



UMC  
UNIVERSIDAD  
MIGUEL DE CERVANTES

**Escuela de Psicología**

**Factores de riesgo en tiempos de pandemia en cuidadores de  
Adultos Mayores en residencias privadas en la Comuna de San  
Miguel**

**Tesina para optar al Grado de Licenciado en Psicología y al Título  
Profesional de Psicólogo (a)**

**Docente Guía: Psicólogo Claudio Barrales Díaz**

**Alumnas: Fernanda Gómez**

**Jennifer Sessarego**

**Santiago- Chile, 2021**

## DEDICATORIA

Esta investigación va con mucho cariño para mi familia, amigos y compañeros que estuvieron conmigo en toda la formación de la carrera, confiando y dándome fuerza, especialmente a nuestro queridísimo profesor Alfonso Cáceres que en paz descanse. Dedicado a mis abuelos, Lidia y Eduardo.

***Fernanda Gómez***

Esta investigación se la dedico primeramente a mi familia en el cual siempre han estado apoyándome a lo largo de todos estos años de estudios, especialmente a mis padres Teresa y Andrés con su paciencia y tiempo que hasta el día de hoy me tienen. A mis hijos Felipe y Agustina que son el motor de mi vida en el cual han aprendido a convivir con una mamá estudiante.

***Jennifer Sessarego***

## **AGRADECIMIENTOS**

Le agradezco a mi compañera Jennifer por su paciencia, constancia y responsabilidad, una excelente persona que llegara muy lejos. Además, a mis compañeros de la generación 2015, estoy completamente agradecida de compartir un proceso importante en mi vida, el cual hicieron muy feliz, en especial a la compañera más emblemática y auténtica, Clemencia Cáceres, te queremos muchas gracias por ser tanta energía y figura de admiración para muchos. También, agradecer la fe que me tuvieron todos estos años mis amigos de infancia, mi madre y mis docentes, cabe mencionar a mi queridísima compañera Javiera y Gabriel por ayudarnos en mucho.

***Fernanda Gómez***

Gracias a mi familia por cuidar a mis hijos en mis días y tramos de estudios, por estar siempre ahí dándome palabras de aliento y confiar en mis capacidades.

A Fernanda por ser mi partner de tesina.

A Javiera y Gabriel por su conocimiento y tiempo cuando necesite de su ayuda.

A mis profesores por guiarme en esta carrera.

***Jennifer Sessarego***

## **RESUMEN**

Debido al impacto que ha provocado la emergencia sanitaria por coronavirus en nuestro país y en el mundo, el cuidado de personas mayores con dependencia resulta habitualmente un desafío en sí mismo, pero en el contexto de una pandemia da pie para exponer las consecuencias psicológicas como los factores de riesgo de los cuidadores de estas personas. Dentro de nuestro estudio factores de riesgo en tiempos de pandemia en cuidadores de adultos mayores pone en evidencia el desgaste del cuidador y el problema de la salud mental en la muestra presentada. Es por ello que el objeto de estudio es Conocer los factores de riesgo y niveles de sobrecarga de nuestra muestra. Según el cuestionario de salud de Goldberg ghq-12 el cual mide las variables de ansiedad y depresión, de igual manera el test de Zarit el cual mide sobrecarga del cuidador ambos instrumentos psicométricos validados en Chile.

La muestra estuvo constituida por 30 personas de la ciudad de Santiago, específicamente en la comuna de San Miguel seleccionados en cuatro residencias privadas, de edades entre los 30 y 62 años.

## **ABSTRACT**

Due to the impact caused by the coronavirus health emergency in our country and in the world, caring for elderly people with dependency is usually a challenge in itself, but in the context of a pandemic it gives rise to exposing the psychological consequences as the factors risk of caregivers of these people. Within our study, risk factors in times of pandemic in caregivers of older adults highlight the burnout of the caregiver and the problem of mental health in the sample presented. That is why the object of study is to know the risk factors and levels of overload in our sample. According to the Goldberg ghq-12 health questionnaire, which measures the variables of anxiety and depression, in the same way, the Zarit test, which measures caregiver overload, both psychometric instruments validated in Chile.

The sample consisted of 30 people from the city of Santiago, specifically in the commune of San Miguel selected in four private residences, aged between 30 and 62 years.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>DEDICATORIA</b> .....	<b><i>i</i></b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	<b><i>ii</i></b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b><i>iii</i></b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b><i>iii</i></b>
<b>TABLA DE CONTENIDO</b> .....	<b><i>iv</i></b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS</b> .....	<b><i>vi</i></b>
<b>CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Justificación .....	4
1.2 Planteamiento del problema .....	7
1.3 Algunas investigaciones sobre cuidadores de pacientes con dependencia.....	10
1.4 Pregunta de investigación .....	13
1.5 Objetivos .....	14
1.5.1 Objetivo general:.....	14
1.5.2 Objetivos específicos: .....	14
1.6 Limitaciones del estudio.....	14
<b>CAPÍTULO II MARCO TEORICO</b> .....	<b>16</b>
2.1 La Psicología Clínica.....	16
2.2 Áreas de aplicación de la Psicología clínica.....	17
2.3 Psicología Clínica y Salud .....	18
2.4 Psicología de la salud .....	18
2.5 El antes y después en la psicología de la salud.....	23
2.6 Psicología de la salud en pandemia.....	24
2.7 Adultez Mayor .....	28
2.8 Adultez Mayor en pandemia .....	29
2.9 Factores de riesgo .....	30
2.10 Los factores de riesgo según Fernández, Vila, Carpenle, Montero. ....	31
2.11 Sobrecarga del cuidador .....	32
2.12 Ansiedad.....	34
2.13 Evolución histórica del concepto.....	36
2.14 Enfoque Psicoanalítico: .....	40

2.15 Enfoque conductual: .....	41
2.16 Enfoque cognitivo: .....	42
2.18 Depresión .....	45
2.19 Cargas de enfermedades asociadas a trastorno depresivo. ....	47
<b><i>CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO</i></b> .....	<b>49</b>
3.1. Tipo de Investigación .....	49
3.1.2 Diseño de investigación .....	49
3.1.3 Universo y muestra .....	49
3.1.4 Técnicas de recolección de información .....	50
3.1.5 Validación de Test ZARIT original y abreviada .....	50
3.1.6 Tamaño muestra .....	50
3.1.7 Instrumento aplicado .....	51
3.1.8 Dimensión e Ítems.....	52
3.2 Validación de Cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-12 .....	55
3.2.1 Cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-12.....	55
3.2.2 Material y Método .....	57
3.2.3 Definición de variables del cuestionario sociodemográfico. ....	58
3.2.4 Procedimiento .....	58
<b><i>CAPÍTULO IV. RESULTADOS</i></b> .....	<b>59</b>
4.1 Presentación de resultados .....	59
4.1.1 Descripción estadística de la Muestra por Sexo .....	59
4.1.2 Descripción Estadística de la Muestra por Edad .....	59
<b><i>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES</i></b> .....	<b>66</b>
Discusión y Recomendaciones.....	68
<b><i>CAPÍTULO VI. REFERENCIAS</i></b> .....	<b>70</b>
<b><i>CAPÍTULO VII. ANEXOS</i></b> .....	<b>78</b>
ANEXO A .....	78
ANEXO B .....	79
ANEXO C.....	81
ANEXO D .....	82

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

<i>Tabla 4.1: Frecuencia sexo de participantes.</i> .....	59
<i>Gráfico 4.2: Frecuencia Edad de Participantes.</i> .....	60
<i>Tabla 4.4: Frecuencia Ansiedad y Depresión en la muestra.</i> .....	61
<i>Gráfico 4.3: Porcentaje de Ansiedad y Depresión en la muestra.</i> .....	61
<i>Gráfico 4.5: Relación Sexo – Factores de Riesgo.</i> .....	62
<i>Tabla 4.6: Correlaciones de Pearson Sexo – Ansiedad y Depresión.</i> .....	62
<i>Gráfico 4.7: Relación Edad y Factores de Riesgo.</i> .....	63
<i>Tabla 4.8: Correlaciones de Pearson Edad – Ansiedad y Depresión.</i> .....	63
<i>Tabla 4.9: Prevalencia de Sobre carga.</i> .....	64
<i>Gráfico 4.10: Relación Edad y Sobrecarga del Cuidador.</i> .....	64
<i>Gráfico 4.11: Relación Sexo y Sobrecarga del Cuidador.</i> .....	65

## CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

Una de las situaciones con mayor visibilidad en la actualidad es la emergencia sanitaria que se vive a nivel mundial, es el brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), causado por el virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2), fue declarado como una pandemia en marzo de 2020. Las tasas de letalidad se estiman entre 1% y 3%, afectando principalmente a los adultos mayores y a aquellos con comorbilidades, como hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular y cáncer (Díaz-Castrillón, Toro-Montoya 2019).

En Chile el Ministerio de Salud confirma el primer caso de Coronavirus activando los protocolos de salud pública sanitarios.” La autoridad informo que debido a este primer caso, se determinó que a partir del 31 de diciembre de 2020, todos los chilenos, y extranjeros visitantes que lleguen o retornan a Chile, independientemente del país de origen, deberán hacer cuarentena obligatoria de 10 días” (Morales, 2020).

Lamentablemente las personas mayores han cobrado protagonismo con la pandemia, debido a que son el grupo más vulnerable a esta enfermedad. el Ministerio de Salud en Chile decretó, desde el viernes 15 de mayo, cuarentena obligatoria para los adultos mayores sobre 75 años como medida preventiva, con el fin de disminuir el riesgo de hospitalización, conexión a ventilación mecánica y muerte (según datos aportados por la misma cartera, más de 25% de los fallecimientos durante la pandemia se registran entre personas de 75 años o más) (Alejandra Flores Zamora, 2020).

Ya sea por motivos biológicos, psicológicos o sociales, las personas mayores requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados que se entregan en establecimientos de larga estadía, dispositivos socio-sanitarios que tienen por objeto la prevención y mantención de su salud, la mantención y estimulación de su funcionalidad y el reforzamiento de sus capacidades remanentes; el cuidado es delegado y realizado por cuidadores formales, quienes se transforman en el principal apoyo social para las familias. Cuidar a personas mayores en tiempos de Pandemia es un verdadero reto para las familias cuidadoras, cuidadores formales de establecimientos y profesionales de



establecimientos de salud, porque además de satisfacer las necesidades básicas biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de la vida diaria de las personas mayores, se requiere llevar a cabo actividades de prevención de infecciones en el ámbito comunitario y dentro de las instituciones de larga estadía (Gonzales, 2020).

Desde los últimos acontecimientos que está viviendo el mundo a nivel pandémico y lo que consigo trae, nace esta investigación tomando a los cuidadores de adultos mayores institucionalizados. Se hace necesario entonces investigar los efectos a nivel emocional, en el cual, la labor que ellos realizan los hacen participantes directos de los sujetos más vulnerables que son los adultos mayores. Tomando como base la ansiedad, la depresión y la sobrecarga del cuidador donde a través de la recolección de datos reales y la contextualización de este trabajo con base de revisión teórica podremos conocer los factores de riesgo.

Las personas mayores dependientes necesitan unos tipos de cuidados que no todas las personas pueden o saben otorgarles. Los cuidadores de la tercera edad de centros y residencias deben tener una cualificación requerida para poder ejercer como tal, con el objetivo de brindar unos servicios mínimos y necesarios a las personas que lo necesitan (SENAMA, 2019).

Desde el punto de vista psicológico el cuidado de una persona mayor puede ser percibido de diferentes formas por un cuidador informal o formal teniendo en cuenta siempre que aquel rol siempre es estresante pudiendo generar consecuencias negativas para el cuidador las cuales repercutirán de la misma forma en el adulto mayor. La carga del cuidador se percibe como una actividad de cuidado, la cual, puede perturbar su salud psicofísica, emocional, social, y en el caso de los cuidadores informales muchas veces puede perturbar la situación económica (Carretero, 2006).

