). Entrevista #08 de Armenia
- "Después de tantos años cuidándolo y viendo a nuestros padres hacerlo ya se va tomando experiencia". (Adulto mayor de 62 años). Entrevista #08 de Filandia.

Por otra parte, 3 personas expresaron que no contaban con ningún tipo de conocimiento y que desconocen la manera de cuidar a otra persona, lo que hace que lleven a cabo esta tarea como ellos creen que está bien, sin embargo, dentro de la información obtenida se resalta, a aquellas

personas que comunicaron que en ciertas ocasiones recibían asesoramiento por parte de un profesional de la salud, cuando asisten a citas médicas o que cuentan con familiares de enfermería.

Por consiguiente, para brindar un mejor cuidado de acuerdo a la necesidad de la persona es pertinente contar con asesoramiento y comprender otros aspectos que son relevantes en el cuidado como lo explica Alvarado (2013). “La asistencia al adulto mayor demanda conocimientos, habilidades y cualidades tales como: observar cambios propios del adulto mayor y de la enfermedad, capacidad de comunicación verbal, responsabilidad por las actividades de los cuidados generales, desarrollar destrezas sociales, transmitir afecto y sobre todo respeto por las personas”, además debe existir una buena comunicación entre el cuidador y la persona cuidada para trabajar conjuntamente en sus necesidades.

7.2.4 FAMILIARES DE LOS CUALES DEPENDE EL ADULTO MAYOR CUIDADO

De acuerdo a los datos obtenidos de los 60 adultos mayores entrevistados, 52 cuidadores respondieron que el cuidado era realizado únicamente por ellos, esto se debe a que varias de las personas presentan niveles de consanguinidad como hijas, hermanas o cónyuges, entendiendo esto como la red de apoyo primaria; esto quiere decir que los adultos mayores dependen porque existe algún compromiso en las AVD o instrumentales y por algún tipo de lesiones que limitan y no permite el desarrollo por sí misma, esto implica que la persona necesite de ayuda; tal y como lo menciona uno de los adultos mayores:

- “Si, porque nadie más me colabora.” (Adulto mayores de 85 años). Entrevista # 6 de Filandia.

Garciaet., (2004), Argimon, Limón, Abós, (2003), y Stull, (1996) mencionan que las connotaciones negativas que conlleva la utilización de términos como de carga, como aquel conjunto de problemas ocasionados en el cuidador por el hecho de cuidar. Sin embargo, el cuidador puede experimentar experiencias positivas en el cuidado, como la compañía que proporciona la persona cuidada, la satisfacción personal, las emociones agradables, etc. Esto significa que los cuidadores pueden hacer valoraciones negativas o estresantes asociadas al hecho de cuidar y simultáneamente valoraciones positivas.

Por otra parte 8 de los cuidadores, expresaron que cuentan con ayuda de un familiar, a las que se les identifica como “cuidadores secundarios”. Donde los cuidadores reciben apoyo en las actividades de cuidado, reemplazando y brindando un tiempo de descanso a los cuidadores que han estado permanentemente con el adulto mayor, demostrando un apoyo e interés tanto con el cuidador como para la persona cuidada. La presencia de un miembro que ofrece apoyo brinda nuevos canales de comunicación, además tomar decisiones en común contribuye a aliviar la carga del cuidado y evitar las crisis.

7.2.5 CONFORMIDAD DEL ADULTO MAYOR CUIDADO CON EL CUIDADOR

Para poder brindar apoyo de una forma más agradable, la persona debe de estar de acuerdo en recibir cuidados, es así como 57 adultos mayores cuidadores comentaron que en algún momento su familiar o amigo les han manifestado estar de acuerdo que sea él quien lo esté cuidando, asimismo les han expresado agradecimiento, confianza, seguridad y tranquilidad, por hacerse

responsable de sus cuidados. Igualmente se encontraron casos donde algunos adultos mayores que por sus enfermedades no se pueden comunicar y otros que han aceptado a su cuidador debido a que no hay otro familiar que se pueda hacer cargo de ellos, de esta manera la familia selecciona al cuidador porque otros no pueden cubrir sus necesidades o no tienen tiempo, como lo argumentaron algunos de cuidadores entrevistados:

- “Mi familiar ni me reconoce, pero sí debe estar de acuerdo” (Adulta mayor de 65 años). Entrevistado # 04 de Armenia
- “Sí, además no tiene más para donde irse”. (Adulta mayor de 64 años) Entrevistada # 03 de Filandia

No obstante, 3 de ellos no se sienten a gusto con que sea x persona quien los cuiden. Como lo mencionaron algunos de los adultos mayores cuidadores:

- “Quería que lo cuide la esposa, pero le tocó aceptar que yo lo puedo cuidar la mayor parte del tiempo” (Adulta mayor de 69 años). Entrevistado # 5 de Filandia
- “No, él dice que lo deje a cuidado de las hijas de él, pero no creo que lo cuiden como él se lo merece ya que las hijas trabajan” (Adulta mayor de 73 años). Entrevistado # 05 de Quimbaya

Cabe mencionar que la mayoría de los cuidadores, en el momento de llevar este proceso, deben tener en cuenta el respeto hacia el otro, así mismo es importante escuchar las decisiones

del otro y en qué medida favorece al adulto para que se desarrollen de la mejor manera si estos cuidados son aceptados por la otra persona y a pesar de que esté presente el sentimiento de independencia que se posee, es consciente que necesita de otro.

7.2.6. SATISFACCIÓN DEL ROL DE CUIDADOR

Teniendo en cuenta los resultados, 55 personas entrevistadas expresaron que se sienten a gusto con el rol que desempeñan y que se encuentran en un estado de satisfacción, además de que van adquiriendo mayor confianza a la hora de realizar este trabajo, como lo afirma Lawton et al., (1989).

También algunos autores han señalado que las dos consecuencias positivas del cuidado más importantes que puede experimentar un cuidador en su provisión de la asistencia, son las satisfacciones. La satisfacción por el cuidado hace referencia a los sentimientos de placer por ayudar, saber que se está proporcionando la mejor asistencia, disfrutar del tiempo que se pasa junto al receptor del cuidado, y sentirse cercano a la persona atendida debido a la ayuda prestada.

Estas emociones pueden tener un impacto positivo sobre la calidad de vida de los cuidadores, tal como lo comento el siguiente adulto mayor.

- “Si, me siento orgulloso de cuidar y poder ayudar a mi madre”. (Adulto mayor de 62 años). Entrevistado #05 de Tebaida.

Por otro lado, 5 cuidadores expresaron sentirse afectados por la realización de las tareas tan demandantes y desgastantes que pueden llegar a hacer como cuidadores. Entre los motivos que llevaron a los miembros de la familia a manifestar este sentimiento, está el responsabilizarse con el papel de cuidador por la falta de apoyo de otros familiares que pudieran realizar o ayudar en esta tarea, teniendo en cuenta que manifiestan sentirse “obligados” a asumir este rol y no lo ven como una elección propia.

7.2.7 AYUDA RECIBIDA DE PARTE DE FAMILIARES U OTRAS PERSONAS PARA CUIDAR

Los 44 cuidadores entrevistados expresaron que reciben diferentes tipos de ayuda: económica, cuidado ocasional del enfermo, alimentación y todo lo necesario para vivir, de otros integrantes de la familia, ya que estos constituyen la principal red de apoyo, así como lo mencionan Esperanza, Solórzano y Vega. (2009) “es fundamental que el resto de la familia no delegue únicamente en un familiar todas las atenciones que la persona en situación de discapacidad necesita. Es necesario repartir las tareas y contar con la ayuda de los otros miembros de la familia.” De este modo al haber interés y compromiso para ayudar, las situaciones van fluyendo de forma positiva, haciendo que el enfermo y el cuidador se sientan más cómodos por el proceso que están pasando, tal y como lo manifiesto un adulto mayor:

- “Si, todos los días recibe ayuda de la familia.” (Adulta mayor de 66 años) Entrevista # 02 de Quimbaya.

Por ende, Profesionales Solidarios (2004) expresan que “Es importante y lo que es seguro es que el cuidar a un familiar es una de las experiencias más dignas y merecedoras de

reconocimiento por parte de la sociedad.” (Citado de Esperanza, R. Solórzano, H. y Vega, E. (2009).

Por el contrario, 16 personas comentaron que no reciben ninguna ayuda de algún integrante de la familia, lo cual repercute en problemas de la salud, por que como se ha mencionado, es una labor compleja generando en el cuidador sentimientos negativos hacia la persona cuidada y la familia, porque el cuidar de otra persona trae muchas responsabilidades, generando desgastes, sensación de impotencia y en algunas ocasiones puede generar altercados entre los integrantes de la familia provocando un ambiente tenso; reflejándose en la pérdida de energía y contribuyendo a que se reflejan enfermedades que no se pueden tratar solo con cuidados.

Así mismo, Fernández (2016) menciona que “el cuidador desarrolla sobrecarga por la poca colaboración que recibe por parte de los demás miembros de la familia, lo que lo convierte en la única persona encargada de realizar los cuidados a la persona dependiente, modificando así su rutina habitual al no poder contar con el tiempo para realizar sus actividades personales”

7.2.9 PERCEPCIÓN DE OBLIGACIÓN FRENTE AL ROL COMO CUIDADOR FAMILIAR

Los 53 adultos mayores cuidadores, manifestaron que no realizan de manera obligatoria los cuidados a su familiar, en muchas ocasiones es debido al compromiso que existe entre ellos, el afecto, agradecimiento y la cercanía, así como lo menciona Ruiz y Nava (2012) “La situación de cuidar a otra persona hace que muchos cuidadores experimentan sentimientos positivos. El simple hecho de que la persona a la que cuida y a la que quiere se encuentre bien puede hacerle

experimentar esos sentimientos. La persona a la que se cuida puede mostrarle su agradecimiento y eso le hace sentir bien. Hay quienes consideran que ofrecer estos cuidados es una obligación moral y cumplir con ello lo hace sentirse satisfecho.”

Por lo tanto, cuidar a un familiar puede generar paz interior debido a la ayuda que está proporcionando, igualmente en el enfermo, al saber que está siendo cuidado por alguien con un vínculo íntimo y que le está dando el afecto que solo una persona cercana puede brindarle, tal y como lo menciono un adulto mayor:

- “No, porque es de mi propia sangre y no seríamos familia si no nos ayudamos cuando lo necesitamos, toca ponerse en los zapatos de la otra persona para saber que también me gustaría que me cuidaran si yo lo necesitara, además no estoy de acuerdo con enviar a un miembro de la familia a un ancianato no sería lo adecuado.” (Adulta mayor de 62 años) entrevista # 08 de Filandia.

Aunque para muchos puede verse como una obligación, pero para otros es una elección lógica desde el afecto por el otro, también porque la mujer siente que esta labor le pertenece o recae en ella de forma natural, sea por el compromiso que tienen o por los sentimientos maternos que pueden surgir.

Por otra parte, 7 personas de las entrevistadas comentaron, que sienten que realizan de manera obligatoria los cuidados su familiar, porque son los únicos que disponen del tiempo para hacerlo, o porque es la única opción, ya que nadie más está dispuesto hacerlo, además de que puede ser un rol nuevo donde la mayoría de veces deben improvisar a la hora de realizar alguna actividad con el enfermo y esto los frustra, de este modo se generan sentimientos de culpa y

altos niveles de estrés, porque esta labor recae solo en esa persona, como lo expreso la siguiente entrevista.

- “Digamos que sí, ya que nadie más se ofrece” (Adulta mayor de 71 años). Entrevistado # 2 de Filandia

7.2.10. ALTERACIÓN NEGATIVA DEL ENTORNO SOCIAL Y ABANDONO DE METAS PERSONALES EN EL CUIDADOR

De acuerdo a los resultados, 44 de los adultos mayores cuidadores manifestaron haber disminuido e incluso abandonado las relaciones interpersonales a causa de su rol, es decir, que el cuidador tiene como prevalencia el aislamiento social, dedicarse menos tiempo a sí mismo, a salir cada vez menos y a abandonar actividades que formaban parte de su vida cotidiana. Con respecto a los sentimientos declararon sentirse en un “callejón sin salida”, ya que esta es una carga excesiva para ellos representando consecuencias sobre el ocio, trabajo, relaciones familiares y sociales.

Es por ello, que la responsabilidad y la implicación en el cuidado de una persona dependiente conllevan un coste temporal, el cual repercute asimismo en la disponibilidad para realizar actividades de ocio y mantener relaciones sociales. Estas restricciones se materializan en una disminución de salidas con amigos; de relación con los familiares; de recibir o realizar visitas a amigos, vecinos y familiares; menos disponibilidad temporal para ir de vacaciones, para dedicarlo a otras responsabilidades o para disponer libremente de él. (INSERSO, 1995; IMSERSO, 2002; García, Mateo y Gutiérrez, 1999; Roca et al., 2000; Decima Research Inc. y

Health Canada, 2002; García, Mateo y Eguiguren, 2004). Como lo menciono uno de los adultos mayores entrevistados:

- “Sí. He dejado todo por estar con ella.” (Adulta mayor de 60 años). Entrevista # 06 de Armenia.

La vida familiar y social del cuidador se reorganiza para adaptarse a la actual situación, centrando toda su atención y esfuerzo en el adulto mayor que requiere de cuidados, dándole poca importancia a sus necesidades propias, además de que también deben reducir su margen de participación social dejando en pausa o abandonadas las metas personales trazadas antes de asumir el rol de cuidador (Ávila y Vergara, 2014).

La pérdida de funcionalidad de la vida social ha sido una condición comúnmente relacionada con el deterioro de la calidad de vida del cuidador, lo cual representa uno de los más alarmantes factores de riesgo para la salud general de estos individuos, en la medida que el compromiso de su actividad paliativa y el prolongado tiempo dedicado a la misma conduce a la marginación del plano social y familiar, condición que puede llevar a la ausencia de recursos sociales de apoyo con los efectos adversos que ello representa para la salud, en especial si se considera que para las personas mayores dedicadas al cuidado, el manejo de la vida social y las interacciones con su medio ambiente resultan aún más problemáticas, máxime si se trata de personas con una baja formación educativa se exponen más a diversas condiciones de orden social y psicológico que afectan su vida.

El cuidado implica un nivel elevado de dedicación, aumento de las responsabilidades individuales, sentimientos de obligación de proporcionar apoyo, pérdida de la sensación de

libertad condiciones que empeoran con el paso del tiempo dado que el estado de salud del paciente tiende a deteriorarse y con ello aumenta la demanda de atención, lo que interfiere negativamente con el bienestar personal del cuidador, generando insatisfacción y deterioro de sus redes sociales, la pérdida de contacto con las amistades, se abandona muchas de las actividades o hábitos que se tenían antes de ejercer el rol de cuidador. En ocasiones existe una imposibilidad total de verse con otra gente, lo cual frustra y aísla al cuidador.

En los casos en que el cuidador es la pareja, se produce un distanciamiento, se limita la posibilidad de realizar cosas en común y se presenta una pérdida de libertad de la pareja. Además, estos se ven obligados a organizar su tiempo en función de la persona cuidada disminuyendo así las actividades que realizan juntos.

Por otra parte, 16 entrevistados expresaron que su entorno social no se ha visto afectado por su rol como cuidador, por lo tanto, es buena la relación con su círculo social y por ende no han tenido que abandonar el reunirse y compartir con aquellas personas que representan amistad o afecto para ellas, así como realizar sus actividades cotidianas. Toda esta adaptación permite que no se genere estrés y sobrecarga en el cuidador, ya que este cuenta con espacios de esparcimiento diferentes al ámbito de cuidados en el hogar, tiempo para sí mismo y alivianar la carga. Esto se da gracias a que cuenta con una buena red de apoyo familiar permitiéndoles tener calidad de vida como cuidador. De acuerdo con Lázarus y Folkman S.f, Citado por Rodríguez 2013, posiblemente también esto se da, porque los recursos emocionales son más fuertes y/o las estrategias de afrontamiento que han adoptado los adultos mayores cuidadores estarían centradas en el problema más que en las emociones, tal como se evidenció en la siguiente entrevista:

- “No, porque hay más personas que la pueden cuidar, entonces cuando necesito salir ellos están pendientes de ella” (Adulta mayor de 63 años). Entrevistado #7 de Tebaida

7.2.11. COMPRENSIÓN FAMILIA POR SER CUIDADOR

De los 60 cuidadores entrevistados, 56 de ellos expresaron ser comprendidos por sus familiares, permitiendo que algunos de ellos lo perciban como apoyo y colaboración familiar, el cual se refleja en el buen trato hacia la persona enferma contribuyendo al bienestar tanto de esta como del cuidador, como lo manifestó una de las personas entrevistadas.

- “Si, y me dicen que es muy lindo lo que hago por ella.” (Adulta mayor de 64 años) Entrevista # 3 de Filandia.

También es importante mencionar que este tipo de rol, lo realizan en forma de “pago” o retribución por el cuidado que tuvieron cuando eran niños tal y como lo mencionaron en la siguiente entrevista:

- “Sí ya que hago esta labor sin pago y tampoco recibiría plata por parte de ella, mejor paga haberme brindado su amistad.” (Adulta mayor de 63 años) Entrevista # 4 de Quimbaya.

Del mismo modo, Zabalagui et al., (2004) mencionan que “Hay que destacar una literatura emergente sobre las consecuencias positivas del cuidado. Futuros estudios sobre qué factores facilitan la adaptación a cuidar de una persona mayor desde una perspectiva que enfatice los aspectos positivos podrán ampliar el conocimiento, comprensión y profundización sobre la realidad de los cuidadores principales de personas mayores y sobre cómo es el soporte que

reciben por parte de las familias, instituciones socio sanitarias, el estado y la sociedad en general en la responsabilidad del cuidado” (Citado por Cueli, 2017).

Por otro lado, 4 de los cuidadores expresaron sentir la falta de comprensión e interés familiar, lo que genera sentimientos de abandono, produciendo aumento en niveles de estrés, agotamiento y ansiedad, igualmente se sienten poco valorados, creen que su trabajo lo están haciendo mal y que no tiene importancia. Además de que si en algunos casos, la enfermedad de la persona cuidada empeora se sienten culpables. Así lo narro una cuidadora.

- “No, creo que ellos piensan que la cuido mal” (Adulta mayor de 60 años). Entrevistado # 6 de Armenia.

Esta respuesta evidencio que la falta de comprensión, apoyo e interés tanto familiar como de los amigos, son variables predictores de la sobrecarga.

7.2.12 AYUDA APTA Y SUFICIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DEL CUIDADOR

El sentirse bien como cuidador puede traer beneficios positivos, según Ponsoda (2015) “diversos estudios demuestran que experimentar emociones positivas puede tener efectos beneficiosos para la salud, aunque en ocasiones ciertas familias no comprendan la importancia del trabajo realizado por un cuidador”. Con relación lo anterior, 57 adultos mayores entrevistados manifestaron que la ayuda que le brindan a su familiar es suficiente, porque lo están haciendo desinteresadamente, esforzándose para atender las necesidades desde su alcance y de la mejor manera para que el estado de salud de su familiar mejore o sea estable y no se deteriore dada su condición, además, estos están de acuerdo que sean ellos los cuidadores, lo que permite efectos positivos en la persona cuidada y por ende en el

cuidador, generando así emociones que pueden promover conductas adaptativas de salud o conceder un sentimiento de bienestar aliviando los negativos. Tal y como lo expresó un adulto mayor:

- “Él se siente más acompañado por la familia y eso era algo que quería de hace tiempo y yo con eso me siento feliz.” (Adulta mayor de 66 años) entrevista #10 de Quimbaya.

Por otra parte 3 adultos mayores entrevistados consideran que su ayuda no es suficiente, relataron que su tiempo, capacidad e ingresos, no son suficientes para lo que ellos desean brindarle a su familiar. Así lo expresó el siguiente cuidador:

- “No, porque quiero darles más de lo que puedo, pero la economía no lo permite” (Adulta mayor de 68 años). Entrevistado # 03 de Tebaida.

Teniendo en cuenta lo anterior Pinto, Barrera Y Sánchez. (2005), mencionan que “la experiencia de cuidado compromete, de manera sustancial, la calidad de vida de todos los cuidadores hombres, mujeres, mayores o menores. Las personas que atienden directamente a sus familiares crónicos tienen que responder a determinadas tareas, esfuerzos y tensiones derivadas de su cuidado, y ello llega a repercutir tanto en su propia persona como en la de su entorno, generando algunos cambios en diferentes ámbitos (familiar, laboral y social) de su vida cotidiana”.

7.2.13. EFECTOS POSITIVOS DE LA AYUDA FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR CUIDADOR Y EL CUIDADO.

De acuerdo a los resultados obtenidos, 57 adultos mayores cuidadores consideran que la ayuda brindada ha tenido efectos positivos en ellos y el enfermo, como lo afirman (Braithwaite, 1996; Dellmann-Jenkins, et al., 2001; Farran, Miller, Kaufman y Davis, 1997; Kramer, 1997) cuidar a una persona mayor conlleva esfuerzo, dedicación, renunciaciones personales, pero también satisfacciones. Aunque numerosos cuidadores valoran negativamente su situación, no todos los cuidadores lo hacen, sino que gran parte de ellos perciben elementos positivos asociados al cuidado de su ser querido. A pesar de que esta labor es demandante algunas personas lo realizan con mucho empeño y sentimiento de amor para ofrecerle a la persona cuidada, demostrando que tanto compromiso tiene sus efectos positivos para ambos; como lo menciono una de las entrevistadas:

- “Si, su salud ha mejorado y para mi es gratificante hacer una buena labor por ellos.”

(Adulta mayor de 68 años) Entrevista # 3 de Tebaida.

Así mismo, Kramer, (1997) y López et al., (2005) mencionan que “resulta difícil definir los aspectos positivos del cuidador, la satisfacción con el cuidado o la ganancia del cuidador. Falta una conceptualización clara de este constructo, pero se puede decir que los aspectos positivos del cuidado son algo más que la ausencia de malestar, y representan las ganancias subjetivas percibidas, el crecimiento personal experimentado, que se encuentran por el hecho de ser cuidador.”, como lo menciono uno de los entrevistados:

- “Si, yo la atiengo en todo para que este bien y yo me siento a gusto haciéndolo.” (Adulto mayor de 65 años) entrevista # 6 de Tebaida.

Ser cuidador no siempre trae efectos negativos, todo depende de diferentes aspectos que van influyendo en este proceso, así como lo menciona, Carretero et.al. (2006), el cuidador también recibe “aspectos positivos como la satisfacción personal y familiar, la vivencia de sentimientos de placer y de gratificación, fortalecimiento del autoestima y de las relaciones interpersonales entre paciente y cuidador, además mejoras en las relaciones familiares y mayor confianza en el desempeño del rol, producto de la dedicación, esfuerzo individual y familiar y ayuda prestada al familiar enfermo, que tiene como fin lograr su bienestar, el mejoramiento en la calidad del cuidado y fortalecimiento del rol de cuidador.”

Por otra parte 3 cuidadores consideraron que la ayuda brindada, no ha tenido efectos positivos en ellos, ni en el enfermo, porque la persona cuidada desea que su cuidador sea otra persona impidiendo un buen cuidado, también porque piensan que lo que está realizando no es lo suficiente y en otros casos la enfermedad del adulto mayor está en estado avanzado haciendo más difícil que se evidencie una mejor salud en este. Así lo expreso el siguiente entrevistado:

- “No, porque ella lleva muchos años así enferma y está en un tratamiento psiquiátrico, y para mí es muy duro atenderla sola sobre todo para bañarla.” (Adulta mayor de 68 años).

Entrevistado # 2 de Armenia

7.3 SITUACIÓN MACRO SOCIAL.

7.3.1 CONFORMACIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR

De acuerdo a los resultados, 49 entrevistados de los adultos mayores cuidadores cuentan con hogares compuestos entre 2 a 5 integrantes, por otra parte 11 entrevistados están conformados entre 5 y 10 integrantes. Muchos miembros de la familia se encargan de efectuar este rol, pero, es

una sola persona la que se hace cargo la mayor parte del tiempo. Pérez y Peñaranda (2008) afirman que “es necesario abordar a la familia como la unidad básica que da respuesta al hecho de cuidar a uno de los miembros con dependencia”. Por lo tanto, es necesario reconocer la importancia del cuidador informal como proveedor de cuidados a una persona mayor dependiente, y por consiguiente el impacto que produce en el sistema familiar. Así lo menciono un adulto mayor cuidador:

- “Somos 4 personas, mi mamá, dos hijas mías y yo.” (Adulta mayor de 60 años)
Entrevista # 07 de Filandia.

También es preciso mencionar la conformación de las familias, las cuales están mayoritariamente constituidas de manera monoparental donde la hija es la encargada de brindar cuidados a alguno de sus padres. Alvarado (2013) menciona que “la familia en particular, es una fuente primordial de apoyo emocional, social y económico para los miembros de edad avanzada. Cuando el adulto mayor es independiente y no tiene problemas de salud, es una ayuda para la familia y participa en las tareas del hogar. En el momento en que aparece una enfermedad y dependencia pasa de cuidar a ser cuidado, perdiendo su rol dentro de la familia, generando sentimientos de inutilidad.” En este sentido de palabras el rol es cambiado y administrado por otro miembro de la familia adquiriendo nuevas experiencias tal y como lo menciona Pérez Peñaranda, (2008) se debe explorar las experiencias de las familias cuidadoras desde una perspectiva centrada en la familia como unidad de cuidado, es decir, teniendo en cuenta el conjunto formado por la persona cuidada, el cuidador principal y el resto de miembros.

7.3.2 PRÁCTICA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS, CULTURALES, ETC.

Teniendo en cuenta los resultados, 35 personas cuidadoras manifestaron que no practican actividades recreativas y culturales debido a las largas horas laborales, a las que deben estar dedicados o también se debe en muchos casos a que no les gusta, así como lo manifestó un adulto mayor:

- “Con que tiempo y es algo que me gustaría hacer” (Adulta mayor de 71 años) entrevista # 2 de Filandia.

Teniendo en cuenta lo anterior Vitorino, Paskulin y Vianna (2013), expresan que “la actividad física recreativa, la cantidad limitada de actividades de ocio, o incluso su ausencia, es un factor que alienta o empeora el sedentarismo, lo que compromete la capacidad funcional de los adultos mayores, como también conduce a los síntomas depresivos afectando la calidad de vida de los mismos.” (Citado por Herrera, (2016).

Por otra parte, 25 adultos mayores cuidadores manifestaron que si practican alguna actividad cultural o recreativa. De acuerdo con Rojas (2019) “Las actividades recreativas artísticas, culturales, deportivas y pedagógicas tiene la finalidad el sostenimiento, desarrollo y recuperación de las habilidades, permiten estimular la creatividad y contribuyen al bienestar físico y mental de los adultos mayores. Las actividades recreativas comunitarias, se direccionan hacia la consolidación de redes de apoyo, permite que los adultos mayores compartan con otras personas y se establezcan dentro de redes de apoyo que posibiliten su bienestar”.

7.3.3. ABANDONO DE ACTIVIDADES IMPORTANTES- ROL DE CUIDADOR

A partir de los resultados obtenidos, 42 adultos mayores cuidadores entrevistados, comentaron que se han visto obligados a abandonar principalmente el trabajo, porque asumen la

responsabilidad total del cuidado de su familiar, cubriendo todas las necesidades requeridas por el adulto mayor cuidado, siendo la mujer quien asume este nuevo compromiso. Como se pudo evidenciar en la siguiente entrevista:

- “Si, pasear y tenía más tiempo para trabajar” (Adulta mayor de 70 años). Entrevistado #2 de Armenia.