Según Hernández (2006), La carga subjetiva es entendida como las actitudes y reacciones emocionales que se presentan ante la experiencia de cuidar, cómo se siente: "Es la percepción del cuidador de la repercusión emocional de las demandas o de los problemas relacionados con el acto de cuidar". La carga objetiva: Es el grado de

perturbaciones o cambios en diversos aspectos de la vida de los cuidadores. Se refiere a la cantidad de tiempo invertido en cuidados, problemas conductuales del enfermo, disrupción de la vida según (Evans, Connis y Haselkorn, 1999, en Hernández, 2006).

Todo ello, influye negativamente sobre la calidad de vida y el bienestar psicológico de las personas dependientes, a la vez que también sobre sus cuidadores principales. Es por todo ello, que la carga de los cuidadores se ha conformado hoy como un problema sanitario y social que requiere un profundo estudio, a la vez que soluciones (Carretero Gómez 2007).

Las herramientas que se han propuesto para disminuir la carga del cuidador informal han sido fundamentalmente las estrategias de afrontamiento y el apoyo social. No obstante, el apoyo social formal bajo la modalidad de los servicios de respiro ha sido la estrategia más utilizada y estudiada en su relación como mediador del estrés de los cuidadores, debido a que frente a otro tipo de intervención permiten dar un descanso al cuidador en sus tareas de cuidado, benefician a la persona dependiente, retrasan la institucionalización. (Zarit, Gaugler y Jarrot, 1999).

Ser responsable de una persona mayor es una tarea que demanda paciencia y mucha responsabilidad. El autocuidado, la organización y la red de apoyo de la persona que realiza esta función son fundamental, sobre todo en medio de la pandemia. Cuidar a una persona mayor no es una tarea fácil, ya que en numerosas ocasiones supone altos niveles de estrés. Cuidar está asociado a una importante sobrecarga emocional y física, que puede redundar en importantes costos personales. En Chile, esta realidad se vive muchas veces en silencio y sin contar con pautas que contribuyan a un cuidado adecuado. Muchos cuidadores, sin darse cuenta, se exigen más allá de sus posibilidades, olvidándose de sí mismos, descuidando su salud física y mental perjudicándose tanto ellos como a las personas que cuidan cuando además, no cuentan con el apoyo adecuado (chilecuida, 2017).

Se trata un campo de actuación que posibilita la intervención de los profesionales de la Psicología clínica y de la Salud es por esto que queremos hacer un aporte a este tema en el cual requiere de una investigación activa puedan permitir un trabajo integro.

## **1.1 Justificación**

Esta investigación se genera desde el interés por determinar las características existentes sobre los factores de riesgo y niveles de sobrecarga que, en los cuidadores de adultos mayores institucionalizados, recordemos que hay un aumento cada año de población que corresponde a la adultez mayor.

Chile se ha transformado en uno de los países más envejecidos de la región, cuestión que se debe en gran parte al desarrollo del país y a la mejora en sus indicadores epidemiológicos en las últimas décadas. Según la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2017, un 19,3% de la población tiene 60 o más años, entre la cual el 14,2% presenta algún grado de dependencia funcional. Lo anterior, en conjunto con una disminución de los cuidados familiares, ha generado una importante presión sobre el Estado para el diseño e implementación de servicios de apoyos y cuidados de larga duración (Molina, Sarmiento, Aranco, Jara, 2004).

En Chile, existe una política integral de envejecimiento positivo, radicada en el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) del Ministerio de Desarrollo Social (SENAMA, 2012). Vigente hasta 2025, se propone proteger la salud funcional de las personas mayores, mejorar su integración en los distintos ámbitos de la sociedad e incrementar sus niveles de bienestar subjetivo. Estos objetivos se relacionan directamente con la posibilidad de vivir el envejecimiento y la vejez como un proceso en el que caben nuevas posibilidades de desarrollo y autonomía.

Sin embargo, el aumento de personas mayores en situación de dependencia requiere la presencia de un cuidador. La dependencia según el Consejo de Europa (1998) refiere a un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o

ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria. La dependencia puede afectar a cualquier sector de la población y no sólo a las personas mayores. Si bien es cierto que la dependencia tiende a aumentar con la edad, y que la vejez se caracteriza por aparecer frecuentemente asociada con múltiples problemas de salud, la edad no es el único criterio acerca de este estado.

SENAMA define dependencia como un estado permanente en que se encuentran las personas ya sea por razones como la edad, la enfermedad o la discapacidad ligados a la falta de autonomía tanto física, mental, intelectual como sensorial, precisando de una atención de otro individuo para poder realizar ciertas o la totalidad de sus actividades (SENAMA 2019).

En consecuencia, es necesario contar con cuidadores que velen por los adultos mayores. El aumento de personas mayores en situación de discapacidad requiere la presencia de un cuidador que realice los cuidados directos de la persona con dependencia. En la mayoría de los casos, estos cuidados son asumidos por un familiar, generalmente una mujer, hija del adulto mayor dependiente, que se dedica exclusivamente al cuidado y que no recibe ayuda para realizar este trabajo. Sin embargo, el estrés que genera asumir esta responsabilidad lleva a que los cuidadores no puedan administrar su propio tiempo y descuiden su salud, lo que los hace vulnerables a sufrir enfermedades. Asimismo, este agobiante escenario contribuye al desarrollo de sobrecarga, que indica un agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado, que afecta a la calidad de vida los cuidadores (Zepeda, Muñoz, 2019).

Según Gómez-Martinho (2016), los cuidados de larga duración son llevados a cabo mayoritariamente por cuidadores informales (familiares, amigos o vecinos), profesionales (sanitarios) o por ambos, con el objetivo de que la persona mayor dependiente pueda tener la mejor calidad de vida posible, atendiendo siempre a sus preferencias individuales, a la autonomía y, por último, aunque no menos importante, a la dignidad humana.

Las personas dependientes necesitan un cuidado. Se entiende por cuidar “proporcionar ayuda a personas dependientes de manera que sientan que sus necesidades físicas, sociales y afectivas están cubiertas” (Gómez-Martinho, 2016).

De acuerdo a Gómez-Martinho (2016), la actividad de cuidar tiene lugar desde diferentes organizaciones: residencias y centros públicos o privados, la familia, los amigos, los vecinos y organizaciones no gubernamentales. Además, el tipo de cuidado está relacionado con las características de la persona cuidada, con las personas que lo proveen y, por último, por el contexto en el que tiene lugar el cuidado.

Considerando lo anterior, el cuidador es todo aquel que asiste en las actividades de la vida diaria a personas que tienen diversos niveles de dependencia y se distingue entre cuidador formal e informal, según este reciba una remuneración o no por el trabajo que realiza.

Detrás de toda persona con dependencia hay un cuidador que también se enfrentan consecuencias en el ámbito laboral destaca que las personas cuidadoras informales tienen que organizar su vida en función de la persona cuidada, es decir, tienen que organizar su horario personal y laboral para poder ajustar el trabajo dentro y fuera de casa. Además, algunos cuidadores llegan a abandonar sus trabajos, afectando esto al ámbito económico. Este cuidado informal suele distinguir entre tres categorías de apoyo: apoyo instrumental, que hace referencia a la ayuda para realizar tareas o actividades de la vida diaria, apoyo informativo, consejo que se ofrece para solucionar problemas concretos y apoyo emocional, referido a la expresión de emociones (Rodríguez-Rodríguez, 2005).

Por otro lado, entendemos por cuidado formal las tareas que oferta un profesional especializado y que van más allá de las propias capacidades de las personas para cuidar de sí mismas o de los demás (Rodríguez-Rodríguez, 2005).

Existen dos tipos de cuidadores formales el que tiene lugar en las instituciones y el que se contrata a través de las familias. Los cuidadores formales son un grupo de profesionales cuyo trabajo es de alto riesgo ya que tienen duras condiciones de trabajo, salarios bajos, numerosas guardias y turnos muy largos Por ello, los cuidadores formales necesitan atención ya que su trabajo puede generar problemas tanto físicos como emocionales (Gómez-Martinho, 2016).

Entre las consecuencias emocionales negativas que puede tener el cuidado de una persona mayor dependiente, destacan: pérdida de sensación de control, ansiedad, estado de ánimo bajo, depresión, sobrecarga, indefensión (Rogeró, 2009).

Es por esto que esta investigación quiere aportar con evidencia empírica los factores de riesgo que van apareciendo en dichos cuidadores donde la visibilizarían de los trastornos deben ser abordados en distintas variables específicas de ansiedad, depresión y sobrecarga que presentan los cuidadores. Se hace relevante investigar dichos factores de riesgo ya que las personas que actúan de cuidador directo deben tener óptimas condiciones para realizar dicho trabajo.

## **1.2 Planteamiento del problema**

El estudio surge por el interés de conocer la sobrecarga en cuidadores de residencias privadas y los factores de riesgo los cuales toman la ansiedad y la depresión que se podrían haber generado en tiempos de pandemia, en los cuidadores de adultos mayores institucionalizados más allá de las complicaciones a nivel país de carácter sanitario, económico y social que se está dando.

El cuidar es una gran demanda para quienes conllevan con cierta labor, ya que realizar esta labor impacta de manera negativa al estado físico y emocional del cuidador. Esta persona deja de lado su rutina, su vida social, personal y laboral por entregar ayuda, teniendo además en cuenta, el crecimiento de la población adulto mayor y las decadencias que genera la falta de autonomía de aquellos, creando preocupación en profesionales y en el área de la salud general, tanto física y psicológicamente, focalizando

el objetivo de aquellos en mejorar la calidad de vida de dicho grupo con respecto a sus necesidades, siempre de la perspectiva de la salud mental más que nada (SENAMA, 2009).

Según Organización Colegial de Enfermería (2020), la plasticidad psicológica es la capacidad que tiene el individuo de adaptarse al medio ambiente en este caso de pandemia, el poder comprender el distanciamiento social, el aislamiento que genera el miedo que surgen como consecuencia de esto. El aporte creativo es la originalidad que trasciende al poder crear dotes resolutivos frente a las adversidades que se dan en esta situación, visibilizar y aceptar dicha realidad. Y la participación activa frente a estas crisis en el contexto dado, como son los cuidadores que rompen con las normas de seguridad para poder dar su ayuda a los adultos mayores.

Aunque en su actualidad está muy latente, los factores de riesgo que se irradian de las condiciones como la sobrecarga emocional, factores de riesgo ansiedad y depresión, aumentan la probabilidad de aparición de otros trastornos como cardiovasculares, diabetes, problemas respiratorios, etc. Los efectos del Covid-19, muestra bastante el desgaste de los empleados por la reducción de costos por parte de las organizaciones y modificación de seguir siendo un individuo operante en este nuevo escenario. El bienestar se ve afectado, por los riesgos de contagio. Organización Colegial de Enfermería (2020).

Como humanos buscamos el cumplimiento de objetivos, la teoría de la Autorrealización o Motivación de Abraham Maslow, explica las necesidades que tenemos como humanos para satisfacernos. De manera básica, fisiológicamente necesitamos alimentarnos, descansar, tomar agua, entre otras. Pero la más importantes sentir seguridad, estabilidad, por lo que, cuando esto no ocurre se genera sensación de vulnerabilidad, pérdida de control propio que puede llevar a trastornos profundos y los básicos que pueden ser ansiedad y/o miedo. Es por esto, que importante considerar en esta investigación al cuidador, quien lidia con las necesidades propias y las de otro que depende de aquel, poniendo en riesgo su salud en general. general (Universidad de Chile, 2020).

Según el Instituto Nacional de Geriátría (s/f), el cuidador es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales.

Señala SENAMA (2019), que el cuidador está capacitado para: ayudar a la persona a situarse en el presente mediante la conexión del pasado con la perspectiva de futuro, fomenta la realización de actividades domésticas y la higiene personal, además ayudar al familiar en el desplazamiento interior y externo.

SENAMA (2019), indica que la función más importante es promover que la persona mayor realice por sí misma todas las actividades que pueda hacer como: peinarse, alimentarse, vestirse, desvestirse, lavarse los dientes, etc.

SENAMA (2019), dice que para que el cuidador evite la sobrecarga debe: No descuidarse de sí, percibir si está sintiendo algún tipo de sobrecarga, ayudarse con otros profesionales, tener sueño reparador, control de sus emociones que pueden afectar en su funcionalidad. Al no satisfacer sus necesidades, sufre consecuencias como: cambios de humor, excesos (como de tabaquismo, alcohol, drogas, etc.), mal descanso, mala higiene, entre otras características. Es sumamente importante la salud mental y física del cuidador, por lo que es fundamental que el cuidar no tenga efectos negativos en él. Puesto que si se deja de cuidar a sí mismo no podrá suplir sus necesidades como individuo.

Según Sequeira (2017), la mayor dependencia de adultos mayores es causada por el deterioro progresivo, el cual se considera primordial el apoyo diariamente del cuidador. Como es bastante demandante los cuidados, es necesario una estructuración del tiempo de quien cuida.

La carga que tiene los cuidadores es un conjunto de problemas físicos, psíquicos, sociales y emocionales que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados. Efectivamente, los cuidadores de estos pacientes son de manera especial, capaces de enfrentar los conflictos anteriormente definidos como carga ( Sequeira, 2017).



La ansiedad que en gran parte de los casos suele ir asociada al estrés, puede aparecer con frecuencia en el ámbito laboral, este estrés es de tipo organizacional, crónico y cotidiano, aparece generalmente en los trabajadores asistenciales: médicos, enfermeras, profesores, terapeutas o psicólogos y surge en situaciones de un trabajo no lo suficientemente remunerado que exige entrega en situaciones emocionales de alta demanda. Este estrés negativo es resultante de la influencia de agentes del entorno social, del marco laboral y de las características personales (Arita, 2001).

Los cuidadores pueden experimentar sintomatologías físicas, mentales, emocionales, sociales en el cual se deben tomar variables recomendaciones que ayuden a buen desempeño laboral como cuidador formal a fin de evitar factores de riesgos: Educación e información continua al cuidador, programar el trabajo, autocuidado, grupos de apoyo, programas psicoeducativos, intervención familiar, programas de intervención clínica, apoyo emocional, información sobre el proceso de envejecimiento, promover, reforzar y/o actualizar habilidades instrumentales (Hernández, 2006).

### **1.3 Algunas investigaciones sobre cuidadores de pacientes con dependencia**

La facultad de medicina de la universidad de Chile (2016) realizó un estudio sobre en el cual comprende, desde un enfoque de género, la experiencia de cuidar, sus significados, aprendizajes y necesidades, desde las vivencias de cuidadores de personas adultas mayores con dependencia. Se realizó un estudio cualitativo de tipo descriptivo-interpretativo. Mediante un muestreo intencional y teórico con 13 entrevistas semiestructuradas a cuidadoras y cuidadores informales de adultos mayores con dependencia moderada y severa. Donde se observa en los resultados que existen diferencias de género en cuanto a los significados, motivaciones, valoraciones, consecuencias y necesidades de cuidadores. Las mujeres asumen el cuidado como algo natural y esperado de su círculo familiar y social. Los hombres lo asumen cuando hay ausencia de mujeres en su círculo cercano. Las necesidades son múltiples, y con una escasa respuesta de los servicios de salud. El aprendizaje es adquirido principalmente a través de la misma experiencia o consultando con otras cuidadoras. La presente investigación confirma que el cuidado está determinado por el género, observándose que

las desigualdades entre mujeres y hombres van más allá de la distribución del cuidado. El solo hecho de cuidar profundiza estas desigualdades en las diferentes áreas de la vida de las cuidadoras. La naturalización de esta situación por parte del círculo social cercano y de las mismas cuidadoras llevan a la invisibilización de la inequidad de género presente en el cuidado (Pizarro, 2019).

SENAMA (2017), realizó un estudio de “Condiciones de vida de las personas mayores al interior de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores de SENAMA” considerando la recolección de información a través de técnicas cuantitativas y cualitativas, las cuales fueron aplicadas tanto a residentes como a trabajadores de los establecimientos. El modelo asilar tradicional a partir del cual han operado los Establecimientos de Larga Estadía, ha contribuido notablemente a proveer alivio tanto a las familias como al Estado, jugando un rol relevante en un espacio vacío. En este contexto el Estado de Chile comienza a considerar e incorporar en el diseño de sus intervenciones la diversificación sistemática de la demanda por bienes y servicios y la necesidad de asegurar derechos para las personas que residen en instituciones, orientándose no sólo a proveer cuidados, sino también a acompañar, rehabilitar y recuperar, tomando en cuenta siempre la dignidad, requerimientos y preferencias de las propias personas mayores.

El estudio que se expone a continuación, se constituye en la primera indagación de su tipo en América Latina, en tanto recoge, en línea con el Enfoque de Derechos y la Atención Centrada en la Persona, la evaluación de los servicios que se proveen en instituciones de larga estadía desde la propia voz de los residentes. Del total de los ELEAM visitados, desde donde se extrajeron 465 encuestas sólo el 19% (88 adultos mayores) pudo responder por sí mismo, dado el deterioro cognitivo exhibido en los test aplicados. El resto de la información fue entregada en su mayor parte por los cuidadores a cargo de cada uno de ellos al interior de la institución, y en unos pocos casos por familiares presentes durante la situación de entrevista. En cuanto a la praxis y demandas de cuidado propiamente tal, los resultados del estudio relevan que existe un potencial de alta carga dados los perfiles de salud y funcionalidad, asociados a discapacidad, deterioro cognitivo y dependencia encontrados entre los residentes (SENAMA, 2017).

En general, los ELEM estudiados se proyectan como instituciones bastante profesionalizadas en su estructura y funcionamiento. En este sentido, las decisiones que atañen a la vida de las personas mayores están encabezadas por un cuerpo profesional especializado en los ámbitos de salud física, salud emocional, alimentación y conducción general de los establecimientos. Estas decisiones, en varias ocasiones, son consultadas a las propias personas de edad, verificándose con ello la participación directa en las decisiones que les afectan. De esta forma, se da cumplimiento a uno de los aspectos más relevantes de la Atención Centrada en la Persona (SENAMA, 2017).

En relación a los elementos constitutivos del perfil de los residentes, cabe destacar que el 71,8% de los residentes presenta dependencia severa, el 18,3% presenta dependencia moderada, un 4,7% tendría dependencia leve y el 5,2% no presentaría dependencia. Complementariamente, del total de residentes, el 13,3%, no presentaría discapacidad, el 44,3%, se encuentran en situación de discapacidad leve a moderada y el restante 42,4%, equivalentes a 197 personas, discapacidad severa. Respecto las personas con discapacidad y dependencia se registró que de los 465 residentes 394, equivalentes a 84,7%, tienen dependencia y discapacidad. De las personas en situación de discapacidad leve a moderada, el 95,6% presenta dependencia y de las personas con discapacidad severa el 100% es, a la vez, dependiente (SENAMA, 2017).

Los sentimientos de satisfacción personal, bienestar y felicidad pesquisados en este estudio, reflejan situaciones ambivalentes. Lo mismo ocurre con el sentimiento de sentirse querido o respetado al interior de la residencia. La escala de depresión geriátrica, a su vez, refleja un panorama que revela situaciones que pueden derivar en patologías graves. Se observa que muchas personas mayores se encuentran sin una figura significativa y sin recibir visitas de sus familiares. Además, son los propios funcionarios los que muchas veces cumplen el rol de prestar consejo o de confidente frente a algún problema. Por otra parte, de las personas a las que se les aplicó el test de tamizaje para medir normalidad, depresión leve o depresión establecida, más de la mitad presentó al menos depresión leve. Se observó una diferencia significativa entre quienes presentan depresión establecida y tienen o no amigos en el ELEM. De esta manera la no existencia de amigos impacta significativamente en la posibilidad de presentar depresión establecida.

Igualmente, importante, y que perfila un potencial de intervención y mejora, es el hecho de que se observan diferencias significativas SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR - COLECCIÓN ESTUDIOS 93 entre quienes creen que hay o no posibilidades de generar lazos de amistad al interior del ELEM. (SENAMA, 2017).

De esta manera, tan importante como la presencia efectiva de lazos de amistad, es la posibilidad de contar con espacios e instancias para poder generar tales lazos, lo que atañe directamente a las residencias como responsables de generar los ámbitos donde estas relaciones pueden establecerse y perdurar. Sobre la carga de trabajo de los cuidadores El estrés, las altas cargas de trabajo, la escasa implementación de herramientas de autocuidado y la complejidad de las necesidades de las personas mayores institucionalizadas, redundan en potenciales escenarios de maltrato a la persona cuidada y, a su vez, en una situación donde los funcionarios de trato directo pueden ver deteriorada seriamente su salud emocional y física. Considerando la totalidad de las preguntas del cuestionario de burnout aplicado, y teniendo presente que puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y bajas en realización personal estarían indicando un alto nivel de burnout, uno de cada tres cuidadores presenta niveles medios de burnout y uno de cada cuatro un nivel alto. Esto da cuenta de una situación que debe ser abordada en conjunto entre los operadores de los establecimientos y SENAMA, ya que la sobrecarga de los cuidadores, por una parte, impacta en la calidad de vida de estos mismos, pero también influye en el trabajo directo que mantiene con los residentes y en el nivel de desempeño de las funciones, generando posibles situaciones de maltrato y vulneración de derechos. Por consiguiente, debe ser prioritario el abordaje desde las distintas dimensiones, procurando abordar el autocuidado de profesionales y la promoción de acciones en pos de la realización personal, renovando permanentemente el sentido del quehacer cotidiano (SENAMA, 2017).

#### **1.4 Pregunta de investigación**

¿Cuáles son los factores de riesgo y niveles de sobrecarga que influyen en los cuidadores de adultos mayores institucionalizados de residencias privadas en la comuna de San Miguel?

## **1.5 Objetivos**

### **1.5.1 Objetivo general:**

Conocer los factores de riesgo y niveles de sobrecarga en los cuidadores de adultos mayores institucionalizados de residencias privadas en la comuna de San Miguel.

### **1.5.2 Objetivos específicos:**

- Evaluar los factores de riesgo y niveles de sobrecarga en cuidadores de adultos mayores institucionalizados de residencias privadas en la comuna de San Miguel.
- Determinar si existe relación entre sexo y los factores de riesgo depresión y ansiedad en cuidadores de adultos mayores institucionalizados de residencias privadas en la comuna de San Miguel.
- Determinar si existe relación entre edad y los factores de riesgo depresión y ansiedad en cuidadores de adultos mayores institucionalizados de residencias privadas en la comuna de San Miguel.
- Determinar si existe relación entre sexo y niveles de sobrecarga en cuidadores de adultos mayores institucionalizados de la comuna de San Miguel.
- Determinar si existe relación entre edad y niveles de sobrecarga en cuidadores de adultos mayores institucionalizados de la comuna de San Miguel.

## **1.6 Limitaciones del estudio**

La presente investigación toma de muestra una comuna determinada de la región metropolitana dirigiéndose a la comuna de san miguel, siendo no experimental lo cual pude limitar la causa y efecto ya que uno de sus objetivos específicos es solo de establecer si existe relación.

Otro punto para tomar en consideración es el tamaño de la muestra ya se dirigirá solo a los cuidadores de adultos mayores institucionalizados de la comuna de San Miguel, en

el cual, no posibilita su generalización a nivel regional en los resultados a obtener la pandemia ha sido una limitación en los investigadores como factor de influencia para la obtener acceso a los ELEAM las medidas que ha tomado el gobierno son limitantes partiendo por la reducción de movilidad en algunos horarios por motivos de toques de queda, adelantos de toques de queda, sumado a ellos los permisos de movilidad general reducidos, reducción de movilidad individual, cuarentenas obligatorias, limitaciones de personas dentro de un lugar lo que son los aforos máximos permitidos, división de comunas en fases y los estrictos protocolos de aduanas sanitarias para el ingreso de los establecimiento.