Teniendo en cuenta la respuesta anterior, una persona enferma requiere un cuidado mayor y una atención continua, por lo que el cuidador opta por dejar su trabajo y dedicar todo su tiempo a su familiar y por ende todas las tareas que están implicadas en el hogar (Villarias, *et. Al*, 2009).

La situación laboral de las mujeres puede también verse agravada por el hecho de ser cuidadoras, ya que son las encargadas principalmente del cuidado, según características socioculturales que han determinado que este rol lo llevan a cabo con más facilidad las mujeres. Además, existen dificultades a la hora de buscar un trabajo debido a que el cuidado absorbe gran parte de su tiempo y dado que sus vidas deben de estructurarse con base en la labor de cuidadoras resulta imposible plantearse la inserción laboral, así como lo menciono uno de los adultos mayores:

- “Si, mi vida.” (Adulto mayor de 60 años) entrevista # 06 de Armenia.

Por otra parte 18 adultos mayores cuidadores manifestaron no haber abandonado ninguna actividad importante, ya que las actividades que realizaban antes de asumir este nuevo rol, no representaban algo importante en su vida, así mismo, en algunos casos se encontraron adultos mayores que llevan muchos años cuidando de su familiar, por ende, expresaron no tener tiempo

para dedicarse a otra tarea y tampoco haberlo hecho antes, lo que hace que para ellos cuidar sea la actividad principal. Así lo expresó el siguiente cuidador:

- “No porque la cuido de hace tiempo y solo me gusta estar pendiente de ella” (Adulta mayor de 62 años). Entrevistado #8 de Filandia.

7.3.4. FRECUENCIA DEL CONTACTO CON FAMILIARES, AMIGOS Y VECINOS.

De los 60 cuidadores entrevistados 34 de ellos tienen contacto seguido con los familiares, amigos y vecinos, por lo tanto, Hofboll, Vaux, (1993). Menciona que, la red social personal está constituida por la totalidad de los vínculos que conectan a una persona con su entorno y le facilitan la satisfacción de sus necesidades materiales y emocionales. Su estructura está caracterizada por el tamaño, la composición y la densidad de aquellos que la conforman. Por otra parte, la red social cumple diferentes funciones que determinan en el sujeto la percepción del apoyo social. Esta es una experiencia de subjetivación de los recursos de cuidado que brinda la red e implica una conexión social a través de interacciones de apoyo que contribuyen a atemperar los efectos nocivos del malestar producidos por la enfermedad.” Así lo expreso uno de los adultos mayores

- “Con mi familia hablamos dos veces a la semana y los vecinos tres veces a la semana.” (Adulta mayor de 62 años). Entrevista # 04 de Filandia.

En este orden de palabras la importancia de una red familiar se ajusta a las necesidades en cada situación de apoyo social. Así como lo menciono una de las entrevistadas.

- “Con la familia siempre vía telefónica” (Adulto mayor de 61 años). Entrevista # 07 de Armenia.

De acuerdo a la anterior expresión se puede decir que cada familia tiene su medio de comunicación y de contacto dada su importancia en la unión familiar, la toma de decisiones y acompañamiento para así aligerar las situaciones estresantes tanto del cuidador como del enfermo.

Por otra parte, 26 cuidadores manifestaron tener muy poco o nada de contacto con sus familiares, amigos o vecinos. Brodaty et al, (1997) expresa que “Muchas personas cuidadoras se aíslan de la red social, viven sólo y exclusivamente para el familiar al que cuidan, transformando la díada cuidador mayor-dependiente en un sistema cerrado.”

Algunas causas de que no exista contacto familiar entre el cuidador y sus redes familiares se dan porque los hijos o hermanos ya han formado sus propios hogares, adquiriendo sus propias responsabilidades, también puede ser la falta de tiempo para reunirse, migración, situaciones conflictivas, abandono, renuncia y alejamiento; son algunos de los motivos identificados por los cuidadores como causantes de la poca comunicación entre sus familias. Así lo expresó la siguiente cuidadora:

- “Casi no los vemos porque viven lejos y con los vecinos muy poco” (Adulta mayor de 60 años). Entrevistado # 07 de Filandia.

7.3.5. ASISTENCIA CONSTANTE A GRUPOS ORGANIZADOS.

A continuación 48 de los Adulto Mayores sujeto a la muestra de las entrevistas, afirmaron que no asisten a ningún tipo de grupo organizado, estos cuidadores mencionaron que no participan porque no les gusta, por lo tanto, el aislamiento de algunas actividades externas puede deberse, también por falta de tiempo y por las largas horas en dedicación a esta labor, produciendo cansancio, desmotivación o desinterés. Por ello (Semple, 1992; Aneshensel et al., 1995; IMSERSO, 2002; García, Mateo y Gutiérrez, 1999; Roca et al., 2000; Decima Research Inc. y Health Canada, 2002; García, Mateo y Eguiguren, 2004) indican que “El impacto de la situación de cuidado provoca una multiplicación o proliferación del malestar emocional y de la sobrecarga sobre otras áreas de la vida del cuidador. Las repercusiones son diversas y pueden manifestarse en forma de reducción del tiempo libre, de las actividades de ocio, de las relaciones sociales, aparición de conflictos familiares y matrimoniales”. Esta situación puede afectar en su salud, es por eso que tener contactos sociales es apropiado para fomentar aspectos positivos a nivel integral de la persona, evitando los conflictos y malestares dentro del núcleo familiar en particular la relación entre la pareja o con los hijos. Además, la aparición de conflictos familiares, alteraciones laborales (ausentismo, conflictividad laboral, dificultad para compaginar horarios.), dificultades económicas (menores ingresos económicos y mayores gastos en la adaptación de la vivienda), pérdida de contactos sociales y disminución, o incluso abandono de las actividades sociales y de ocio (tiempo dedicado a la familia, a los amigos). Así lo expresó el siguiente adulto mayor:

- “No, no me gusta asistir a esos grupos.” (Adulta mayor de 69 años) Entrevistas # 05 de Filandia.

Por otro lado, 12 de los cuidadores si asisten a algún grupo organizado, reciben colaboración por parte de un familiar que les ayuda de manera permanente u ocasional, lo que permite al cuidador principal tener un espacio para asistir a estos grupos, participar e interactuar con otras personas, desarrollando así actividades para su bienestar, como lo menciona la siguiente entrevista:

- “Si, asistía antes a un grupo pero por la pandemia ya nos dejamos de comunicar” (Adulta mayor de 66 años). Entrevistado #02 de Quimbaya.

7.3.6. CAPACITACIÓN EN CUIDADOS.

Por la falta de algún tipo de capacitación en cuidados, 52 adultos mayores, se ven en la necesidad de dar sus servicios improvisando, afectando la mayoría de veces su salud por la carga, esfuerzo y estrés que este puede ocasionar. Una de las personas entrevistadas expreso:

- “No, todo es lo que yo sé por experiencia y algunas cosas que me enseña el médico” (Adulto mayor de 69 años). Entrevista # 05 de Filandia.

Con la respuesta anterior, se demuestra que los cuidadores necesitan con urgencia un tipo de capacitación que les oriente para atender las necesidades del adulto mayor cuidador al interior de su hogar, ya que se están enfrentando a esta situación sin tener conocimientos, lo que puede influir notablemente en su propia salud. Así mismo, algunos cuidadores afirman la necesidad de adquirir habilidades para llevar a cabo los cuidados que requiere su familiar, porque la falta de destreza a la hora de cuidar afecta tanto la salud de la persona dependiente como de la persona que cuida.

En cambio, el 13% manifestaron contar con capacitación, como los sugieren Cerquera, Matajira y Pabón (2016), “en cada caso la conveniencia de que quienes ejercen estos cuidados tengan formación profesional y/o capacitación continua, lo que les permitiría, entre otras cosas, la obtención de diferentes estrategias de afrontamiento ante las situaciones problemáticas que puedan surgir”.

Este tipo de capacitación la ha adquirido a través de la orientación del personal médico familiar o de quienes atienden sus controles médicos, permitiéndoles despejar dudas, proveyendo nuevas recomendaciones para el manejo del adulto mayor cuidado. Así lo expreso el siguiente cuidador:

- “La ayuda que recibo es por parte de los médicos” (Adulta mayor de 64 años).
Entrevistado #03 de Filandia.

7.3.7. INGRESOS ECONÓMICOS Y CUBRIMIENTO DE NECESIDADES BÁSICAS.

De los entrevistados 41 personas mayores expresaron que sus ingresos cubren sus necesidades básicas, es decir, que cuentan con ingresos que les permite adquirir lo básico como alimentación, salud y servicios. Algunas de las actividades que realizaban antes de adoptar este rol se ven restringidas ya que la persona cuidada requiere de muchos gastos. Por lo tanto, Castro, Solórzano, y Vega. (2009) mencionan que, “contar con una fuente ingresos es necesario dentro de una sociedad que mueve la economía a diario y para que la satisfacción de sus miembros debe ser generada por una actividad que debe ser remunerada. El cuidar se ve más como una

obligación a la que están sometidos familiares y cuidadores y no como una actividad que genera desgaste y que necesita de remuneración económica para la satisfacción de necesidades, no solo de la persona cuidada sino del mismo cuidador”, así como lo menciono uno de los adultos mayores entrevistados:

- ” Si, realizó algunos arreglos de ropa, un hermano me colabora con plata y con eso tratamos de comprar comida.” (Adulta mayor de 69 años). Entrevista # 08 de Quimbaya.

Gran parte de los cuidadores manifestaron que reciben ingresos extras como la pensión de adulto mayor cuidado y subsidios, los cuales les permiten mitigar un poco los gastos y en casos extremos las familias subsisten solamente con estos ingresos económicos, lo cual evidencia una adaptación a los cambios según la economía de estas familias.

Por otro lado 19 personas expresaron que no cuentan con suficientes recursos económicos porque el cuidador ha abandonado su trabajo o las actividades que le generaban ingresos y le permitían atender las necesidades básicas de su núcleo familiar y cubrir los gastos que requiere la persona cuidada, ya que esta genera nuevas necesidades económicas para la familia. Como lo afirma Rogero y García. (2010) el cuidado familiar tiene un impacto a nivel económico negativo, la dependencia da lugar a costes directos, que incluyen cambios en la disponibilidad de recursos directamente atribuibles al cuidado. Son gastos en bienes y servicios adquiridos específicamente para el receptor o sí mismo; por causa del cuidado surgen otro tipo de necesidad: servicios de cuidado o de apoyo al cuidador, adaptación de la vivienda, transferencias monetarias al receptor, pago por ayudas técnicas, etc. Con frecuencia, estos gastos se cubren mediante la venta de patrimonio y el consumo de los ahorros acumulados. La gestión de este

proceso es con frecuencia una fuente de fricción entre los familiares del enfermo y las instituciones. Como lo manifiesto el siguiente adulto mayor cuidador:

- “No, porque necesita estar en control médico y todos los gastos son altos, además no recibo ninguna ayuda económica” (Adulta mayor de 68 años). Entrevistado #03 de Tebaida

7.3.8. ADAPTACIÓN DEL DOMICILIO TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES DEL ADULTO MAYOR CUIDADO.

Solo 35 de los cuidadores manifestaron tener adaptaciones en el domicilio, dependiendo de las necesidades del adulto mayor cuidado, así lo expreso una de las entrevistadas:

- “Si, se han adaptado tubos en los lugares más peligrosos de la casa, igualmente se le compró un caminador” (cuidador de 61 años). Entrevista # 09 de Tebaida.

En otros términos, se presentan variaciones dependiendo de las necesidades del adulto mayor cuidado y con el dinero que cuentan para realizar las adecuaciones estructurales de la vivienda. La falta de ingresos económicos es la causa principal que impide la adaptación de la vivienda del adulto mayor cuidado, lo que genera dificultades para interactuar con el entorno y por tal motivo pérdida de la autonomía de la persona cuidada; esto conlleva a que el cuidador cree sus propias adaptaciones utilizando todo lo que está a su alcance que puedan facilitar el desarrollar sus actividades como cuidador, como lo menciona la siguiente cuidadora:

- “No, porque no tenemos los recursos económicos para mandar a hacer cambios en la casa” (Adulta mayor de 68 años). Entrevistado # 03 de Tebaida

7.3. 9 CONCLUSIÓN

Para concluir se puede decir que existen diferentes determinantes en el estado de salud de los cuidadores adultos mayores dentro del componente micro social que afectan negativamente en el rol de cuidador, de acuerdo a las respuestas de las entrevistas los adultos mayores relataron cómo largas jornadas de cuidado generan agotamiento, cansancio en su día a día, hasta el punto de sentirse exhaustos. Lo que se debe a la poca colaboración de parte del núcleo familiar donde transfieren la responsabilidad a una sola persona y el contacto se hace frecuente, pero por llamada telefónica, más no entran en contacto directo en el contexto en el cual se encuentra el cuidador y la persona cuidada. También cabe destacar que en gran proporción este tipo de cuidado lo desempeñan las mujeres debido a creencias culturales y sociales donde la mujer es signo de protección y cuidado, a pesar de las diferentes apreciaciones los cuidadores se sienten satisfechos con la forma en la cual cuidan, teniendo en cuenta que sus conocimientos son empíricos, otro punto referente a la enfermedad en la cual se encuentra la persona dependiente y por último quien recibe asesoría por parte de un profesional, finalmente se puede decir que esta labor muchos de los cuidadores, la desempeñan en forma de agradecimiento hacia la otra persona, también desde un ámbito emocional en el cual el afecto y amor juegan un papel importante en el cuidado hacia el otro.

En cuanto a la parte social, se puede mencionar que, una gran proporción de adultos mayores no realizan ningún tipo de actividad recreativas o culturales, tampoco participan de una organización, debido a la falta de tiempo, esta condición también determina la disponibilidad para trabajar, pero a pesar de esto cubren las necesidades básicas dentro del hogar, teniendo en cuenta lo anterior el rol que desempeña la persona cuidadora tiene factores determinantes tanto externos como internos.