## CAPÍTULO II MARCO TEORICO

### 2.1 La Psicología Clínica

Está focalizada estudiar y proteger la salud mental, el comportamiento tanto el de las personas, como de los grupos, buscando así la adaptación y desarrollo personal. Orientada en desarrollo de las funciones del individuo, psicosociales, emocionales, intelectuales, socioeconómicas y biológicas, en las diferentes culturas a lo largo de toda la vida (American Psychological Association, 2015).

De acuerdo con Martínez, López-Espinoza, Aguilera, Torre-Ibarra (2007), los profesionales que se dedican al área clínica, se forman por diversas corrientes u escuelas, las cuales pueden ser: cognitiva, conductista, humanista, gestáltica, psicoanalítica, terapias familiares, sistémica, etc.

La labor de los psicólogos clínicos es, encargarse en asistir a los individuos que tienen algún malestar psicológico, además de dar cuenta de ciertos trastornos psicológicos, con finalidad de ofrecer psicoterapia.

La intervención no es lo único que realizan los psicólogos, también aportan en investigaciones de carácter psicológico, científico, en la docencia, psicología escolar, psicología forense los que tienen más expertos, e incluso en psicología deportiva.

El inicio de la Psicología Clínica comenzó en Estados Unidos en los últimos años del siglo XIX. En este periodo el psicólogo Lightner Witmer empieza la primera clínica psicológica con propósito de ayudar a las personas acomplejadas, en la Universidad de Pensilvania.

En Europa 1895, Sigmund Freud el neurólogo austriaco fue considerado de los primeros precursores en psicología clínica, ya que imparte el psicoanálisis como intervención terapéutica en afectaciones psicológicas en individuos. Aunque, la visión

terapéutica y principios teóricos fueron cuestionados, la metodología fue fundamental para dar criterios básicos en psicología clínica aplicada.

En el siglo XX, se centró más en la evaluación psicológica que en las metodologías de intervención. Pero luego, de la II Guerra Mundial hubo urgencia de comprender y tratar las necesidades e intereses psicológicos que surgieron del conflicto bélico, por lo que, se dio más énfasis a tener más tratamientos psicológicos en post de tener mejor calidad de vida.

## **2.2 Áreas de aplicación de la Psicología clínica**

Según Martínez et al (2007), con el transcurrir de los años, la psicología clínica ha sido base de estudio para los profesionales, con respecto a la conducta humana. Wilhelm Wundt en su laboratorio de Leipzig, busco medir las variables observables de la conducta, dicho estudio se propago haciendo la psicología clínica una rama de excelencia para las investigaciones. Los psicólogos trabajan con diferentes herramientas y enfoques, los que utilizan en diversos campos de estudio, los cuales pueden ser:

Intervención en familias, terapia en adultos mayores, neuropsicología clínica, psicología clínica infantil, rehabilitación neuropsicológica, psicooncología, evaluación, atención e intervención en patologías. Los profesionales se perfeccionan de acuerdo, a que personas enfocar su ejercicio profesional: niños, jóvenes, adultos, ancianos, personas con enfermedades complejas, problemáticas de dinámica familiar y/o social, laboral. La modalidad investigativa para guiar en la práctica clínica, se ha visto limitada a lo largo de los años. Trull y Prinstein (2013), indican que las fundamentales ocupaciones que tienen los psicólogos clínicos es, la Psicoterapia, pasando luego al diagnóstico y/o evaluación, y la actividad menos realizada es la investigación. Además, las generaciones de intervenciones son mayormente guiadas por las teorías, más que las investigaciones (Martínez et al, 2007).



Como sabemos, la Psicología nació vinculada a la Fisiología y a los laboratorios experimentales. Sin embargo, antes de su nacimiento científico, la Psicología estuvo vinculada al mundo de la salud fundamentalmente a través de su colaboración con el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades mentales (Martínez et al, 2007).

### **2.3 Psicología Clínica y Salud**

Según la OMS en el año 1948 define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad”. así que salud es un sistema biopsicosocial que integra la mente y el cuerpo.

De acuerdo con Juan Carlos Jaramillo (2015), la vinculación de salud y psicología se relacionan con el modelo biomédico, lo cual la psicología ha podido insertarse dentro de los contextos propios de las ciencias de la salud. Explica que la relación entre psicología y salud invita a la apertura, al diálogo y a la crítica constructiva, para tender puentes que permitan comunicar a la psicología con otras disciplinas, discursos y prácticas, en el interés de encontrar nuevas formas de comprender la salud y de procurar el cuidado y la promoción de la vida. Debemos entender que la psicología de la salud es una rama de la psicología.

La relación entre la Psicología de la Salud y la Psicología Clínica contienen un conjunto de términos comunes: prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, pero, como indica Weiss (1982), en el marco global de la aplicación de la Psicología al campo de la salud, la psicología de la salud y la psicología clínica se interesan en ello, y hay semejanzas y sinergias entre ellas. (Jaramillo, 2015)

### **2.4 Psicología de la salud**

El término original se atribuye a Joseph Matarazzo, psicólogo estadounidense y ex presidente de la asociación americana de psicología donde se le concede gran parte del trabajo inicial en psicología de la salud definiéndola como “el conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas

psicológicas hacen a la promoción y mantención de la salud, a la prevención de tratamiento de la enfermedad, a las identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, a la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y la formación de una política sanitaria” (Matarazzo, 1980, p. 815).

Matarazzo distingue cuatro orientaciones fundamentales de trabajo: a) se destaca la promoción y el mantenimiento de la salud, b) se incluye la prevención y el tratamiento de la enfermedad, c) se centra también en el estudio de la etiología y correlatos de la salud, la enfermedad y las disfunciones, y, d) se atribuye como competencia del psicólogo de la salud el estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de salud, aspecto éste que está cada vez más llamando la atención de los psicólogos insertados en el sector salud. (Hernández, Grau, 2005)

En América latina ya se apreciaba gran interés por la vinculación del pensamiento en salud pública, Argentina en 1971 con la psicología sanitaria y Cuba en 1969 con la psicología de salud donde se crea el grupo nacional de psicología en el ministerio de salud pública en el cual integra programas para priorizar a los centros de atención primaria; también en ese año 1974 se fundó la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud, con énfasis en la promoción y la prevención, partían de desarrollos anteriores de la disciplina, como la propia psicología clínica y la psicología médica la que a pesar de su orientación preferencial hacia la salud mental para pasar progresivamente a una mirada más integradora que sitúa al ser humano en el centro del proceso de la salud y la enfermedad, no como un huésped pasivo de los agentes patógenos, sino como un sujeto activo en capacidad de construir su propia salud, cuidar de ella, participar activamente en su recuperación e intervenir en la sociedad para limitar los riesgos y desarrollar ambientes saludables (Hernández, Grau, 2005).

La Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA), fundada en Santiago de Chile en 1993 en el marco del XXIV Congreso Interamericano de Psicología ha contribuido a estimular el intercambio entre especialistas de regiones y a fomentar el desarrollo de la Psicología de la Salud en los países de América Latina fomentando una

reflexión que no pierda el abordaje holístico y abarcador, de las particularidades distintivas de su desarrollo en diferentes regiones y países de habla hispana y estimulando el esfuerzo de los psicólogos por participar, cada vez más activa y creativamente, en la solución de problemas concretos de salud (Hernández, Grau, 2005).

En 1997 se realiza un Seminario sobre Psicología de la Salud en la Pontificia Universidad Católica de Chile, en 1997 y en ese mismo año un Taller sobre Psicología de la Salud y Enfermedades Crónicas No Transmisibles, en el Ministerio de Salud (MINSAL), con participación de especialistas de muchas provincias y regiones, además el V Congreso Nacional de Psicología, tuvo fuertes contenidos de Psicología de la Salud. Por esa época existía una Maestría en Psicología de la Salud la Universidad de Concepción, se creó la Asociación Chilena de Psicología de la Salud (ACHIPSA) y muchos otros eventos tuvieron lugar, con participación de psicólogos como Marcela Lechuga, Myriam George, Rosario Domínguez, Eliana Guic, y el apoyo del Colegio Oficial de Psicólogos (Hernández, Grau, 2005).

El campo de acción en el enfoque de salud en Chile, junto con la alta prevalencia de trastornos mentales; las tasas de prevalencia de trastornos mentales son altas en comparación con otros países (Scharager y Molina, 2007), contribuyeron a introducir innovaciones en las políticas de salud mental y a la decisión de incorporar en los servicios de Atención Primaria de la Salud a profesionales no integrados con anterioridad, como los psicólogos. Junto con esto, las reformas sanitarias relacionadas con la salud mental culminaron con la publicación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (PNSMP) en el año 2000, este plan tiene un enfoque biopsicosocial y se basa en la organización en redes de salud mental, con servicios comunitarios, ambulatorios y hospitalarios (Pizarro, 2019).

Es importante recordar que es en los hospitales y centros de salud en dónde se producen las situaciones más difíciles que deben afrontar las personas a lo largo de su vida. La enfermedad, el dolor, la incapacidad y las pérdidas, son circunstancias que movilizan emociones de gran intensidad que pueden derivar en problemas de adaptación

(Remor, Arranz y Ulla, 2003). Por lo que, el psicólogo de la Salud, cuando desarrolla su labor en el ámbito hospitalario, se encuentra con situaciones donde existen altos niveles de estrés y de experiencias de sufrimiento, derivados de la impredecibilidad, incontabilidad e incertidumbre asociados a la enfermedad (Remor, Arranz, y Ulla, 2003). La participación de la Psicología en el campo de salud ha tomado especial relevancia a raíz de las redefiniciones del concepto de salud. Así Godoy, (1999) considera dos dimensiones para reformular el concepto de salud: el balance de salud y el potencial de salud; el balance de salud sería el estado de equilibrio dinámico dado por dimensiones de índole positiva (bienestar físico, psíquico y social) y negativas (ausencia de enfermedades, trastornos o síntomas o necesidades), con indicadores complejos a nivel individual y comunitario (Pizarro, 2019).

Atención Primaria de Salud El objetivo de la Atención Primaria de Salud es otorgar una atención equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, es decir, anticipándose a la enfermedad, bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, que es un modelo de atención centrado en las personas, sus familias y la comunidad, con un equipo de salud de cabecera que brinda atención continua a lo largo de todo el ciclo vital (Ministerio de Salud). Por otra parte, representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud, brindando una atención ambulatoria (Pizarro, 2019).

La Psicología Clínica está basada en los trastornos mentales, los tratamientos. Mientras que la Psicología de la Salud se dedica a los fenómenos y/o trastornos que se relacionan con problemas de salud general, focalizándose en la promoción y prevención de la salud considerando la perspectiva social (García-López, Piqueras, Rivero, Ramos, Oblitas, 2008).

Psicología Clínica y de la Salud integra dos campos de especialización separados, previamente existentes: la Psicología Clínica y la Psicología de la Salud, la primera dedicada a los trastornos considerados clásicamente clínicos o mentales y centrada en

los tratamientos; y la segunda a los fenómenos y trastornos psicológicos relacionados con los problemas médicos o de salud en general, centrándose también en la prevención y promoción de la salud, añadiendo la perspectiva social en todos los casos (García-López et al, 2008).

De acuerdo a García-López et al (2008), existen ocho principales funciones que tiene un psicólogo clínico y de la salud:

- **Evaluación:** Parte en la cual se analiza la información recolectada, se selecciona y se utiliza la que sea necesaria para intervención. En la psicología clínica se ocupa herramientas como, las entrevistas, test, cuestionarios y registros psicofisiológicos (a esto en conjunto se le llama batería de pruebas). Por otro lado, la psicología de la salud trabaja con datos estadísticos acerca de predominio de características de población, enfermedades, entre otros factores.
- **Diagnóstico:** Es cuando se obtiene captar y categorizar en un grupo determinado de riesgo al paciente. Según los resultados de los análisis de las baterías aplicadas darán cuenta al psicólogo tanto de salud y clínico si deben:
  - Acudir de otros profesionales para trabajar con el paciente.
  - Decidir si se debe actuar con rapidez a planificar una intervención frente a la severidad del problema.