7.3. 10 RECOMENDACIONES

Con base a los resultados obtenidos en la investigación es de gran importancia mantener la calidad de vida de los adultos mayores cuidadores de otra persona mayor controlando y evitando factores de riesgo y promoviendo un envejecimiento activo, entre ellos se puede encontrar aspectos claves como son:

- Una alimentación sana, este punto es de gran importancia para desarrollar las actividades cotidianas se tener la suficiente energía, proteínas, carbohidratos que nos brinda
- Hacer ejercicio, esta es de vital importancia para mantener un estado físico en el cual se pueda participar de actividades recreativas y deportivas
- Descansar lo suficiente y no extralimitar nuestras capacidades hasta tal punto de no poder realizar debidamente el cuidado
- Interacción y participación social previniendo un aislamiento que puede ser determinante en aspectos emocionales del cuidador

- Organizar debidamente su tiempo para cumplir con todas aquellas labores estimando el tiempo que lleve cada una de ellas.
- Delegar tareas dentro del núcleo familiar o con quienes participen en el cuidado del adulto mayor, porque la responsabilidad no debe sobre caer en una persona sino de toda la red primaria y además que entrene a otros para que puedan reemplazarlo en caso de no estar el cuidador.
- Solicitar ayuda en cualquier momento, si quiere conocer más a fondo cómo puede manejar situaciones que pueden generar algún impacto también conocer el tipo de enfermedad que presenta la persona cuidada para actuar de una manera que no afecte su estado de salud.

RESULTADOS PARA EL OBJETIVO ESPECÍFICO N°3.

- Identificar los aportes de los adultos mayores cuidadores frente a su rol como cuidador en el cuidado de su salud.

7.4. APORTES DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL CUIDADO DE LA SALUD DESDE SU ROL COMO CUIDADORES.

7.4.1. MEJORAMIENTO DEL MÉTODO DEL CUIDADO

En este ítem los 60 entrevistados relataron que, a través del tiempo, han adquirido conocimientos que permiten ejecutar de manera idónea los cuidados hacia el otro adulto mayor que depende de ellos, generando destrezas y habilidades en el manejo de situaciones cotidianas

que para una persona externa puede representar algún tipo de dificultad. Así lo afirma Sánchez (2002) la experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica, es vivir de una manera diferente, modificando las funciones a las que se está acostumbrado, tomando decisiones, asumiendo responsabilidades y realizando tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico, y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona cuidada en las que progresivamente se va adquiriendo habilidades hasta superar muchas veces a los más conocedores. Tal y como lo menciono uno de los adultos mayores:

- “Si, se va mejorando y se le quita el miedo y lo hace más rápido.” (adulto mayor de 79 años). Entrevista # 01 de Tebaida.

Así mismo cabe resaltar que los lazos entre estas dos personas se fortalecen y se genera una empatía; cuando se habla de empatía se hace referencia de las actitudes generadas a partir de una interacción con otra persona, donde permite compartir, relacionarse y reconocerse desde diferentes ámbitos emocionales; esto quiere decir, que de manera subjetiva se genera una reacción de cuidado.

Por otro lado, es importante resaltar que algunos de los adultos mayores cuidadores expresan que a medida que avanza la enfermedad, tienden a tener más problemas en el manejo, además existen personas que generan barreras con sus cuidadores por el hecho de estar perdiendo su independencia.

Uno de los factores negativos más representativos es la sobrecarga del cuidado, donde los entrevistados manifestaron un estado de agotamiento físico, emocional y mental debido las diferentes demandas que genera este rol.

7.4.2. RECOMENDACIONES A LOS NUEVOS CUIDADORES

De los 60 cuidadores entrevistados, 28 adultos mayores recomendaron tener paciencia, 12 de ellos expresaron buscar ayuda, otras 6 personas mayores recomendaron tener mucho amor, 5 de las personas mayores recomiendan organizarse, otro 5 mencionan distraerse y finalmente 4 personas recomiendan tener tiempo para la familia. Como lo expreso una de las personas entrevistadas:

- “Todo es de paciencia y si quieren seguir cuidando lo mejor es que primero cuiden de su salud para así poder seguir con esta labor.” (Adulta mayor de 71 años). Entrevistado #02 de Filandia

Es decir, que si la persona siente que su salud se está alterando desde que asumió este rol, preste atención a esta y no piense solamente en la persona enferma, sino también en su propia salud, para prevenir alteraciones y sobrecargas que conlleven a problemas graves. Cuidarse a sí mismo es el primer paso para las personas que son cuidadoras, ya que hay un alto riesgo de presentar alguna enfermedad durante y en el transcurso, porque está brindando el cuidado de manera constante, por lo que se deben realizar actividades personales que beneficien la salud

física y emocional. De acuerdo con Escudero (2001), es importante que el individuo que cuida se cuide para cuidar mejor y las formas para hacerlo no son negándose a la realidad sino enfrentándola, pidiendo ayuda, hablando con otros, tomando las circunstancias de manera positiva y viendo los problemas o dificultades como oportunidades

Por lo tanto, es preciso pensar en sí mismo y tener una buena salud, para poder ayudar a otra persona; evitar alteraciones y frustraciones ante una situación desfavorable.

7.4.3 TÉCNICAS UTILIZADAS Y RECOMENDADAS PARA MITIGAR LOS MOMENTOS DE ESTRÉS.

Cada uno de los 60 adultos mayores cuidadores entrevistados, expresaron desde su experiencia y conocimiento propio diferentes recomendaciones que pueden ser útiles para otros cuidadores al momento de enfrentar alguna situación difícil como cuidador algunas de ellas son: salir, realizar pausas activas, paciencia, realizar actividades recreativas, orar a Dios, buscar ayuda familiar y médica. Así se evidencia en las siguientes entrevistas en las cuales se recomienda:

- “Dar una vuelta solos y distraerse en el campo.” (Adulto mayor de 69 años) Entrevistado # 10 de Tebaida.
- “tener paciencia y tolerancia para poder retomar” (Adulta mayor de 65 años). Entrevistado #06 de Tebaida

Estas respuestas mostraron que los adultos mayores cuidadores necesitan de espacios para sí mismos, que les brinden privacidad y bienestar, así como realizar otras actividades. Gran parte de los cuidadores entrevistados cuentan haber acudido a algunas técnicas cuando es necesario para manejar o controlar el estrés en caso de que su salud se esté alterando, porque para muchos es difícil adaptarse a la dificultades que se van presentando, también es muy frecuente en casos donde la ayuda familiar es escasa o nula, sin embargo resaltaron que es necesario buscar ayuda profesional para adquirir herramientas las cuales pueden aminorar y

nivelar los efectos causados por este oficio. Silva, Gonzales, Huaman, *et al.* (2017) señalan que “los cuidadores pueden enfrentar estrés inmediato, que en la mayoría de los casos los lleva a un deterioro en sus funciones cognitivas que interfiere en la asistencia y el cuidado adecuado al adulto mayor. Pueden sufrir limitaciones físicas, psicológicas y sociales que impiden la realización de su labor y pueden empeorar su calidad de vida”.

Por lo tanto, el estrés puede estar acompañado por enfermedades y alcanzar a predominar la salud del cuidador, limitando sus funciones y reducir las horas laborales.

7.4.4 NÚMERO DE PERSONAS NECESARIAS PARA CUIDAR

En este rol tan desgastante se requiere de manos extra por las situaciones difíciles que se presentan, en ocasiones los cuidadores experimentan situaciones ignoradas por las personas más cercanas y alteran los comportamientos habituales. Por lo tanto 37 personas expresaron que es necesario tener a dos personas que realicen este tipo de cuidados, 13 individuos creen que son necesarias tres personas para cuidados, 8 de ellas manifestaron que se necesitan cuatro personas para los cuidados, 2 consideran que 1 es suficiente para brindar los cuidados a otro. Castro, Solórzano, Vega. (2009), mencionan que “si se habla del apoyo que debería recibir el cuidador; no es frecuente que se nombre la familia como principal proveedora de soporte, pues lo que se esperaría recibir por parte de la familia es ayuda de tipo económico, social, de liberación de cargas y en general de todo lo que el cuidador necesita para poder cuidarse a sí mismo”. Según lo que nombraron algunas de las personas entrevistadas, se necesita de varias personas para distribuirlos por horarios o por actividades. Por lo tanto, no queda menor duda que si la

ayuda es recibida por un familiar la carga se aliviana porque se trata de personas de confianza. Así como lo expreso uno de los adultos mayores:

- “2 personas, una en la mañana y otra en la noche.” (Adulto mayor de 67 años).
Entrevistado # 01 de Quimbaya.

Castro, Solórzano, Vega, (2009) comentan que es claro que aspectos como la inclusión social no solo se logran a partir del apoyo familiar, pero este si es la base que da fuerza y empeño para creer que esto es posible, la ayuda de instituciones que brinden oportunidades es tan importante como el contar con una familia dedicada que cree y que apoya sin importar las circunstancias. Tal y como lo mencionaron los autores anteriores la ayuda también puede ser profesional o por parte de una institución, pero no es comparable como en la calidez del hogar.

7.4.5 BÚSQUEDA DE AYUDA Y RECOMENDACIONES CUANDO SE PRESENTAN ALTERACIONES DE SALUD EN EL CUIDADOR

Los 60 adultos mayores cuidadores expresaron que si buscaran ayuda en caso de necesitarla, igualmente recomiendan hacerlo en caso de que su salud se esté alterando. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que “la dependencia es la limitación en la actividad para realizar algunas actividades claves y que requiere una ayuda humana que no se necesitaría de forma acostumbrada para un adulto sano” (WHO, 2002a). Una de las personas entrevistadas mencionó que:

- “Si es muy necesario sí, porque es importante saber que si no lo puedo hacer todo sola es porque no somos perfectos y requerimos a veces de ayuda.”(adulto mayor de 63 años) Entrevistado # 04 de Quimbaya.

De esta manera si es necesaria la ayuda y más por la realización de este rol, por ser un trabajo de mucha paciencia, amor y fuerza, aunque es importante mencionar que algunas personas entrevistadas manifestaron que sólo buscarían ayuda cuando sea extremadamente necesario.

Por otro lado, la edad y los esfuerzos realizados van generando cambios en la salud considerablemente, por lo tanto, el cuidado cotidiano es necesario para poder continuar realizando las actividades que son fundamentales, por ello siempre se debe tener en cuenta la posibilidad de pedir ayuda tal y como lo menciono uno de los adultos mayores:

- “Si, porque cuando es solo es más complicado.” (Adulto mayor de 60 años).
Entrevista # 08 de Tebaida.

De acuerdo con De la Cuesta-Benjumea, (2009) y Shieh, Tung, Liang, (2012). “recientes estudios abordan la importancia que tienen para los cuidadores disponer de servicios de apoyo y concretan en qué situaciones buscan servicios de ayuda y, además muestran el papel activo de los cuidadores para lograr su descanso.” Además, la ayuda no solo puede ser física, sino que también puede ser emocional, ayudándole a afrontar las necesidades que requiere.

7.4.6. LÍMITES DENTRO DEL CUIDADO

Con los resultados obtenidos, 43 cuidadores entrevistados no recomendaron poner límites en el cuidado, ya que muchos están comprometidos con esta labor o no quieren permitir que otras personas se hagan cargo de su familiar por múltiples factores, como desconfianzas o simplemente piensan que no los van a cuidar de forma adecuada, lo que puede traer conflictos entre la misma familia, como lo expuso una de las personas entrevistadas:

- “No, porque uno está comprometido a cuidarla bien” (Adulta mayor de 63 años).
Entrevistado # 04 de Tebaida.

En este caso puede ser interpretado como una situación de apego. Torralba y Roselló (2005) menciona que no siempre cuidamos como querríamos a nuestros enfermos, porque existen límites de carácter infraestructural, organizativo, de recursos humanos y de disponibilidades personales. Por otro lado, el cuidador se abstiene de poner límites porque pueden pensar que la solución es la percepción compartida de las experiencias.

Por otra parte, 17 entrevistados consideraron que, si es necesario poner límites en el cuidado para no alterar el estado de salud o cuando este se esté presentando, reducir el riesgo de complicaciones ayudando de esta forma al cuidador, para que dedique tiempo para sí mismo, dando la sensación de alivio volviendo a la persona más autónoma, motivados y alegres. Tal como lo afirma Cárdenas (2014), es importante poner límites a la tarea de cuidador, es decir, no exigirse demasiado, y tener momentos de relajación, al igual que tratar de reincorporarse a la vida social mediante repartir las obligaciones a los demás miembros de la familia, organizar el tiempo para poder realizar labores que puedan dejar ingresos económicos, recuperar amigos,

tratar de hablar de cosas que no sean sobre el enfermo, buscar grupos de autoayuda donde se comparta la misma experiencia, buscar algún tipo de ejercicio, técnica de relajación o curso de yoga, para con esto evitar el colapso. Así se evidencio en la siguiente entrevista:

- “Si, tengo pensado dejarle esta labor a alguno de mis hijos porque yo quiero descansar y disfrutar de lo mucha o poca vida que me queda” (Adulta mayor de 71 años).

Entrevistado # 02 de Filandia.