Realizar diagnóstico

Crear y preparar un tratamiento efectivo.

- **Tratamiento:** Psicólogos clínicos y de la salud aplicaran tratamiento al o los pacientes, a raíz de las corrientes o escuelas psicológicas que encuentren más convenientes, estas pueden ser mediante: terapia de compromiso y aceptación, modificación de conducta, terapia sistémica, terapia cognitiva, psicoanálisis, modelo humanista, etc.

- Asesoramiento, información y coordinación: El psicólogo se encarga de entregar diversas alternativas para solucionar los problemas en conjunto con la persona, y también si es necesario en colaboración de otros profesionales. Se pueden diseñar intervenciones o programas para prevención de salud o acompañamiento en procesos de enfermedad.
- Promoción de la salud/ prevención de la enfermedad: Se centra en el estudio en factores de riesgo para la salud, realizando programas de prevención de enfermedades, creando conocimiento a la población, promoviendo hábitos saludables, dando a conocer recursos materiales que se pueden acceder.
- Investigación: Se pueden generar en los contextos donde trabajan los psicólogos como también, en laboratorios que permiten efectuar estudios controlados. Que trabajen en conjunto el psicólogo clínico con el de la salud, puede permitir el logro de financiamiento de la investigación.
- Enseñanza: Es fundamental para las investigaciones, la expansión de información para el conocimiento de los profesionales que son parte del área de la salud, además aporta a la elaboración de material docente.
- Dirección, Administración y Gestión: Función relacionada con la gestión del sistema sanitario, para personal de recursos humanos y esenciales en el área de intervención para psicólogos clínicos y de la salud. En atención primaria como en situaciones hospitalarias el rol sería de supervisar, coordinar, direccionar, etc.

En este punto debemos entender que desde el año 2019 hemos vivido un cambio rotundo en el ámbito de la salud ya que se inicia una pandemia declarada a nivel mundial conocida como covid19.

## **2.5 El antes y después en la psicología de la salud**

Los indicadores de salud mental en nuestro país son alarmantes. La pandemia ha

ocasionado en Chile y a nivel mundial, varias secuelas que impactan la salud mental de las personas. Hay que destacar que antes del inicio del COVID-19 nuestro país ya presentaba desalentadoras cifras en el ámbito de la salud mental de la población; es así como la Encuesta Nacional de Salud del año 2019, arrojó que en Chile los problemas de salud mental constituyen la principal fuente de carga de enfermedad, lo que tiene consecuencias en distintos ámbitos de la vida cotidiana (Salinas, 2021).

La emergencia actual ha venido a evidenciar no solo las enormes brechas y diferencias para obtener bienes y servicios, sino también en cuanto a las condiciones de vida y acceso a la salud mental.

## **2.6 Psicología de la salud en pandemia**

El Covid-19 es una infección respiratoria la cual ha causado más impacto y daño internacional en el último tiempo, pero debemos recordar que con anterioridad ya han existido enfermedades similares. Se identificó también infecciones como el Síndrome Respiratorio del Medio Oriente MERS en 2012 y el Síndrome respiratorio agudo severo SARS en 2003 (OMS, 2020).

Es aquí donde podemos extraer evidencia de que ambas enfermedades produjeron similitudes biológicas o formas de atacar al organismo, pero también comparten otras condiciones que son necesarias de analizar para explicar el colapso de los sistemas de salud, social y económico de los países.

En Corea el año 2018 Parka, Leeb, Parkc & Choid, realizaron un estudio en enfermeras hospitalarias, encontrando que tanto el estigma como la resistencia conceptualizada como disposición de la personalidad caracterizada por un involucramiento en lo que están haciendo (compromiso), en que creen y actúan como si pudieran influenciar los eventos que forman sus vidas (control), y consideran que el cambio no sólo es normal sino también un estímulo para el desarrollo (desafío) ejercen un efecto directo sobre la salud mental, el cual podría ser parcialmente mediado por la

presencia de estrés, concluyendo sobre la necesidad de implementar aplicaciones en salud mental mediante un programa de educación/intervención que considere estos aspectos (Urzúa, Vera, Caqueo, Polanco, 2019).

En Corea del Sur el MERS fue considerado como una gran amenaza para la salud pública, donde la gravedad se vio aumentada por las respuestas inapropiadas de las principales instituciones y la comunidad. Yang & Cho en el 2017, analizaron las posibles fuentes de confusión durante el brote de MERS y los factores que podían afectar el comportamiento de las personas, reportando que la percepción del riesgo fue clave en las reacciones de las personas y se relacionó con la mayoría de los factores estudiados y principalmente con la reacción exagerada del público. Sin embargo, el conocimiento sobre la naturaleza de la enfermedad disminuyó la reacción exagerada y mejoró el cumplimiento de las instrucciones de la cuarentena (Urzúa, Vera, Caqueo, Polanco, 2019).

De esta forma, los autores concluyen la importancia de proporcionar adecuadamente información sobre la enfermedad y de entregar datos precisos al público y establecer confianza y facilitar el desarrollo de una actitud será importante en futuras crisis similares de forma de garantizar una respuesta rápida a los brotes de enfermedades y para prevenir comportamientos inadecuados.

En Corea igualmente se estudió el efecto del MERS en la salud mental de personas que estuvieron en cuarentena por haber estado expuestas al virus, en un periodo de 4 a 6 meses después de haber concluido la cuarentena, encontrando como factores de riesgo para experimentar sintomatología ansiosa y sentimientos de rabia la presencia de síntomas relacionados con el MERS durante el aislamiento, suministros inadecuados (comida, ropa, alojamiento), actividades de redes sociales (correo electrónico, texto, Internet), historial de enfermedades psiquiátricas y pérdidas financieras, concluyendo que estos problemas de salud mental pueden prevenirse al proporcionar apoyo de salud mental a las personas con salud mental vulnerable, así como proporcionando información precisa y suministros apropiados (Urzúa, Vera, Caqueo, Polanco, 2019).



El 2003, el mundo se vio afectado por la mortal epidemia de SARS. Dadas las exigencias y demandas de esta enfermedad tanto para la comunidad como para el personal de la salud se analizaron las posibles consecuencias tiempo después. Lee et al (2007) analizaron las consecuencias psicológicas en sobrevivientes trabajadores sanitarios y no sanitarios un año después del brote de la enfermedad. Los resultados un año después del brote mostraron que los sobrevivientes de SARS, todavía tienen niveles elevados de estrés y niveles preocupantes de angustia psicológica y específicamente del SARS del trabajador de la salud fue significativamente mayor, lo que sugiere en la necesidad de establecer programas de apoyo e intervención posterior y específicos para los profesionales de la Salud. En China, se estudiaron las relaciones entre los estresores y el estilo de afrontamiento utilizado frente al SARS con el ajuste psicológico, en estudiantes universitarios, encontrando que la presencia de estresantes y un estilo de afrontamiento evitativo predijeron la presencia de sintomatología, en tanto un afrontamiento de tipo activo predijo una mayor satisfacción con la vida al controlar los estresores (Urzúa, Vera, Caqueo, Polanco, 2019).

Además, explican Urzúa, Vera, Caqueo, Polanco (2019), que debido a lo reciente de la enfermedad COVID-19, se cuenta con poca evidencia disponible, sin embargo, ya especialistas reportan una serie de reacciones y estados psicológicos observados en la población, incluyendo efectos en la salud mental informando que las primeras respuestas emocionales de las personas incluyen miedo e incertidumbre extremos.

Por otra parte, y dado el miedo y percepciones distorsionadas de riesgo y consecuencias dañinas se informan de comportamientos sociales negativos. Estos estados y conductas pueden dar pie a problemas en salud mental pública incluidas reacciones de angustia (insomnio, ira, miedo extremo a la enfermedad incluso en personas no expuestas), y de comportamientos riesgosos para la salud, trastornos específicos como estrés postraumático, ansiedad, depresión, y somatizaciones

Un efecto similar lo reportan Li, Wan, Xue, Zhao y Zhu en el año 2020, quienes estudian los mensajes enviados de Weibo (sitio web chino de redes sociales) antes y después de la declaración del COVID-19 el 20 de enero del 2020, encontrando que las emociones negativas como la ansiedad, la depresión y la indignación, así como la sensibilidad a los riesgos sociales aumentaron, en tanto disminuyeron las emociones positivas (Urzúa, Vera, Caqueo, Polanco, 2019).

Según Madariaga, Oyarce (2020), explica que en Chile la pandemia es un factor que contribuye a la crisis social, debemos recordar que Chile se encuentra en dos crisis de manera simultánea. La primera es la social, visibilizada desde el 18 de octubre de 2019 y la segunda crisis es el de la pandemia, un productor y reproductor de múltiples efectos para la salud mental de la ciudadanía mundial y local. Como trauma opera enfrentando a las personas con el riesgo de morir, con la posibilidad de la pérdida de seres queridos, aumentando el riesgo de depresión y cronicidad de esas pérdidas por el aislamiento.

Los efectos psicosociales: el deterioro de la calidad de vida, otro efecto devastador es la difusión colectiva del miedo y la angustia ante una amenaza real frente a la cual se batalla apenas con los escasos recursos familiares y de la solidaridad comunitaria; este estado emocional se nutre también de la desinformación, la confusión y los errores con que las autoridades han actuado frente a la pandemia, Por otra parte, el confinamiento social de los sectores más desprotegidos por el sistema económico en ausencia de un soporte razonable desde el Estado para sobrellevar el encierro, muchas veces en condiciones de hacinamiento forzado, agrega fenómenos como la violencia contra la mujer, el consumo excesivo de alcohol, el maltrato a los niños, el debilitamiento de los lazos sociales con los espacios de pertenencia y con la familia extensa, etc (Madariaga, Oyarce, 2020).

Se ha trabajado en estrategias para mitigar dichos efectos. Donde se establecen una serie de recomendaciones para fomentar el autocuidado donde El resguardo y los cuidados que tomamos como individuos, con la familia, en el trabajo o en los lugares públicos se ha transformado en el eje más relevante a seguir durante esta pandemia de Covid-19.

En Chile se difundió un documento titulado “Salud Mental en situación de pandemia. Documento para Mesa Social Covid-19”, Este documento plantea razones para la protección de la Salud Mental durante la epidemia, no solo medicamente, El documento propone un sistema de apoyo Integrado para ir disminuyendo a través de la prevención, la atención y el fortalecimiento de la resiliencia. Tomando como modelo la Pirámide de Intervención en Salud Mental y Apoyo Psicosocial (elaborada por el Inter-Agency Standing Committee) en el cual identifica y refuerza comunitario y familiar especificando la educación (Caro, 2021).

Las estrategias de adaptación y respuesta que implementen personas, familias y comunidades dependerán principalmente de cuan protegida perciban su salud física y mental y la satisfacción de sus necesidades básicas. En el tema de personas mayores existe un gran desafío para afrontar, en particular en personas mayores que viven solas, y quienes son personas mayores dependientes. Éstas últimas requieren del apoyo de un tercero quien es generalmente un familiar que ejerce labores de cuidado esenciales (Universidad de Chile, 2020).

Es por ello que las políticas de salud mental en este grupo etario deben incluir a la diada persona mayor-cuidador principal. Esto es válido también para las personas mayores institucionalizadas en establecimientos de larga estadía donde es importante resguardar tanto la salud mental de los residentes como del personal que trabaja en ellas. Se requiere prestar especial atención a la percepción de soledad, riesgo suicida, sintomatología depresiva, riesgo de maltrato y considerar la salud mental de los cuidadores. (Universidad de Chile, 2020).

## **2.7 Adultez Mayor**

Hay reacción frente a los cambios en la etapa de la vejez, donde se tiende a deteriorarse gradualmente las capacidades de adaptación e aptitud, entonces también hay una pérdida de la conservación de los órganos del cuerpo. Se considera que hay aspectos negativos y positivos al momento de envejecer. Cuando se observa estos

cambios de manera negativa, se habla que enfermedades que se van presentando por el deterioro de capacidades, una baja autoimagen de sí mismo, la complejidad de ingresos económicos, una disminución de la vida social que se lleva y también la pronta muerte. Por otra parte, los aspectos positivos que se pueden dar son, a partir de un ritmo de vida activo, aún puede darse la preservación de habilidades y funciones que no limitan al individuo de mayor edad, la experiencia y sabiduría adquirida con los años que permite observar el acercamiento a la muerte de manera optimista y el aprovechamiento de tiempo para la preocupación propia a cumplir sus deseos (Godoy, 2020).

Según el Censo 2017, Chile se encuentra en una etapa avanzada de transición demográfica, con un 11,4% de personas tienen 65 años y más años, el 88,8% tiene edad menor a los 80 años, el mayor envejecimiento sucede en las regiones de Valparaíso y de Los Ríos que puntúan con 18,8 y 17,7% (Godoy, 2020).

Esto quiere decir, que estas variaciones demográficas dan cuenta, que hay mayor sobrevivencia y a la vez también alta tasa de personas incapacitadas por lo que sería esencial el apoyo y cuidado familiar, siendo un foco importante de estudio para el campo clínico y el social. Las personas de edades avanzadas tienen alta probabilidad, de contraer COVID-19 por el hecho de que, hay una disminución de defensa, son más propensos a padecer síntomas más graves que afecten su sistema respiratorio, siendo así también más fácil que le ocurra disfunción en sus órganos, como del corazón, los pulmones (Godoy, 2020).

## **2.8 Adulter Mayor en pandemia**

La pandemia de COVID-19 ha significado un cambio rotundo en la vida diaria de las personas. En los últimos meses, se han publicado diversos estudios sobre los efectos de cuarentenas prolongadas en la salud mental de las personas, muchos de ellos reportando resultados psicológicos negativos, producto de que los adultos mayores son uno de los grupos de mayor riesgo para esta enfermedad, su vida diaria cambió abruptamente, en particular por las medidas de resguardo como el distanciamiento social y el confinamiento (Observatorio del envejecimiento, 2020).

Es de gran relevancia ver su efecto en la salud mental de este segmento de la población. Las enfermedades de salud mental son multifactoriales y complejas, y han sido estigmatizadas, lo que complejiza aún más su identificación y tratamiento. En Chile, si bien se han hecho mejoras en la materia, con el Plan Nacional de Salud Mental, solo un 2% del presupuesto total de salud se invierte en esta área prevención y tratamiento a pesar de que la ONU recomienda una inversión del 5%. Dentro de los factores que resultan perjudiciales para la salud mental en la vejez, están los sentimientos de soledad, la inactividad y la dependencia (Observatorio del envejecimiento, 2020).

Algunos estudios han demostrado que estos elementos aumentan el riesgo de padecer cuadros depresivos, ansiedad y/o estrés. Debido a que estos se han exacerbado durante la pandemia, se utilizarán en esta ocasión como indicadores para explorar su posible impacto en la salud mental en las personas mayores en el actual contexto. Este reporte, además de dar luces sobre cómo el COVID-19 ha afectado la salud mental de la población adulto mayor, busca dar a conocer vivencias y preocupaciones del segmento 60+ tras nueve meses desde la primera cuarentena en el país, puesto que estas son también un factor importante al hablar de salud mental, especialmente cuando son sostenidas en el tiempo (Observatorio del envejecimiento, 2020).

## **2.9 Factores de riesgo**

Según la encuesta de caracterización socioeconómica de Casen 2017, la edad de jubilación en Chile es de 60 años para las mujeres y 65 para los hombres. En la lógica del etarismo, este constituye el paso a la denominada tercera edad. Ante el inicio de la pandemia en el mes de marzo, fueron identificados como “población vulnerable” junto a niñas, niños, trabajadores del área de la salud, enfermos graves y/o con cuadros crónicos. Pero la presentación de las cifras permite ver que la “vulnerabilidad” anticipaba la pandemia (Muñoz, Aguilar, s/f).

La Según la OMS (2016), factor de riesgo es cualquier rasgo, condición o característica que aumente probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. El factor de riesgo destacado son la insuficiencia ponderal, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las prácticas sexuales de riesgo, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. Todo tipo de riesgo, de índole sociocultural, económico, ambiental, comportamental y/o biológico, suele potenciar el fenómeno de interacción que se da por el efecto que da un factor sobre otro, como los ya mencionados (Muñoz, Aguilar, s/f).

### **2.10 Los factores de riesgo según Fernández, Vila, Carpena, Montero.**

- **Predicción:** Cuando un factor de riesgo representa una alta probabilidad de aparecer a futuro ejemplo, entre individuos que padecen una enfermedad versus quienes no, que absolutamente tiene menos e incluso nula posibilidad de riesgo de quienes si tienen enfermedad.
- **Causalidad:** Se da cuando existe más de un factor, en donde habría una variable que produce confusión. Ejemplo: Que realice una actividad física de alta exigencia una persona joven, no sería lo mismo a que la realice una persona de mayor edad, quizás puedan tener beneficios que a ambos les ayude, pero por la variable edad está en mayor riesgo quien tiene más edad, dado que las condiciones físicas no son iguales. Por lo tanto, la causalidad sería la edad.
- **Diagnóstico:** Es dado a raíz del conocimiento de un factor de riesgo que da presencia de alguna enfermedad. La información ya obtenida es aplicada en un proceso diagnóstico, el que da más valor predictivo certero, en pacientes con mayor prevalencia a padecer enfermedad. Además, el conocer con mayor exactitud los factores de riesgo es utilizado para perfeccionar la eficacia de los programas de cribaje. En estos programas, se selecciona de distintos grupos los pacientes con un riesgo aumentado.

- **Prevención:** Considerando que un factor de riesgo da más posibilidades de padecer una enfermedad, se busca ir reduciendo el factor para intentar inhibir o eliminar la enfermedad.

En el caso del cuidador a partir del cuidado de una persona adulta mayor constituye un factor de riesgo de morbilidad física y psicológica la carga se puede identificar en los cuidadores y sus factores de riesgo. La calidad del cuidado está en relación directa con el estado de salud del cuidador. Cuidar a un Adulto Mayor puede ser factor de riesgo para la salud influyendo el grado de dependencia de la persona que se cuida. Se puede identificar el "síndrome del cuidador" con factores de riesgo caracterizados por tener respuestas inadecuadas a un estrés emocional agotamiento físico y/o psicológico pudiendo manifestarse de manera psicopatológica como la depresión y ansiedad (Fernández, Vila, Carpenente, Montero, 1997).

### **2.11 Sobrecarga del cuidador**

Dentro de los conceptos importantes de estudio en investigaciones sobre cuidadores de personas con dependencia es la carga. Según Crespo y Rivas (2015), esto se debe a las repercusiones negativas que conlleva el cuidar como en la persona receptora de cuidados.

La primera concepción de carga del cuidador surgió en la década de 1960 con el trabajo de Grad y Sainsbury con familiares de enfermos psiquiátricos. Estos autores definieron la carga como "cualquier coste para la familia". Sin embargo, la primera conceptualización de la carga, unida a la diferencia entre lo que los investigadores y los familiares consideraban carga, generó dos componentes de la carga del cuidador. La carga objetiva refiriéndose a demandas en relación al familiar enfermo y la carga subjetiva comprendiendo sentimientos, y emociones (Crespo y Rivas, 2015).

A partir de la década de 1980 incluyó más dimensiones dentro de la carga, como económica, física, psicológica, emocional o social (Crespo y Rivas, 2015).

A pesar de las distintas acepciones del concepto, en la actualidad existe la tendencia en el ámbito gerontológico a utilizar el cuestionario de Zarit (Crespo y Rivas, 2015), ya que se ha convertido en el instrumento de evaluación de la carga más extendido.

A partir de los trabajos de Zarit, quien elaboró una de las primeras y más utilizadas escalas de medida. En su trabajo examinó la sobrecarga asociada al deterioro funcional y cognitivo del paciente con demencia atendido en la comunidad, incluyendo las principales áreas problemáticas referidas por los cuidadores (Carasco, 2013),

De manera muy general, podemos considerar la sobrecarga, de acuerdo con George y Gwyther, como el conjunto de problemas físicos, psicológicos o emocionales, sociales y económicos que pueden ser experimentados por una persona que realiza tareas de cuidado. Sin embargo, sobre esta definición emitida en 1986 se han ido sucediendo nuevas aportaciones, que han dado lugar a una diversidad de enfoques y, por consiguiente, de estrategias de evaluación (Carasco, 2013).

Una de las primeras aportaciones consistió en diferenciar las dimensiones objetivas y subjetiva de la sobrecarga, separando por un lado los eventos, hechos y actividades y, por otro, los sentimientos, actitudes y emociones. La primera dimensión se refiere a las repercusiones concretas sobre la vida del cuidador, como el tiempo de cuidado, las tareas realizadas, el impacto en el ámbito laboral, el coste económico, las limitaciones en la vida social y los conflictos de rol. La segunda dimensión considera las actitudes o reacciones emocionales del cuidador hacia la experiencia del cuidado (por ejemplo, culpa, tensión, preocupación), un aspecto que había sido considerado por Zarit en sus trabajos iniciales como el fundamental, por lo que una serie de instrumentos se centran exclusivamente en su medición (Carasco, 2013).

Por otra parte, Poulshock y Deimling propusieron un enfoque multidimensional de la sobrecarga, señalando que el impacto que la demencia tiene sobre la vida del cuidador es una experiencia subjetiva, pero modulada por las condiciones del cuidado; estos autores propusieron varias dimensiones interrelacionadas: los problemas del paciente, la



sobrecarga y el impacto. De esta visión se han derivado otro grupo de instrumentos que estudian aspectos como el impacto del cuidado en la salud física y mental, en la vida social y en las condiciones de vida del cuidador, entre otros (Carasco, 2013).

Por último, otra corriente de análisis del concepto de sobrecarga lo liga sobre todo al malestar experimentado por el cuidador ante los problemas del paciente y su deterioro. Este aspecto destacado ya en los estudios de Zarit es considerado como el factor que mejor predice la institucionalización del paciente.

Según el modelo de Pearlin, el cuidador se enfrenta a dos tipos de estresores, las exigencias objetivas de la tarea de cuidar relacionadas con el deterioro físico y cognitivo, la incapacidad funcional y los problemas de comportamiento del enfermo; que constituyen uno de los factores que más se correlacionan con la sobrecarga, y los estresores subjetivos provienen de la valoración que realiza el cuidador de estas exigencias y que puede ser generadora de sentimientos de carga, pérdida. Los estresores secundarios suelen derivarse de los primarios y se manifiestan en forma de conflictos familiares, laborales, económicos e intrapsíquicos (pérdida de autoestima, indefensión aprendida, etc.) (Carasco, 2013).

## **2.12 Ansiedad**

De acuerdo a Ayuso y Bulbena, la ansiedad es una respuesta adaptativa dentro de la existencia del ser humano. La ansiedad es un tema relevante para la Psicología; ya que, se aborda de diversas perspectivas, además que se incorporó solo en 1920 de manera tardía. De acuerdo, al Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el termino ansiedad se origina del latín “anxietas”, el cual es un estado de inquietud, de agitación, alteración del ánimo, siendo una emoción displacentera que se presenta como tensión emocional con algunas complicaciones somáticas (Sierra, Ortega, Ihab, 2003).

La ansiedad representa la combinación de varias manifestaciones de carácter físico y psicológico que no son peligrosas, pero que, si se presentan más bien un estado persistente, difuso o como crisis, pueden generar pánico, el cual da matices de reacciones neuróticas, quienes van acompañadas síntomas histéricos u obsesivos, que no entran dentro de un cuadro clínico.

Según Marks, el termino ansiedad tiene una cierta cercanía al miedo, aunque esto se diferencian en que, el miedo es una molestia o perturbación que se da en estímulos presentes, por otro el lado la ansiedad se vincula con el disponerse a peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Sierra et al,2003).