7.4.7 RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE FUTURAS SECUELAS EN LA SALUD DEL CUIDADOR

De acuerdo al análisis de las entrevistas todo cuidador, debe mantener condiciones de vida que permitan un bienestar individual y social, para llevar a cabo esto, se debe implementar estrategias que permitan desarrollar un autocuidado para esto es pertinente saber la importante y conocer la definición de prevención: siendo esta aquellas “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, como la reducción de factores de riesgo, sino también detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998), además adoptar conductas que mejoren la calidad de vida. Teniendo en cuenta la definición de la OMS, la calidad de vida se comprende como la percepción que una persona tiene de su situación de vida en relación con su contexto, sus objetivos, aspiraciones y preocupaciones, entrando a marcar una gran importancia la parte subjetiva de todo cuidador. En este caso es pertinente conocer algunas recomendaciones brindadas por los cuidadores para manejar futuras consecuencias en el

estado de salud cuando desempeñen este tipo de rol, así lo expresaron los siguientes adultos mayores:

- “Recomendaría realizar actividades lúdicas, recreativas, culturales y sociales, además una alimentación balanceada” (Adulto mayor de 69 años). Entrevistado # de Armenia.
- “Tomarán como consejo dedicar un espacio si mismo realizar actividades fuera de la monotonía del cuidado, en pocas palabras cambiar de ambiente, salir y distraerse” (Adulto mayor de 70 años). Entrevistado #08 de Circasia.
- “Yo recomendaría buscar ayuda de la familia o de alguien más para que no le toque hacer tantas cosas al mismo tiempo para que pueda descansar, salir y se distraerse, que piense en su vida que también es muy importante” (Adulto mayor de 69 años)
Entrevista # 06 de Calarcá

Teniendo en cuenta la prevalencia en las respuestas, es pertinente descansar y dedicar tiempo para cuidar de sí mismo tomando conciencia de las dificultades externas e internas que se presentan durante el desarrollo de este rol, otro aporte fue participar a nivel social, lo que es de gran importancia, porque permite al adulto mayor cuidador interactuar en otro tipo de entorno encontrando ese apoyo emocional que en ocasiones puede desarrollar otro tipo de problemas en el estado de salud, Según Dorothea (1969) “el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular

los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar” es pertinente implementar estilos de vida saludable, como reiteran los entrevistados no solo es salir, sino también alimentarse bien, hacer ejercicio, Dormir bien y tener tiempo de descanso e ir al médico; son aspectos Determinantes en el estado de salud.

7.4.8. CONCLUSIÓN

El análisis expuesto indico las variables pronosticadas a los 60 adultos mayores cuidadores sobre su estado de salud; para el desarrollo de estas preguntas, se tomó en cuenta en primer lugar diferentes recomendaciones que han adquirido durante un prolongado tiempo de cuidado, formando una experiencia empírica que permite manejar adecuadamente los cuidados. Por otra parte relataron cómo algunas enfermedades dificultan el manejo, a medida que avanzan debido a la pérdida de la autonomía, algunas de las recomendaciones que se sugieren es buscar ayuda en el momento necesario para no manifestar sobrecarga, también tener paciencia y hacer las cosas con amor, organizar las actividades diarias para así generar espacios para interactuar con los demás, también para efectuar este tipo de cuidado gran proporción de los adultos mayores refirieron que debería de ser ejecutado por 2 personas delegando funciones de manera adecuada, para que a cada cuidador se le genere espacio para sus necesidades básicas.

Debido al creciente envejecimiento poblacional y la extensión de la vida hasta edades muy avanzadas, con la consiguiente asociación de disminución de funciones, comorbilidad y discapacidad, deben prevalecer las llamadas opciones de funcionamiento diurno y diversificarse en tan variadas tipologías como situaciones. Es necesario incrementar las ayudas técnicas para el hogar, que contribuyan a conservar las reservas funcionales de gerontes y facilitar su cuidado

para que su validismo permita a la familia continuar con su función social libre de preocupaciones por los riesgos de los ancianos a cuidar. Debe, además, desarrollarse en el país propuestas de intervención para el apoyo al cuidador

Generalmente los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero se puede dar situaciones en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

Dorothea (1969), usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado.

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada, capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado en otros. La agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños, otros pueden tenerla desarrollada que no funciona, por ejemplo, cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda, aunque la persona sepa que la necesita.

7.4.9 RECOMENDACIONES

En primer lugar, es pertinente que se reciba asesoría de un profesional o de alguien que tenga experiencia en el rol de cuidado, brindando estrategias para el desarrollo adecuado de este.


En segundo lugar, para quienes inician este proceso de cuidar a otra persona, se debe de conocer la situación y condición de su estado de salud y así generar alternativas eficientes para mantener el bienestar, así mismo adaptar los espacios para que la movilidad de la persona sea mucho más fácil.

En tercer lugar, este cuidado debe ser ejecutado por dos personas o más, para que no se presente a futuro sobrecarga y agotamiento en el cuidador, no obstante, para aquellos cuidadores individuales lo mejor es organizar y determinar el tiempo para ejecutar cada tarea permitiendo así un espacio para su autocuidado.

Por último, se debe tratar de conservar un bueno estilo de vida, ya que este puede ser un determinante positivo en el estado de salud, además de prevenir futuras enfermedades. También es pertinente asistir frecuentemente al médico y buscar ayuda cuando se presenten situaciones estresantes difíciles de manejar. Así mismo, buscar asesorías ya que es importante que quien cuide tenga conocimientos de la enfermedad que padece su familiar permitiéndole así anticiparse a las complejidades.

8. ANEXOS

8.1. ENTREVISTA

	UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA ARMENIA 2020	
TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:		
AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES EN LOS MUNICIPIOS DE (FILANDIA, QUIMBAYA, CIRCASIA, TEBAIDA, CALARCÁ Y ARMENIA) DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 2020.		

Nombre y apellidos del entrevistador a:

Fecha de la entrevista:

Municipio:

OBJETIVO ESPECIFICO No. 1

Caracterizar los componentes sociodemográficos de los adultos mayores como cuidadores de personas mayores.

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad del cuidador:

Enfermedades del cuidador:

Edad del adulto mayor cuidado:

Enfermedades del adulto mayor cuidado:

Género: M..... F.....

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Viudo(a) U.

Libre.

Escolaridad: P. completa..... p. Incompleta S. Completa..... S. Incompleta.....

T. Completo..... T. Incompleto..... U. Completa.....

Vivienda: Estrato.... Urbana.... Rural.... Propia.... Alquilada... ..

Relación de parentesco con la persona que cuida:....

Vive con la persona que cuida. SI NO

Tiempo que lleva dedicando al cuidado de su familiar:

OBJETIVO ESPECIFICO No. 2

Identificar la situación social de los adultos mayores cuidadores en los componentes micro social / macro social como factor protector de la salud.

II. SITUACION MICRO SOCIAL (Familiar)

- ¿Cómo observa su estado de salud desde que es cuidador?
- ¿Tiene los conocimientos necesarios para prestar los cuidados que requiere su familiar?
- ¿Su familiar depende únicamente de usted?
- ¿Su familiar está de acuerdo que usted lo cuide?
- ¿Se siente a gusto con el rol que desempeña?
- ¿Recibe usted ayuda de otro integrante de la familia para cuidar a su familiar?

- ¿Los cuidados que brinda a su familiar los realiza de manera obligatoria?
- ¿Piensa que la relación con su entorno social se ha visto afectada negativamente por cuidar a su familiar?
- ¿Es usted comprendida por el resto de su familia por ser cuidador?
- ¿Desde su punto de vista considera que la ayuda que usted le brinda a su familiar es suficiente?
- ¿Considera que la ayuda que usted le brinda a su familiar ha tenido efectos positivos en usted y el enfermo?

II. SITUACION MACRO SOCIAL:

- ¿Con cuantas personas vive?
- ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc?
- ¿A tenido que dejar alguna actividad importante debido a su rol como cuidador?
- ¿Con que frecuencia tiene contacto con su familia (fuera de los que convive), amigos y vecinos?
- ¿Pertenece a algún grupo organizado de adultos mayores?
- ¿Recibe ayuda o capacitación en cuidados por parte de alguna entidad pública o privada?
- ¿Sus ingresos económicos le permiten cubrir las necesidades básicas, tales como comer, atender la salud, contar con una vivienda con un mínimo de comodidad, vestirse, trasladarse y acceder a actividades de esparcimiento o distracción?

- ¿Cómo es el domicilio donde vive, está adaptado a todas las necesidades de la persona cuidada y de la familiar?

OBJETIVO ESPECIFICO No. 3

Identificar los aportes de los adultos mayores cuidadores frente a su rol de cuidador en el cuidado de su salud.

Preguntas

- ¿En el tiempo que lleva realizando este trabajo ha logrado mejorar su método de cuidado, y le han permitido hacer menos complicado la ejecución de estos?
- ¿Qué recomienda a aquellas personas que tienen poco tiempo como cuidadores?
- ¿Qué técnicas realiza y recomienda en momentos de estrés para sentirse mejor?
- ¿Cuántas personas recomienda que realicen este tipo de cuidados?
- ¿Buscaría y recomienda buscar ayuda en caso de no poder realizar alguna labor del cuidado y que esté generando alteraciones en la salud?
- ¿Recomienda poner límites en el cuidado para tener bienestar?
- ¿Recomienda realizando alguna acción para prevenir futuras secuelas en su salud?

Observaciones:

8. 2 COMPONENTE ÉTICO Y BIOÉTICO

Explique cómo su proyecto es técnica y éticamente correcto:

Esta investigación cumplió con el proceso investigativo y el secreto profesional de la información acorde a los objetivos del estudio y las preguntas problema, teniendo en cuenta la autopercepción de cada adulto mayor que realiza el rol de cuidador.

Por esta razón, no se puede ignorar que la investigación se basó, en un proceso de comunicación entre investigador e investigado, como un diálogo que tomo diferentes formas.

Para lograr que esta investigación fuera confiable y arrojara los presentes resultados, se recopiló la información, el análisis verbal y no verbal y la comunicación que se desarrolló durante la entrevista con las personas que fueron parte del estudio. Para lograr esto se seleccionaron dos criterios que sirvieron como estándares en nuestra investigación la viabilidad y la confiabilidad, esto quiere decir:

- **Desde el investigador**

Para alcanzar la credibilidad de nuestro estudio, el investigador debe analizar minuciosamente diferentes aspectos desde el momento que inicie la entrevista de esta manera que pueda actuar a sucesos que se manifiesten durante el estudio, ser flexible con la persona entrevistada y así mismo examinar la información recolectada permitiendo reconocer algunos datos en particular.

- **Desde la metodología**

La coherencia entre las preguntas realizadas, para esta se llevó a cabo una prueba piloto que nos permitió identificar, si las personas objetos de estudio entienden la pregunta, a partir de los resultados obtenidos, además se aplicó la entrevista a la población que fue parte de la muestra.

- **Desde la muestra**

Para esto el muestreo que seleccionamos son las personas que cumplieran con los criterios expuestos anteriormente y que no generen otro direccionamiento en el estudio, lo cual permitió una optimización de calidad en la información.

¿Cómo se protegió la integridad y la seguridad de los investigadores, demás vivientes directamente involucrados en los procesos y procedimientos de investigación, y el entorno social y ambiental? ¿Se conocieron, se manejaron y aplicaron las normas relacionadas con dicha integridad y seguridad?

La Bioética se encarga, principalmente de una función, observar las acciones éticas, pero además las jurídicas y sociales de los hallazgos científicos y los estudios biotecnológicos para plantear pautas adecuadas a su régimen. Para ello, se requiere del Derecho al momento de emplear y dar certeza a las decisiones aspiradas desde el inicio de esta nueva disciplina, ambos la Bioética y el Derecho van unidos por sentidos de palabra tan cruciales como el consentimiento informado y los derechos de las personas.

A continuación, se socializan algunas de las consideraciones que se tuvieron en cuenta en este trabajo de investigación para proteger la integralidad y la seguridad de las personas directamente involucradas en el proceso de estudio, teniendo en cuenta aspectos socio ambientales, por esta razón se tuvieron en cuenta las siguientes apreciaciones bioéticas:

- **Resolución número 8430 DE 1993 octubre 4.**

Las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud

TITULO II. DE LA INVESTIGACION EN SERES HUMANOS.

ARTICULO 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar

- **Política de protección de datos. Ley 1581 de 2012.** Esta ley busca proteger los datos personales registrados en cualquier base de datos que permite realizar operaciones, tales como la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión (en adelante tratamiento) por parte de entidades de naturaleza pública y privada. Será fundamental en la recolección de evidencias de las actividades, por ejemplo, el registro de asistencia.
- **Consentimiento informado.** En el cual con sus tres principios éticos (respeto por las personas, autonomía y justicia) anticiparía el principio de la justificación moral; cuando el consentimiento se postuló como aplicación del principio de respeto por las personas, con los tres elementos ya señalados de información, capacidad-comprensión y

voluntariedad (Tealdi, 2008: 214). así mismo, será explicado de manera clara toda la investigación y todo lo que ella abarca para el desarrollo del estudio, el participante debe conocer a profundidad y aceptar o no su participación, conociendo la posibilidad de tomar la decisión de llevarla a cabo o no en algún momento y así permitirle al sujeto de estudio determinar el momento indicado para detenerse o continuar con el proceso.

Por lo tanto, en la presente investigación se utilizaron las normas, destacando que se no presentaron riesgos que colocaron en peligro la vida de las investigadoras, ni de los adultos mayores. Sin embargo, con la cuestión del COVID-19, se aplicaron las entrevistas vías llamadas, WhastApp, etc.

Mencionar y precisar qué impactos negativos (efectos adversos, efectos secundarios, etc.) tuvo el proyecto y cómo se minimizaron

Este estudio puede generar en los participantes efectos adversos al tratarse de un tema de autopercepción, dentro de él se pueden tocar aspectos emocionales, de vivencia cotidiana, de sentimientos subjetivos que se manifiestan en el proceso que desarrolla la persona de cuidado así otro adulto mayor, es probable que algunos participantes puedan generar reacciones. Sin embargo, durante el desarrollo de la investigación, no se presentaron este tipo de inconvenientes, ya que las personas entrevistadas fueron muy amables, dispuestas, respetuosas y concretas. En el caso de que esto se hubiera presentado, debíamos actuar de forma prudente respetando la decisión de suspender o retomar la entrevista teniendo en cuenta como se encuentre la persona, pero afortunadamente no se no se presentaron este tipo de situaciones.

¿Cómo se custodio la información sensible?

La información recopilada en la investigación es de carácter privado, con el fin de proteger los datos obtenidos por las personas objetos de estudio, así mismo la persona determino qué información podría ser publica o no. Teniendo en cuenta lo anterior es pertinente definir los siguientes componentes que fueron utilizados en el proceso como son: la privacidad, la confidencialidad y anonimato.

- **Privacidad:** potestad de la persona para decidir sobre el acceso a su persona o a su información.
- **Confidencialidad:** manejo de la información que provee una persona con la expectativa o acuerdo de que su identidad o información personal no será divulgada.
- **Anonimato:** la identidad de la persona no se puede establecer directa ni indirectamente.

Con relación a lo anteriormente mencionado estos son los principales aspectos que se tuvieron en cuenta para el manejo de información sensible, estableciéndose ante todo la privacidad de datos o de información que los participantes desearon que fuera publicada.

¿Explique los conflictos de interés que puedan comprometer la confiabilidad del trabajo en propuestas de investigación, publicaciones y comunicaciones públicas?

Durante el desarrollo del estudio se pueden manifestar posibles conflictos de interés con los adultos mayores cuidadores durante el intercambio de palabras en la entrevista, por sucesos o

eventos que pueden ser determinantes en su salud generando así una posible discusión de la situación por la cual está pasando, esto puede llevar a cabo una apreciación peyorativa entre los intereses de reconocimiento y apoyo familiar que desea el cuidador. Sin embargo, durante el desarrollo de la investigación no se presentaron este tipo de conflictos, ya que las personas entrevistadas fueron muy respetuosas y receptivas.

En caso de que se hubieran presentado conflictos, se debe comprender los intereses primarios y secundarios, esto quiere decir que existe una necesidad de brindar el acompañamiento y cuidado, pero esto puede entrar en desacuerdo por las decisiones que son tomadas por el cuidador. Por otra parte existen los conflictos económicos en donde la persona desea ser reconocida, mediante algún tipo de remuneración o espera que sus familiares brinden un apoyo en el proceso del cuidado del adulto mayor, como esta entrevista trato aspectos subjetivos, cabe resaltar que esto puede ser un punto de discusión entre el entrevistador y el entrevistado, generando un evento estresante el cual el entrevistador tendrá que manejar profesionalmente para que no influya negativamente en la investigación, pero afortunadamente no se nos presentó este tipo de situaciones, por lo que las entrevistas fluyeron de una manera adecuada, en base al respeto de la opinión y experiencia del entrevistado.

Por otra parte, también se tuvo en cuenta la disposición en la que se encontraba el sujeto de estudio, puesto que la persona podía presentar múltiples factores de incomodidad o malestar que podría ser motivo para que ocultara información valiosa. Así mismo la persona en el transcurso de la entrevista podía tomar la decisión de no continuar, aunque afortunadamente estas situaciones no se presentaron, por el contrario, fueron entrevistas muy amenas, girando en torno a cierta confianza.

8.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD DEL QUINDIO



FACULTAD CIENCIAS DE LASALUD

PROGRAMA DE GERONTOLOGIA

AR MENIA

2020

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento de consentimiento informado, tiene como propósito hacerlo participe a usted de la investigación titulada: **AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES EN LOS MUNICIPIOS DE (FILANDIA, QUIMBAYA, CIRCASIA, ARMENIA, TEBAIDA Y CALARCA) DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO 2020**, de las autoras: Diana Carolina Hidalgo P, Natalia Tovar M, Leidi Patricia Ijaji P; Estudiantes de noveno semestre del programa de Gerontología, adscrito a la facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad del Quindío. La investigación tiene como objetivo general; Describir la autopercepción de la Salud, en Adultos Mayores cuidadores de personas mayores en los municipios de (Filandía, Quimbaya, Circasia, Tebaida, Calarcá y

Armenia) del Departamento del Quindío 2020.

En función de lo anterior es muy importante su participación, puesto que la temática a abordarse está directamente relacionada con la autopercepción que tiene frente a su salud como adulto mayor, cuidador de personas mayores.

Por lo tanto, los autores solicitan a usted de manera respetuosa su consentimiento informado con el fin de fortalecer el proceso investigativo y así dar crecimiento teórico a la investigación. Es de suma importancia, dejar claridad que el fin de la información que se recopile, en el marco de la investigación, será exclusivamente con propósitos académicos; de igual forma, la información tendrá un uso confidencial donde no se divulgaran nombres ni lugares específicos como está estipulado en esta investigación

Es de resaltar que, si tiene alguna duda sobre la investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en ella. Igualmente si presenta alguna inconformidad usted tiene el derecho de manifestárselo a los investigadores.

El grupo investigador agradece su participación.

Yo _____ Identificado con cedula de
ciudadanía _____ de _____

Acepto la participación voluntaria en la investigación _____

La cual es dirigida por: _____ estudiantes del programa de Gerontología, adscrito a la facultas de Ciencias de la Salud, de la Universidad del Quindío.

Acepto que he sido informado que el objetivo general de esta investigación es:

Describir la autopercepción de la Salud, en Adultos Mayores cuidadores de

Personas mayores en los municipios de (Filandia, Quimbaya, Circasia, Armenia, Tebaida

Y Calarcá) Del Departamento Del Quindío 2020.

También reconozco que la información que yo provea, en el trascurso de esta investigación, es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro fin fuera de los de esta investigación sin mi consentimiento. Igualmente he sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que una copia de este consentimiento me será entregado, y que puedo solicitar información sobre los resultados obtenidos cuando la investigación haya concluido

Firma: _____

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

8.5 AVAL DE BIOETICA



UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO
 FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
 COMITÉ DE BIOETICA E INVESTIGACION DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
 CONCEPTO BIOETICO

ACTA N° 19 agosto 21 de 2020 COMITÉ DE BIOETICA DE INVESTIGACION
 (Resolución 0600 del 29 de octubre de 2001)

FECHA: agosto 25 de 2020

NOMBRE DEL PROYECTO: Autopercepción de la salud, en adultos mayores cuidadores de personas mayores en los municipios de Filandia, Quimbaya, Circasia, tebaida, Calarcá y Armenia, del departamento del Quindío 2020.

INVESTIGADOR: Diana Carolina Hidalgo
 Natalia Tovar Marín
 Leidy Patricia Ijaji

ASESORA: Lilia Inés López Cardozo

Se certifica que las investigadoras dieron respuesta satisfactoria a todos los ítems durante la sesión y que por lo tanto se considera **APROBADO** el mencionado proyecto por parte del Comité de Bioética de Investigaciones

DIANA MARCELA CURTIDOR GUTIERREZ MD, Msc
 Presidente Comité De Bioética de Investigaciones Facultad De Ciencias De La Salud
 Creado mediante Resolución 0600 del 29 de octubre de 2001
 Universidad del Quindío

8.6 MATRICES

UNIVERSIDAD DEL QUINDÍO

CIENCIAS DE LA SALUD

GERONTOLOGÍA

ANEXOS: MATRIZ N° 1

MATRIZ DE DATOS PARA TENER UN SOLO PLANO DE RESPUESTAS POR ENTREVISTADO PARA LA CATEGORÍA DE LA: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES

Número de entrevistas	OBJETIVO N° 2										
	Identificar la situación social de los adultos mayores cuidadores en los componentes micro social / macro social como factor protector de la salud.										
	PREGUNTAS MODERADORAS Y SUS RESPECTIVAS TRANSCRIPCIONES DE RESPUESTA										
	¿Cómo observa	¿Tiene	¿Su	¿Su	¿Se	¿Reci	¿Los	¿Pien	¿Es	¿Des	¿Considera que la

<p style="text-align: center;">SITUACIÓN MICRO SOCIAL (FAMILIAR)</p>	<p>su estado de salud desde que es cuidador?</p>	<p>los conocimientos necesarios para prestar los cuidados que requiere su familiar?</p>	<p>familiar depende únicamente de usted?</p>	<p>familiar está de acuerdo que usted lo cuide?</p>	<p>siente a gusto con el rol que desempeña?</p>	<p>¿usted ayuda de otro integrante de la familia u otra persona para cuidar a su familiar?</p>	<p>¿cuidado que brinda a su familiar los realiza de manera obligatoria?</p>	<p>¿cómo es la relación con su entorno social se ha visto afectada negativamente o ha abandonado sus metas personales por cuidar a su familiar?</p>	<p>¿usted comprende por el resto de su familia por ser cuidador?</p>	<p>¿de su punto de vista considera que la ayuda que usted le brinda a su familiar ha tenido efectos positivos en usted y el enfermo?</p>
---	--	---	--	---	---	--	---	---	--	--

de las categorías											
Entrevista N° 8											
Identificación de las categorías											
Entrevista N° 9											
Identificación de las categorías											
Entrevista N° 10											
Identificación de las categorías											
	¿Con cuántas	¿Realiz	¿Ha	¿Co	¿Pert	¿Reci	¿Sus	¿cómo es el			

<p>SITUACIÓN</p> <p>MACRO</p> <p>SOCIAL</p>	<p>personas vive?</p>	<p>a algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc?</p>	<p>tenido que dejar alguna actividad importante debido a su rol como cuidador?</p>	<p>n qué frecuencia tiene contacto con su familia (fuera de los que convive), amigos y vecinos?</p>	<p>enece a algún grupo organizado de adultos mayores; asiste a este con normalidad?</p>	<p>be ayuda o capacitación en cuidados por parte de alguna entidad pública o privada?</p>	<p>ingresos económicos le permite cubrir las necesidades básicas, tales como comer, atender la salud, contar con una vivienda con</p>	<p>domicilio donde vive, está adaptado a todas las necesidades de la persona cuidada y de la familia</p>			
--	-----------------------	---	--	---	---	---	---	--	--	--	--

							un mínimo de comodi dad, vestirse, traslada rse y acceder a activida des de esparci miento o distracc ión?				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MATRIZ N° 2

MATRIZ DE DATOS PARA TENER UN SOLO PLANO DE RESPUESTAS POR ENTREVISTADO PARA LA CATEGORÍA DE LA: AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD EN ADULTOS MAYORES CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES

Numero de entrevistas	OBETIVO N°3						
	IDENTIFICAR LOS APORTES DE LOS ADULTOS MAYORES CUIDADORES FRENTE A SU ROL DE CUIDADOR EN EL CUIDADO DE SU SALUD.						
	PREGUNTAS MODERADORAS Y SUS RESPECTIVAS TRANSCRIPCIONES DE RESPUESTA						
	¿En el tiempo que lleva realizando este trabajo ha logrado mejorar su método de cuidado, y le ha permitido hacer	¿Qué recomienda a aquellas personas que tienen poco tiempo como cuidadores?	¿Qué técnicas realiza y recomienda en momentos de estrés para sentirse mejor?	¿Cuántas personas recomienda que realicen este tipo de cuidados?	¿Buscaría y recomienda buscar ayuda en caso de no poder realizar alguna labor del cuidado y que esté generando alteraciones en la salud?	Recomi enda poner límites en el cuidado para tener bienestar?	¿Qué acciones recomie nda realizar para prevenir futuras secuelas en su salud?

	menos complicado la ejecución de estos?				¿Por qué?		
Entrevi sta No 1							
Identific ación de las categorías							
Entrevi sta No 2							
Identific ación de las categorías							
Entrevi sta No 3							
Identific ación de las categorías							
Entrevi sta No 4							

Identificación de las categorías							
Entrevista No 5							
Identificación de las categorías							
Entrevista No 6							
Identificación de las categorías							
Entrevista No 7							
Identificación de las categorías							
Entrevista No 8							

Identificación de las categorías							
Entrevista No 9							
Identificación de las categorías							
Entrevista No 10							
Identificación de las categorías							

9.REFERENCIAS DE APOYO

- 1.A, Canga. C, G, Vivar. C, Naval. (2011) Dependencia y familia cuidadora: Reflexiones para un abordaje familiar. *Scielo*.34(3), 463-469. Recuperado el día 24 de Mayo del 2020 en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000300012

- 2.A, Pérez. (2006) El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. Universidad de Salamanca, España. Recuperado el día 26 de noviembre del 2020 en: <http://www.laalamedilla.org/Investigacion/CD%20Tesis/Tesis%20Anibal/tesina%20cuidadores06.pdf>

- 3.Fernández (2007). Sobrecarga del cuidador inmigrante o profesional formal en Barcelona (tesis de posgrado). Universidad Internacional de Catalunya, Barcelona. Recuperado el día 5 de noviembre del 2020 en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/9333/tesisDrAlbertGallart.pdf>.