Ambas emociones, la ansiedad y el miedo tienen similitudes en manifestaciones, como la sensación de peligro, reacciones fisiológicas y respuestas motoras, que tanto se preocupan en distinguir los diferentes autores, considerados como mecanismos adaptativos, fortalecen la supervenía del ser humano (Sierra et al,2003).

Johnson y Melamed señalan que, la ansiedad es una respuesta menos clara, que se presenta sin causa alguna, más bien como una aprensión, confusión para la persona (Sierra et al, 2003).

Sandín y Chorot dice que, como la ansiedad predispone al individuo de una amenaza, otorga un valor funcional importante (Sierra et al, 2003).

Tobal indican que, desde la infancia la ansiedad ha sido, una función activadora y facilitadora de la respuesta, dándose como mecanismo biológico de protección e adaptación (Sierra et al, 2003).

Desde la perspectiva de la psicología de la personalidad, la ansiedad se percibe como un rasgo y estado. En personalidades neuróticas, como rasgo se da como, una respuesta ansiosa que se manifiesta ante el peligro. Comprendido de otra manera, la ansiedad es una fase transitoria y variable, que, dependiendo de su frecuencia y duración, será la percepción tensional del individuo (Sierra et al, 2003).

Belloch, Baños, Ibáñez y Belloch, explican que, existen diferencias cualitativas psicopatológicas entre la persona común con ansiedad y la que padece esto a nivel clínico, por lo que en concreto la demanda de tratamiento del individuo será de carácter multicausal. Desde el modelo multidimensional, las ansiedades normales con la patológica se vinculan con el grado el grado en que se presentan las dimensiones relevantes (Sierra et al, 2003)

Sheehan, hace la diferencia entre una ansiedad exógena (conflictos personales o psicosociales), de la endógena (independiente de los estímulos ambientales), explicando que la exógena tiene relación con la ansiedad generalizada. La ansiedad exógena se asocia a los ataques de pánico y cuadros fóbicos. La ansiedad tiene la división de primaria, la cual no proviene de otros trastornos mentales u orgánicos, mientras que la secundaria acompaña a afecciones primarias psiquiátricas, y también existe una ansiedad reactiva, que es dada por reacciones neuróticas de la angustia y/o ansiedad (Sierra et al, 2003).

### **2.13 Evolución histórica del concepto**

En la década de los años cincuenta y sesenta, la investigación psicológica se encontraba focalizada en el estudio de la esquizofrenia, aunque en los años setenta se centraba principalmente en la evaluación de los estados de ánimo, principalmente en la depresión (Sierra et al, 2003).

En 1985 los psicólogos norteamericanos Husain y Jack Maser, constataban que en los años ochenta sería la década de la ansiedad, entonces fue de ahí que empezaron a preocuparse, por las neurosis de ansiedad que se caracterizaba por la excesiva ansiedad, que lleva a la sensación de pánico que incluso iba acompañada por otros varios síntomas. La neurosis de ansiedad es causada por cualquier situación y no es necesariamente ocasionada por algún factor en específico en el DSM II de 1986. Hoy en día, los trastornos de ansiedad están catalogados en el primer lugar mundial entre los trastornos del comportamiento más destacados (Sierra et al, 2003).

La dificultad para poder operar el término ansiedad, se ha visto difuso por el desarrollo de definiciones generales que se dan por diversos enfoques, sumando el problema de etiqueta o denominado que se le da al concepto (respuesta, reacción emocional, rasgo de personalidad, síntoma, experiencia interna, entre otros) (Sierra et al, 2003).

En la filosofía existencial, la ansiedad es una respuesta de carácter humano que se da por el riesgo que se siente frente a los valores morales, ya que el sistema de valor da sentido a la vida del ser humano y esto hace sentir tanto como una amenaza de muerte (Sierra et al, 2003).

Lewis en 1980, señala que existen aún variadas palabras de origen indogermánico, que aún siguen existiendo y que en la cultura occidental define la ansiedad como el sentimiento de inquietud que se acompaña estrechamente en la zona epigástrica, generando complejidades respiratorias. Freud fue quien introduce el concepto como palabra técnica en la psicopatología (Sierra et al, 2003).

Freud en el año 1964, dice que la ansiedad es un estado afectivo molesto, que se singulariza por sentir miedo y tener pensamientos incómodos para la persona. Freud reconoce elementos fenomenológicos y fisiológicos dentro de sus estudios de ansiedad, justificando que la neurosis es producto de intensidad y el carácter que se presenta a través de experiencias traumáticas, dependiendo de la etapa del desarrollo psicosexual en que se situó la persona, será su funcionalidad. Por lo tanto, la neurosis proviene de la ansiedad como una característica o respuesta frente a un estado de alerta, que implica sentir miedo en baja frecuencia (Sierra et al, 2003).

Los psicoanalistas indican que la ansiedad neurótica, es una señal de peligro que viene de los impulsos reprimidos del sujeto, que se origina por las modificaciones producidas por la propia ansiedad objetiva (Sierra, et al, 2003).

En los años cincuenta, la ansiedad era entendida como una dolencia de sobreexcitación, por tanto, la exposición a un estímulo excitante, se detonaba en una incapacidad para inhibir la excitación. Wolpe, señala que, la ansiedad es “lo que se impregna a todo”, condicionada por el ambiente o diversas propiedades, haciendo que el individuo se encuentre ansioso de forma continua y sin razón alguna (Sierra et al, 2003).

De acuerdo a Lang, en los años sesenta se propuso la teoría tridimensional de la ansiedad, en la que las emociones se muestran por medio de reacciones agrupadas en diferentes categorías: cognitiva o subjetiva, fisiológica y motora o comportamental, las que se correlacionaban entre sí. Por ende, el individuo se manifiesta muy intensamente dentro de la categoría subjetiva, morigerada en la fisiológica y leve en la motora, pero en el individuo se puede observar todo lo contrario, concluyendo que hay una gran variabilidad interindividual en la reacción (Sierra et al, 2003).

A final de la década de los sesenta, se formaliza que la ansiedad alude a un patrón de conducta que está cargado de sentimientos subjetivos, tanto fisiológicos y tensionales son reacción a los estímulo cognitivos/somáticos, y los externos como los ambientales. Tratándose de un conducto multidimensional configurado por tres componentes (fisiológico, motor y cognitivo), los que se ligan entre ellos. El displacer es respuesta del aspecto emocional (en representación de tensión, inseguridad, dificultad para tomar decisiones, miedo, falta de concentración, pensamientos de inferioridad, sensación de pérdida de control, entre otros.), las características que se observan tienen que ver con conductas poco adaptativas (hiperactividad, tartamudeo, comportamiento evitativo, paralización motora, movimientos repetitivos y sin sentido, complicaciones al expresar, etc.), y las respuestas fisiológicas dadas por alto nivel en el sistema nervioso (pulsación alta, molestias digestivas, palpitaciones, temblor, dolor de cabeza tensional, hormigueo, tensión muscular, náuseas, sequedad de la boca, sudoración excesiva, impotencia sexual, etc.) (Sierra et al, 2003).

Epstein, alude que la ansiedad es parte de un estado emocional no resuelto, no específico que amenaza la percepción. A su vez, Mark y Lader, definen la ansiedad crónica y continua como ansiedad de fluctuación libre. Dentro de la misma década Wolpe, impulso una definición operacional dentro de la psicopatología experimental, en donde la ansiedad es una respuesta autónoma, de un organismo luego que se presenta un estímulo contraproducente que de manera natural produce daño al sujeto (ejemplo: una descarga eléctrica) en modo de aprendizaje, condicionando una respuesta como la ansiedad, incluso siendo producida por estímulos incondicionados (Sierra et al, 2003).

Mientras que, Lewis indico que, se produce un estado emocional de primera instancia, experimentado como el miedo o similar, y diferente a la ira; de segunda forma la emoción es desagradable (produce derrumbamiento o sentimiento de muerte); en tercer modo, se visualiza a futuro, relacionándola con alguna amenaza; en cuarto lugar, el estado emocional no cree en la amenaza real, o no la asimila; en quinto lugar, se indica que se presentan sensaciones físicas que se dan durante las crisis de ansiedad, por ejemplo: dificultades respiratorias, sensación de ahogo, sensación de presión en el pecho, etc.; y por último, se las manifestaciones funcionales voluntarias que no pueden ser controladas como, la defecación, vómitos, temblores, entre otras (Sierra et al, 2003).

Rachman, dice que la ansiedad en la psicopatología actual, es una respuesta condicionada, funcional y anticipatoria. También explica que, de la mirada científica la ansiedad, no es correlacional con el peligro objeto, sino más bien que es irracional, es decir crea situaciones de amenaza no reales (Sierra et al, 2003).

Por su parte Tobeña, aprecia la emoción que modifica los parámetros biológicos y se manifiesta por medio de diferentes aparatos y sistemas (Sierra et al, 2003).

Valdés y Flores, dicen que la ansiedad es un estado emocional que se da sobre los estados depresivos y los síntomas psicósomáticos en ocasiones que el individuo fracasa en la adaptación al medio (Sierra et al, 2003).

Por otro lado, Miguel-Tobal plantean que, “la ansiedad es una respuesta emocional o patrón de respuestas”, que conlleva factores cognitivos, displacenteros, aprensión y de tensión; aspectos fisiológicos que señalan un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y características motoras, que comprometen desajustes adaptativos, siendo la respuesta ansiosa es gatillado de estímulos externos o situacionales, o puede ser de igual modo, por estímulos internos del sujeto como pensamientos, imágenes, ideas, etc., las cuales puede considerar el individuo como peligros (Sierra et al, 2003).

De acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría, la ansiedad fóbica es describía como una respuesta excesiva o irracional ante una situación específica (Sierra et al, 2003).

Sandín y Chorot, hablan que la ansiedad se considera una reacción emocional que se complementa de sentimientos de nerviosismo, aprensión, tensión y, además activan el sistema nervioso autónomo simpático; siendo anticipatorio, tomando en cuenta el valor funcional y utilidad biológica (Sierra et al, 2003).

Aproximaciones Teóricas: De la ansiedad existen múltiples modelos teóricos que la definen pero que, además, concuerdan que es una respuesta emocional, adaptativa y compleja. Por consiguiente, se presentará brevemente los diferentes enfoques que utilizan el concepto ansiedad en la historia.

#### **2.14 Enfoque Psicoanalítico:**

De acuerdo Freud, y su teoría psicoanalítica, la ansiedad que vive el psiconeurótico, representa el conflicto de un inaceptable con el ego (Sierra, et al, 2003).

Freud comprende la ansiedad como un estado afectivo molesto, en el que se presencia pensamiento incomodos, sentimientos desagradables y modificaciones a nivel fisiológico que se asocian a la activación autonómica. Además, reconoce elementos fenomenológicos subjetivos y fisiológicos, que implican el malestar de la ansiedad.

También, en el aspecto adaptativo daría la señal de amenaza intensificando, la activación del organismo, estableciendo tres teorías sobre la ansiedad (Sierra, et al 2003):

La ansiedad real es una advertencia para el individuo, de su lucha entre el yo y el ambiente. Mientras que la ansiedad neurótica, nace de los impulsos reprimidos por tanto sería, más compleja ya que, activa una neurosis que se presenta por la carencia de algo, sin reconocer el origen del peligro, interiorizándolo como castigo.

Es decir, la ansiedad neurótica sucede cuando el Yo trata de suplir los instintos del Ello, pero a su vez dichas exigencias hacen sentir al sujeto que está en peligro, amenazando que el Yo pueda controlar o sobreponerse al Ello.

Existencia de una ansiedad moral, que se identifica como vergüenza por el hecho de que el Super-Yo, es percibido como riesgo para la persona hay mayor probabilidad de que el Yo pierda control sobre los impulsos.

Freud consideraba, que la psiconeurosis es un trastorno emocional que se manifiesta en el ámbito psíquico, como alteración de la realidad, y que puede traer alteraciones somáticas, afectando de igual modo en las relaciones interpersonales.