- 4.Achury, D. *et al.* (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. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145221282007.pdf>

5. Achury; Castaño; Gómez; Guevara. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. Recuperado del día 14 de Marzo del 2020 en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1632/1053>
6. Alegretti, M. (2016). Epidemiología conceptos generales. Curso de formación de vacunadores. Montevideo. Recuperado el día 11 de Junio del 2020 en: <http://www.chlaep.org.uy/pdf/introduccion-a-la-epidemiologia-2016.pdf>
7. Álvarez, K., Peluffo, T. y Peroza, Y. (2018). Apoyo social que reciben los cuidadores familiares principales con niños con cáncer en dos instituciones de salud de la ciudad de Cartagena (tesis de pregrado). Universidad de Cartagena, Colombia. Recuperado el día 14 de Mayo del 2020 en: <http://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/7004/INFORME%20FINANCIAL%20APOYO%20SOCIAL%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Angulo, A. Ramírez, A. (2016) Relación entre calidad de vida en salud y la carga física en cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 6(1), 20-26. Recuperado el día 26 de Mayo del 2020 en: https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/rc_salud_ocupa/article/view/4887/4172

9. Aragón, A. (S.F) Manual de emociones y sentimientos – Bienestar. Recuperado el día 13 de Junio del 2020 en: <https://manual-de-emociones-y-sentimientos.com/bienestar.php>
10. Ávila, J., Vergara, M. (2014). Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. *Aquichan*, 14(3), 417-429. Recuperado el día 18 de Noviembre del 2020 en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2967>
11. Flores, C., Mendo, L. (2016). Percepción de autocuidado en el adulto mayor durante el proceso de envejecimiento que acude al centro de salud “pueblo nuevo” (tesis de pregrado). Universidad Señor de Sipán, Ferreñafe. Recuperado de: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/3049/MENDOFLORES.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
12. Banchemo, S. y Mihoff, M. (2017) Personas mayores cuidadoras: sobrecarga y dimensión afectiva. *Scielo Uruguay* 7(1), 7-35. Recuperado el día 26 de Mayo del 2020 en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262017000100007
13. Bello, J, (2014). “sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades crónico degenerativas. Instituto mexicano del seguro social, Xalapa; Veracruz

Recuperado el día 18 de noviembre del 2020 en:

<https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-gabriela.pdf>

14. Bezanilla, J. Miranda, M. (2014). La familia como grupo social: una reconceptualización. *Alternativas en psicología*, (29). Recuperado el día 23 de Mayo del 2020 en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v17n29/n29a05.pdf>

15. Borda, J., Monsalve, M., Guayacán, V. y Arévalo, A. (2016). Disminución de sobrecarga en cuidadores de adultos mayores asistentes a Centro Día (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Javeriana, Cundinamarca. Recuperado el día 13 de Mayo del 2020 en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/21357/BordaGonzalezJuanita2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

16. Carrión, T. (2015). Intervención socioeducativa 2.0 y su efecto en la Promoción de la Salud y la Calidad de Vida de las personas cuidadoras familiares de mayores y dependientes (tesis de posgrado). Universidad de Málaga. Recuperado el día 18 de noviembre del 2020 en: https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/18553/TD_CARRION_ROBLAS_Trinidad.pdf?sequence=1&isAllowed=y

17. Calderón, S. Cardona, J. Ramos, D. y Fonseca, A. (2016). Percepción de cuidadores informales frente a la experiencia de cuidado de una persona adulta en cuidado

paliativo con patología oncológica, asistentes al Centro Javeriano de Oncología (CJO), durante el periodo de junio y julio (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C. Recuperado el día 26 de Mayo del 2020 en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/21096/CalderonRochaStephany2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

18.Camacho. (2003). Sobre el síndrome de burnout o de estar quemado. Recuperado el día 18 de abril del 2020 en: <https://www.fundacionforo.com/uploads/pdfs/archivo16.pdf>

19.Canga. A, (2001). Experiencias de las familias cuidadoras en la transición a la dependencia de un familiar anciano (tesis doctoral). Universidad de Navarra, Pamplona. Recuperado el día 18 de noviembre del 2020 en: <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/22071/1/Tesis%20doctoral%20Ana%20D.%20Canga%20Armayor.pdf>

20.Cárdenas, E. (2014). Estrés Percibido en Cuidadores Primarios de Personas que Presentan Autismo (tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México. Recuperado el día 19 de noviembre del 2020 en: <http://eprints.uanl.mx/4330/1/1080259388.pdf>

21. Carretero; Garcés; Ródenas. (S.F). La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial. Recuperado el día 18 de abril del 2020 en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
22. Castro, R., Solórzano, H. y Vega, E. (2009). Necesidades de cuidado que tienen los cuidadores de personas en situación de discapacidad, por parte de su familia en la localidad de Fontibón: Bogotá D.C. (tesis de pregrado). Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado el día 18 no noviembre del 2020 en: <https://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis19.pdf>
23. Cenobio, F. Guaderrama, J. Medrano, G. Mendoza, K. y Gonzáles, D. (2019). Una introducción al enfoque del curso de vida y su uso en la investigación pediátrica: principales conceptos y principios metodológicos. *Bol Med Hosp Infant Mex.* (76), 203-209. Recuperado el día de 25 de Mayo del 2020 en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2019/hi195a.pdf>
24. Centro Interamericano de Estudio de Seguridad Social (1995). Adulto mayor en América Latina. Sus necesidades y sus problemas medico social. Conferencia Interamericano de Seguridad Social. México. D.F. Recuperado el día 15 de Mayo del 2020 en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/733154/id218018.pdf>

25. Cerquera, A., Matajira, J. y Pabón, D. (2016). Caracterización de una muestra de cuidadores formales de pacientes con trastorno neurocognitivo mayor en Bucaramanga. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (47), 4-19. Recuperado el día 5 de noviembre del 2020 en: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/739/1265>
26. Díaz, C. (2019). Capacitación de los cuidadores formales para mejorar el cuidado de las personas mayores con Alzheimer en estado de dependencia (tesis de pregrado). Universidad de la Republica Uruguay. Recuperado el día 18 de noviembre del 2020 en: https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_final_carmendiaz.pdf
27. López, J. (2005). Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Recuperado el día 25 de octubre del 2020 en: <http://webs.ucm.es/BUCM/tesis/psi/ucm-t28693.pdf>
28. Cueli, M. (2017). Adaptación transcultural de la escala revisada de la evaluación de la percepción de los cuidadores familiares [Revised Caregiving Appraisal Scale (RCAS)] en población española. (tesis doctoral). Universidad de Cantabria. Recuperado el día 25 de noviembre del 2020

en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11354/Tesis%20MCA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

29.Curso-taller preparación vía excepcional especialidad de geriatría (s.f) justificaciones competencia 2 Las teorías sobre el envejecimiento. Recuperado el día 19 de abril del 2020 en: https://catalunya.satse.es/es/content/download/197672/1665270/file/COMPETENCIA_2.pdf

30.Chirveches, E. (2013). Repercusiones del cuidar en los cuidadores informales de pacientes quirúrgicos, en su domicilio (tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona. Recuperado el día 19 de noviembre del 2020 en: https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/130790/EChP_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

31.Fernández, D., Lorenzo, A. y Zaldívar, T. (2018). Cuidadores Informales Primarios de personas adultas con enfermedades neurológicas crónicas: Aproximaciones desde el Bienestar Psicológico. *Rev. Estud. Esc. de Psicología UCR*, 13(2), 71-89. Recuperado el día 10 de noviembre del 2020 en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6591538.pdf>

- 32.DANE (2018). Recuperado de: <http://geoportal.dane.gov.co/geovisores/sociedad/cnpv-2018/?lt=4.492004097329997&lg=-75.71479513649996&z=11>
- 33.Delicado, M. et al. (2010). Autoestima, apoyo familiar y social en cuidadores familiares de personas dependientes. *Metas de Enfermería* 13(10), 26-32. Recuperado de <https://www.enfermeria21.com/revistas/metast/articulo/80141/autoestima-apoyo-familiar-y-social-en-cuidadores-familiares-de-personas-dependientes/>
- 34.Discapnet (S.F) Salud, Enfermedades. Recuperado el día 25 de Mayo del 2020 en: <https://www.discapnet.es/areas-tematicas/salud/enfermedades>
- 35.Domínguez, J. (2017). Vivencias y calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores formales e informales de personas mayores dependientes institucionalizadas (tesis doctoral). Universidad de Barcelona. Barcelona, Catalunya. Recuperado el día 26 de Mayo en: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/457194#page=1>
- 36.Domínguez, M. y Briceño, I. (2013). Aspectos éticos en la investigación cualitativa. *Enf Neurol (Mex)* 12(3), 118-121. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene133b.pdf>

37. Garcés, J. y Durá, E. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Psicología Social* 6(2), 257-271. Recuperado el día 18 de abril del 2020 en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=111762>
38. Espín, A. (2010). “Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. ciudad de la habana. 2003 - 2009” (tesis doctoral). Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, La Habana. Recuperado el día 26 de noviembre del 2020 en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/tesis_ana_margarita_espin.pdf
39. Espinosa, F. (2014). Aproximación teórica al concepto de calidad de vida. Entre las condiciones objetivas externas y la evaluación subjetiva de los individuos. *Antropología Experimental*, (14). Recuperado el 30 de mayo del 2020. en <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/1801>
40. Félix, A., Hernández, R., Aguilar, M., Ávila, H., Vázquez, L. y Gutiérrez, G. (2013). Autopercepción del bienestar del cuidador familiar del adulto mayor y características sociodemográficas. *Cultura de los cuidados*, 17(36), 1-9. Recuperado el día 26 de

Mayo del 2020 en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2013-n36-autopercepcion-del-bienestar-del-cuidador-familiar-del-adulto-mayor-y-caracteristicas-sociodemograficas>.

41. Fernández, M. (2014). Abuelos cuidadores: Solidaridad intergeneracional en el contexto de la precariedad e inestabilidad laboral (tesis de maestría). Universidad de Cádiz. Recuperado el día 24 de Mayo del 2020 en: <https://rodin.uca.es/xmlui/bitstream/handle/10498/16813/Trabajo%20Fin%20de%20Master%20Abuelos%20cuidadores.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
42. Fernández, M. Fernández, Rojo Pérez (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris*, (5), 117-135. Recuperado el 30 de mayo del 2020 en <file:///C:/Users/57314/Downloads/117017-Text%20de%20l'article-147973-1-10-20080909.pdf>
43. Ferrell, B. et al. (s.f). La calidad de la vida: 1525 voces del cáncer. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000085&pid=S0124-0064201000050000600015&lng=en
44. Figueroa, P., García, D., Palencia, V. y Ruidiaz, K. (2016). Sobrecarga en cuidadores principales familiares de adultos mayores con demencia tipo Alzheimer de una

fundación de Cartagena (tesis de pregrado). Universidad de Cartagena, Colombia. Recuperado el día 17 de noviembre del 2020 pagina 10 en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/4525/INFORME%20FINAL%20SOBRECARGA%20EN%20CUIDADORES%20PRINCIPALES%20FAMILIARES%20DE%20ADULTOS%20MAYORES%20CON%20DEMENCIA%20TIPO%20ALZHEIMER%20DE%20UNA%20FUND~1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

45.Fonoaudióloga Sara Tapia Saavedra (2015). Manual para cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad en situación de alta dependencia. Servicio Nacional de la Discapacidad SENADIS. Recuperado el día 23 de Mayo del 2020 en: http://cetram.org/wp/wp-content/uploads/2013/11/manual_cuidadores_web.pdf

46.Gabinete psicopedagógico URG (2001) Estrés. Recuperado el día 25 de Mayo del 2020 en: <https://www.ugr.es/~ve/pdf/estres.pdf>

47.Galvis, M. y Cerquera, A. (2016). Relación entre depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología desde el caribe*, 2(33), 190-205. Recuperado el día 31 de Marzo de 2020 en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/6307/2144214423>

48. Chirveches, E. (2013). Repercusiones del cuidar en los cuidadores informales de pacientes quirúrgicos, en su domicilio (tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona. Recuperado el día 25 de noviembre del 2020 en: https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/130790/EChP_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
49. Gómez, M. (2016). Cuidado formal e informal de personas mayores dependientes. Universidad Pontificia Comillas, Madrid. Recuperado el día 25 de Mayo del 2020 en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/13437/TFM000507.pdf?sequence=1>
50. Gómez, A., Peña, O. y Parra, E. (2015). Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá. *Salud pública*, 18 (3), 367-378. Recuperado el día 26 de Mayo del 2020 en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v18n3/v18n3a04.pdf>
51. Gordillo, A. y Valencia, L. (2018). Capacidad de agencia de autocuidado y factores condicionantes en cuidadores informales que han participado programa de capacitación acompañando a los cuidadores (tesis de pregrado). Universidad de los Llanos, Villavicencio, Colombia. Recuperado el día 26 de Mayo del 2020 en: <https://repositorio.unillanos.edu.co/bitstream/001/1399/3/RUNILLANOS%20ENF%2000863%20CAPACIDAD%20DE%20AGENCIA%20DE%20AUTOCUIDADO%20Y>

[%20FACTORES%20CONDICIONANTES%20EN%20CUIDADORES%20INFORMALES%20QUE%20HAN%20PARTICIPADO%20PROGRAMA%20DE%20CAPACITACION%20ACOMPANANDO%20A%20LOS%20CUIDADORES%20%28%29.pdf](#)

52.Guerrero, A. *et al.* (2016). Percepción del cuidador primario sobre las intervenciones de enfermería al paciente en estado terminal. *Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 24(2):91-98.

Recuperado el día 17 de Abril 2020 en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162d.pdf>

53.Hartmann. Fundación Hospital (S.F) Guía de atención al cuidador. Recuperado el día 23 de Mayo del 2020 en: <http://www.elaandalucia.es/WP/wp-content/uploads/guia-de-atencion-al-cuidador.pdf>

54.Hernández, A. Hernández, M. Arango, L. (2015) Política sanitaria y cuidado de la salud de los hogares en Colombia: Acumulación e inequidad de género. Recuperado el día

26 de Mayo del 2020 en: <http://bdigital.unal.edu.co/50803/1/51710235-2015%20.pdf>

55.Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación*. México. Mc Graw, Hill, education Recuperado el día 22 de Mayo del 2020 en:

<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

- 56.**Herrera, S. (2016) Actividad física recreativa y calidad de vida en adultos mayores (tesis de pregrado). Universidad UADE. Buenos Aires. Recuperado el día 25 de noviembre del 2020 en: <https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/4079/Herrera.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 57.**Hofboll, Vaux, (1993). Sentimiento de sobrecarga y apoyo social en cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Psicología de la PUCP*, 22 (1). Recuperado el día 18 de noviembre del 2020 en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/988543.pdf>
- 58.**Instituto Colombiana de Bienestar Familiar. (2013). Observatorio del bienestar de la niñez. La familia: el entorno protector de nuestros niños, niñas y adolescentes colombianos. Recuperado el día 23 de Mayo del 2020 en: <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/publicacion-47-a.pdf>
- 59.**Jiménez, J. (2018) Autopercepción del estado de salud en individuos con riesgo cardiovascular en Colombia (tesis de maestría). Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. Recuperado el día 25 de Mayo del 2020 en: <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8552/8748091.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- 60.** Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Consultada el día 14 de mayo del 2020 en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>
- 61.** Losada, A. Montorio, I. Fernández, M. y Márquez, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid. IMSERSO. Recuperado el día 14 de Mayo del 2020 en: http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/import/msan/msan0082.pdf
- 62.** Villanueva, A. y García, R. (2018). Calidad de vida del cuidador informal: un análisis de concepto. *Ene enfermería* 12 (2),1-30 Recuperado el día 14 Mayo del 2020 en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/731/ART3v12n2>
- 63.** Navarrete, A. y Taípe, A. (2019). Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con discapacidad física. Penipe 2019 (tesis de pregrado). Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador. Recuperado el día 8 de diciembre del 2020 en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/6107/1/Tesis%20Sobrecarga%20del%20Cuidador%20Primario%20de%20Pacientes%20con%20Discapacidad%20F%C3%ADsica.pdf>

- 64.**Mendoza, E., Olvera, S. y Quinto, K. (2014). Calidad de vida del cuidado primario de pacientes con dependencia grave (tesis de pregrado). Universidad Autónoma de Querétaro, México. Recuperado el día 5 de noviembre del 2020 en: http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/958/Tes_MendozaNavaEB_CalidadVidaCuidador_2014.pdf?sequence=1
- 65.**Maldonado, M. (2017). Sobrecarga del cuidador familiar de pacientes con enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica (tesis de pregrado). Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Bogotá, Colombia. Recuperado el día 8 de diciembre del 2020 en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/762/1/Documento%20Final%20Monograf%C3%ADa%20Camila%20Maldonado.pdf>
- 66.**Merchán, E. y Cifuentes, R. (S.F) tema 6. Teorías psicosociales del envejecimiento. Recuperado el día 18 de abril del 2020 en: <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>
- 67.**Martins, C. (2017). Bioética, investigación cualitativa y equilibrio reflexivo. *Rev Bioética* 25 (1). 44-45. Recuperado de: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422017000100044&script=sci_arttext&tlng=es

- 68.**Díaz, M. (S.F). Concepto de salud. Recuperado el día 24 de Mayo del 2020 en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/mednat/salud1_1.pdf
- 69.**Mejía, E, (2014). Programa Preventivo para disminuir el Estrés laboral en el personal de Enfermería que labora en el Hospital Básico de San Gabriel del Cantón Montufar 2014 (tesis de pregrado). Universidad Regional Autónoma de los Andes, Tulcán. Recuperado el día 19 de noviembre del 2020 en:
<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/2232/1/TUTENF001-2014.pdf>
- 70.**Ministerio de Salud (2016). Política de atención integral en salud PAIS - Modelo integral de atención en salud MIAS Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAs. Bogotá D.C. Recuperado el día 25 de Mayo del 2020 en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>.
- 71.**Ministerio de Salud (S.F). Diagnóstico preliminar sobre personas mayores, dependencia, servicios sociales en Colombia. Recuperado el día 27 de Marzo de 2020 en:<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Documents/Situacion%20Actual%20de%20las%20Personas%20adultas%20mayores.pdf>

72. Ministerio de Salud (S.F). Envejecimiento y vejez. Recuperado el día 24 de Mayo del 2020 en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocionsocial/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
73. Ministerio de Salud, resolución número 8430 de 1993 octubre 4. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
74. Lipa, M. (2017). Sobrecarga y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con cáncer en tratamiento. servicio de oncología, hospital III Goyeneche, Arequipa 2017(tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú. Recuperado el día 8 de diciembre del 2020 en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5145/ENlimomc.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
75. Montoya, J. y Rivera, A. (2009). Definición de una estrategia de servicio para los adultos mayores en la modalidad de Club - Club para adultos mayores de Bogotá, porque tienes más de 60 razones para empezar a disfrutar (tesis de pregrado). Universidad del Rosario, Bogotá D.C. Recuperado el día 24 de Mayo del 2020 en: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/1375/80876705.pdf?sequence=1>
76. Mosquera, I. (2017). El cuidado informal de mayores: impactos en la salud y calidad de vida de las personas cuidadoras (tesis doctoral). Universidad del País Vasco.

Recuperado el día 26 de Mayo del 2020 en:

https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/26129/TESIS_MOSQUERA_METCALFE_ISABEL%20MARIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

77.Naranjo, Y., Concepción, A. y Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado:

Dorothea Elizabeth Orem. *Scielo*, 19 (3).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009

78.Oddone, M. (2013). Antecedentes teóricos del envejecimiento activo. *Informes*

Envejecimiento en red. (4). 1-9. Recuperado el día 19 de abril del 2020 en:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oddone-antecedentes.pdf>

79.Organización Mundial de la Salud (OMS). Calidad de vida. En: Programas Nacionales de

Lucha contra el Cáncer: directrices sobre política y gestión. Ginebra: OMS; 2002. p.

84.

80.Organización Mundial De La Salud (S.F) Datos interesantes acerca del envejecimiento.

Recuperado el día 30 de Marzo de 2020 en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

81.Ortiz, N. (2016). Calidad de vida de los integrantes de la asociación adulto mayor la

Tulpuna. Cajamarca, 2016 (tesis de pregrado). Universidad Nacional de Cajamarca,

Tulpana, Cajamarca. Recuperado el día 8 de diciembre del 2020 en:
http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/922/T016_45061002_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

82.Ortiz, E. y Marrone, M. (2002). La teoría del apego un enfoque actual. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*. (10). Recuperado el día 19 de abril del 2020 en: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000198>

83.Pérez, Peñaranda, (2008). Experiencias de las familias cuidadoras en la transición a la dependencia de un familiar anciano. Recuperado el día 18 de noviembre del 2020 en: <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/22071/1/Tesis%20doctoral%20Ana%20D.%20Canga%20Armayor.pdf> es otro autor

84.Piedra, G. (2013). Estrategias de afrontamiento cognitivo-conductual emocionales que utilizan los padres y/o madres de niños y niñas con quemaduras de segundo y tercer grado en el hospital de niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera (tesis de pregrado). Universidad de Costa Rica. Recuperado el día 27 de Marzo de 2020 en: <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/1692/1/35270.pdf>

85.Piñeiro, I., Rodríguez, S., Albite, A., Freire, C., Ferradás. M. (2017). Sobrecarga y salud percibida en cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental. *European Journal of Health Research*, 3, (3). Recuperado el día 14 de Mayo del 2020 en:

<https://www.researchgate.net/publication/322644246> Sobrecarga y salud percibida en cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental

86. Política de envejecimiento humano y vejes 2014-2024. Recuperado de: https://www.quindio.gov.co/home/docs/items/item_193/Politica_nal_de_envejecimiento_y_vejez-2014-2024.pdf

87. Ponsoda, J. (2015). *Influencia de las emociones positivas en la salud de los cuidadores de enfermos de Alzheimer* (tesis doctoral). Universidad de Valencia. Recuperado el día 17 de noviembre del 2020 en: <https://core.ac.uk/download/pdf/71051338.pdf>

88. Quintanar, A. (2010). *Análisis de la calidad de vida adultos mayores del municipio del Tetepango, Hidalgo a través del instrumento Whoqol-Bref* (tesis de pregrado). Universidad Autónoma del estado de Hidalgo. Recuperado el día 15 de Mayo del 2020 en: https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf

89. Rincón, A. (2008). *Caracterización de la tipología familiar del adulto mayor no institucionalizado perteneciente al parque Departamental de la tercera edad PEDT*. (tesis de pregrado). Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga. Recuperado el día 23 de Mayo del

2020 en: https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/399/digital_18299.pdf?sequence=1&isAllowed=y

90. Rodríguez, M. (2008) *La percepción de la persona adulta mayor en la sociedad ramonense actual*. Recuperado el día 15 de Mayo del 2020 en: <https://core.ac.uk/download/pdf/86442423.pdf>.

91. Rodríguez, T. (2013). *Afrontamiento, resiliencia y bienestar a lo largo del ciclo vital*. (tesis doctoral). Universidad de Valencia. Recuperado el día 8 de diciembre del 2020 en: <https://core.ac.uk/download/pdf/71013352.pdf>

92. Rogero, J. (2010). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Index Enferm*, 19 (1). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100010

93. Rozo, G. Riascos, L. (2018). *Determinantes del abandono familiar en el adulto mayor. Una monografía* (tesis de pregrado). Universidad Santiago de Cali, Colombia. Recuperado el día 25 de Mayo del 2020 en: <https://repository.usc.edu.co/bitstream/20.500.12421/406/1/DETERMINANTES%20DEL%20ABANDONO.pdf>

- 94.** Ruiz, A. y Nava, M. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enf Neurol (Mex)*, 11(3), 163-169. Recuperado el día 25 de noviembre del 2020 en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>
- 95.** Ruiz, T. y Silva, J. (2016). *calidad de vida del cuidador principal de los pacientes con enfermedad en fase terminal de una clínica privada, Chiclayo – 2016* (tesis de pregrado). Universidad Señor de Sipán. Recuperado el día 8 de diciembre del 2020 en: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/3067/Ruiz%20%20Silva.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- 96.** Carretero, S., Garcés, J. y Rodenas, F. (S.F). La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial. Recuperado el 5 de octubre del 2020 en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
- 97.** Viveros, S. (2019). *Percepción de calidad de vida de cuidadores primarios de adultos mayores con enfermedad crónica y diagnosticados con cuadro depresivo* (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Javeriana, Santiago de Cali. Recuperado el día 11 de noviembre del 2020 en:

http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/11245/Percepcion_calidad_vida_cuidadores.pdf?sequence=1&isAllowed=y

98.Sampieri, R. (2014). La metodología de la investigación sexta edición. Recuperado el día 14 Mayo 2020 en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

99.Sánchez, S. Oyala, I. Vásquez, E. (2018). *Nivel de sobrecarga del cuidador principal y nivel de conocimiento de autocuidado de los pacientes en hemodiálisis en un hospital Nacional* (tesis de especialización). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Recuperado el día 8 de diciembre del 2020 en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3672/Nivel_GrandezSanchez_Segundo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

100.Sánchez. (2005). Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa cuidado a cuidadores. Recuperado de: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/66>

101.Secretaria de Salud Hospital Júares Comité de Seguridad de Bioética (S.F) Concepto y principios de la bioética. Recuperado de:

[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/59F0B1DFF4B09FFB05257D18006D362B/\\$FILE/ceboax-0105.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/59F0B1DFF4B09FFB05257D18006D362B/$FILE/ceboax-0105.pdf)

102.Significados (S.F) Significado de demografía. Recuperado el día 25 de Mayo del 2020 en: <https://www.significados.com/demografia/>

103.Siurana, J. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas* (22), 121-157. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>

104.Sistema de Seguridad Social Integral (1993) Ley 100 de 1993. Recuperado el día 26 de Mayo del 2020 en: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf

105.Triviño, Z. y Sanhueza, O. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichan*, 5(1), 20-31. Recuperado el día 18 de abril del 2020 en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/56/117>

106.Vásquez, E. (2013). *La familia como cuidadora de adultos mayores* (tesis de pregrado). Universidad de Cajamarca, Chota, Perú. Recuperado el día 23 de Mayo del 2020 en:

<http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/265/T%20305.244%20V393%202013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

107. Velasco, Z. (2018). *Cargas presentadas por cuidadores familiares de persona con esquizofrenia de un hospital público de la ciudad de Villavicencio durante un trimestre del año 2018*. (tesis de maestría). Universidad el Bosque, Bogotá, Cundinamarca. Recuperado el día 8 de diciembre del 2020 en https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/1779/Zulma_Johana_Velasco_P%C3%A1ez_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

108. Vélez. (2015). Privacidad y confidencialidad en la investigación con seres humanos como sujetos de estudio. Universidad de Puerto rico. Recuperado de: <http://cea.uprrp.edu/wp-content/uploads/2016/08/2016-09-21-CEA-Privacidad-y-confidencialidad-investigacion-con-seres-humanos.pdf>

109. Vera, J. (2010) Ser cuidador el ejercicio de cuidar. Recuperado el 19 de noviembre del 2020 en: <https://www.seypna.com/documentos/articulos/ser-cuidador-ejercicio-cuidar.pdf>

- 110.**Vignale, S. (2011) Cuidado de sí y cuidado del otro. Aportes desde M. Foucault para pensar relaciones entre subjetividad y educación. Recuperado el día 11 de Junio del 2020 en: <https://proyectosocio.ucv.es/wp-content/uploads/2013/11/16-Vignale.pdf>
- 111.**Villamar, R. (2014) Presencia del “síndrome del cuidador” en cuidadores de pacientes con esquizofrenia ingresados en el Instituto de Neurociencias de la JBG. Recuperado el día 8 de diciembre del 2020 en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6283/1/TESIS%20SINDROME%20DEL%20CUIDADOR.pdf>
- 112.**Viveros, S. (2019) Percepción de calidad de vida de cuidadores primarios de adultos mayores con enfermedad crónica y diagnosticados con cuadro depresivo. Recuperado el día 26 de Mayo del 2020 en: http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/11245/Percepcion_calidad_vida_cuidadores.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 113.**Viveros. (2019). Percepción de calidad de vida de cuidadores primarios de adultos mayores con enfermedad crónica y diagnosticados con cuadro depresivo. Pontificia Universidad Javriana, Santiago de Cali. Recuperado [dhttp://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/11245/Percepcion_calidad_vida_cuidadores.pdf?sequence=1&isAllo](http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/11245/Percepcion_calidad_vida_cuidadores.pdf?sequence=1&isAllo)

PROGRAMA DE GERONTOLOGÍA

Tel: (57) 6 735 9300 Ext. 342

Carrera 15 Calle 12 Norte

Armenia, Quindío – Colombia

gerontologia@uniquindio.edu.co