### **2.15 Enfoque conductual:**

Las teorías conductuales tratan sobre lo experimental y operativo dentro de los modelos dinámicos que se dan en las investigaciones. El conductismo nace de la idea de influencia del ambiente, en donde la ansiedad se aprecia como un impulso, que genera la conducta de un organismo.

Hull, describe la ansiedad como un impulso motivacional, el que permite a la persona atender una estimulación determinada. Este modelo toma en cuenta, la respuesta de ansiedad en casos que se trata los conceptos de miedo y temor (Sierra, et al 2003).



El afrontamiento de problemas tiene que partir por el interés de la persona en solucionarlo, ya que las consecuencias provienen de él, por lo que si evita esto puede inhibirse la idea de exposición a una situación de amenaza y generarse conductas desadaptativas a futuro como bloqueos, hiperactividad e incluso evitación a ciertas reacciones.

En las teorías del aprendizaje, la ansiedad es un conjunto de estímulos condicionados o incondicionados que gatilla a la respuesta emocional, produciendo un estímulo discriminativo. Por tanto, la ansiedad conductual tiene relación con funcionalidad del refuerzo obtenido por el pasado. Entonces, esto quiere decir que el lugar o escenario que se aprende la conducta de ansiedad es por medio de aprendizaje por observación y el proceso de modelado.

### **2.16 Enfoque cognitivo:**

Luego de los años sesenta, los factores cognitivos se hacen importantes en área de la psicología, dando lugar al enfoque cognitivista. Este modelo busca desafiar el paradigma estímulo-respuesta, que se habían presentado para denominar la ansiedad. Desde esta perspectiva, el sujeto percibe la problemática, la evalúa y valora sus responsabilidades; si el resultado presenta riesgos, se produce la ansiedad modulada por otros procesos cognitivos; una situación parecida generara reacción ansiosa del mismo grado de intensidad. Por lo que, las condiciones que incitan una mayor ansiedad se reprimen, aunque se estima que los recuerdos o imágenes igual pueden producir la reacción ansiosa, ya que se le dio una significancia y el sujeto lo interpretara de igual modo.

Entonces, aunque el individuo no reconozca la situación el eje cognitivo de sus pensamientos induce a la ansiedad porque ya se determinó como un peligro a nivel mental, que conllevan sensaciones subjetivas de miedo, preocupación, angustia, irritabilidad, infravaloración de la capacidad de afrontamiento, concentración, entre otras. Actualmente, en el ámbito clínico la ansiedad es presentada cuando existe una serie de

factores que afectan en la respuesta emocional, haciéndose recurrente y persistente, dejando incluso en estado de shock al individuo, dejando incapaz de poder adaptarse a la situación (Sierra, et al 2003).

Beck y Clark, definen en su modelo la ansiedad y el pánico, como una sucesión de procesamiento de la información basada en procesos cognitivos controlados y automáticos, por otro lado, el tiempo es factor fundamental para anticipar como va a manifestar o actuar la ansiedad (Sierra, et al 2003).

### **2.17 Enfoque cognitivo-conductual:**

La conducta es determinada por la interacción entre las condiciones ambientales que ya están dadas y los atributos individuales del sujeto. En el momento que la persona dice padecer de ansiedad, se interponer en el proceso diversas variables, las cuales deben considerarse en el estudio; se trata de variables cognitivas del sujeto (creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la conducta). Por tanto, la ansiedad es fundada como un rasgo de personalidad, el cual se toma en cuenta como un término multidimensional (Sierra, et al 2003).

Se imparte la teoría interactiva multidimensional de Endler, quien dice que es importante la relación que hay entre el rasgo de personalidad y la situación de riesgo, dicha vinculación da lugar a un estado de ansiedad (Sierra, et al 2003).

En el caso de Lang, la ansiedad se toma como un sistema de triple respuesta en que se vinculan factores cognitivos, fisiológicos y motores (teoría tridimensional), a causa de la posible influencia de estímulos internos y/o externos del individuo; el estímulo está determinado por las características del individuo, provocando la respuesta ansiosa (Sierra, et al 2003).

De acuerdo a la OMS, En la actualidad en Chile, hay “más de 1 millón 100 mil personas mayores de 15 años que padecen de trastorno de ansiedad, lo que significa un 6,5% de la población chilena, así también un tercio de la población chilena es afectada por alguna patología mental como angustia o depresión (Sierra, et al 2003).

Según Bhugra, en epidemias previas se ha descrito altos niveles de ansiedad y depresión, además de elevados niveles de automedicación y abuso de sustancias (Sierra, et al 2003).

El confinamiento, el desconfinamiento, la incertidumbre por el futuro y el distanciamiento social produce ansiedad. Además, el trabajo presencial y desde casa, generan ambos ansiedad, ya que uno puede dar miedo al salir de casa y contraer el virus, mientras el estar en casa puede producir sensación de ahogo por falta de privacidad.

Dörr, señala que aquellas personas más autoexigentes, más estrictas y/o responsables tienden a ser más afectadas con la situación actual, ya que les complicaría más el adaptarse a las condiciones. Por lo otro lado, los sujetos que no padecen de patrones rígidos de conducta, tienen mayor flexibilidad para tomar el cambio como una nueva oportunidad de generar rutina nueva (Sierra, et al 2003).

En resumidas palabras, “los rangos de la normalidad también se han modificado”.

Tolosa, dice que el trastorno depresivo depende si es de origen endógeno o exógeno, explicando que el endógeno tiene que ver con un origen biológico-genético, el cual involucra a neurotransmisores y a la serotonina, la cual es la hormona que se encarga de hacer sentir felicidad o satisfacción, la que bajaría en el caso de la depresión. Mientras que la depresión exógena, es dada por factores externos como por consumo de drogas ilícitas, problemas amorosos, economía, entre otros (Sierra, et al 2003).

Lo cual, en la situación de ingerir ejemplo, MDMA (éxtasis), podría ocasionar momentáneamente un alza de los niveles de serotonina en caso de los adolescentes, produciendo sensación de alegría que iría descendiendo hasta generar síntomas de carácter depresivo en el sujeto, por lo tanto, la disminución de la hormona ocasionaría dicha enfermedad (Sierra, et al 2003).

## **2.18 Depresión**

### **Antecedentes Históricos:**

En la antigüedad las causales de los trastornos mentales estaban influidos por creencias universales de fenómenos sobrenaturales y del espíritu, donde el sistema mágico-religioso influía en los métodos curativos primitivos en un intento de introducir la racionalización y de satisfacer necesidades socialmente esperadas de las experiencias psicológicas del hombre primitivo (Zoch, Zannini 2002).

Hipócrates llamaba melancolía (bilis negra) a lo que ahora se conoce como depresión realizando la primera alusión científica y realizando las primeras referencias conceptuales y clínicas de la enfermedad. Sorano, San Agustín, entre otros continuaron tratando de vislumbrar la naturaleza de este trastorno, donde los conceptos médicos de las enfermedades mentales giraban alrededor de cuatro humores del cuerpo (sangre bilis negra, bilis amarilla y flemas) las cuales eran cualidades básicas de la naturaleza (calor, frío, humedad y sequedad) marcados por Hipócrates (Zoch, Zannini 2002).

En el siglo XIX Pinel, Esquirol, Falret, Baillager. Conceptualizan este tipo de alteraciones “La melancolía es un delirio parcial crónico, sin fiebre, determinado y mantenido por una pasión triste, debilitante o depresiva” ya a finales del siglo Kraepelin en 1896 agrupa y clasifica todos los trastornos con síntomas depresivos, siendo el primero en considerar que la depresión y la manía formaban parte de la misma enfermedad (Zoch, Zannini 2002).

Dentro de las definiciones encontramos a la OMS (2020) donde se define depresión como es un trastorno mental frecuente, caracterizándose por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

Desde del CIE-10, los criterios de diagnóstico en los episodios depresivos típicos aparecen humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio exagerado. también son manifestaciones de episodios depresivos: a) La disminución de la atención y concentración, b) La pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad). Las ideas de culpa y de ser inútil, d) Una perspectiva sombría del futuro, e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, f) Los trastornos del sueño, g) La pérdida del apetito. La depresión del estado del ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales. Se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque periodos más breves pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. El trastorno depresivo recurrente se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, pero sin antecedentes de episodios de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficiente para satisfacer las pautas de manías.

El MINSAL (2013), describe la depresión como un trastorno del humor y estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera normal. Implica la pérdida de interés general en

actividades que antes resultaban placenteras, así como cambios cognitivos, como pensar ineficiente y elevada autocrítica.

Definida operacionalmente por el Ministerio de Salud como una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos 2 semanas con frecuencia tiende a manifestarse con cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios (MINSAL, 2013).

### 2.19 Cargas de enfermedades asociadas a trastorno depresivo.

En Chile, según un estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, la depresión unipolar es la segunda causa de años de vida perdidos ajuntados por discapacidad (avisa) en población general chilena y la primera entre las mujeres entre 20 y 44 años. El estudio chileno de prevalencia de patologías psiquiátricas realizado en cuatro ciudades de Chile, muestra que la prevalencia de vida de depresión en mujeres alcanza un 9% y un 8% para las distímias. En el caso de los hombres alcanza el 6,4% y un 3,5% para cada trastorno respectivamente (Minsal, 2013).

Prevalencia de vida y 6 meses de trastornos depresivos en Chile, según DSM-III R

Trastorno Depresivo	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	vida	6 meses	vida	6 meses	vida	6 meses
Trastorno Depresivo Mayor	6,4	3,0	11,3	6,0	9,0	4,6
Distimia	3,5	1,5	12,1	4,8	8,0	3,2

Fuente: Vicente et. al. 2002(4).

Según su intensidad, los Trastornos Depresivos se pueden clasificar como leves, moderados o graves. Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV-TR, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional. La depresión leve puede ser caracterizada respecto de que el paciente obtenga puntuaciones más bajas en las escalas estandarizadas de depresión, con breve duración de los síntomas o con criterios mínimos

para la depresión. El DSM-IV señala que la depresión leve puede definirse como la presencia de entre 5 a 6 síntomas leves, además de experimentar sólo un leve deterioro en su funcionamiento (MINSAL, 2013).

## **CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. Tipo de Investigación**

El presente estudio es una investigación cuantitativa en el cual tiene como propósito medir si existe relación entre los factores de riesgo y sobrecarga en cuidadores de adultos mayores institucionalizados, la información se recopilará en formato de encuesta pretendiendo obtener datos en un grupo de muestra específica. dichas recopilaciones de información serán basadas utilizando instrumentos de medición validados en Chile como el test de Zarit y el cuestionario de salud Golberg ghq-12.

#### **3.1.2 Diseño de investigación**

Se utilizará un diseño de tipo no experimental, descriptivo en el cual la intención de la investigación es observar el fenómeno como tal en su contexto natural, para luego analizar sus variables. Los investigadores no construirán ninguna situación intencionalmente. La recopilación de los datos se realizará en un solo momento para no interferir con la muestra donde dichos datos serán sometidos a análisis en su contexto natural en el grupo particular. Se tiene como propósito medir el grado de relación que exista entre variables, medir cada una de ellas y después, cuantifican y analizan la vinculación. Tales hipótesis Pretende responder a pregunta de investigación y objetivos.

#### **3.1.3 Universo y muestra**

El universo toma a personas de ambo sexos que realizan labores de trabajo remunerado en la comuna de san miguel. La muestra de nuestra investigación serán 30 personas mayores de edad que trabajan específicamente en cuatro hogares de larga estadía privadas para adultos mayores en la comuna de San Miguel.



### **3.1.4 Técnicas de recolección de información**

Se realizó una recolección de información mediante una ficha sociodemográfica, consentimiento informado, cuestionarios y test validados en Chile con autoadministración, en el cual constan cuatro residencias privadas de adultos mayores en la comuna de San Miguel seleccionando a solo los cuidadores directos de adultos mayores que en este caso son 30 participantes de dichas residencias. Se aplicaron un cuestionario llamado Golberg ghq-12 el cual mide las variables de ansiedad y depresión y el test de Zarit que mide las variables sobrecarga del cuidador que en los apartados 3.2.2 material y método, 3.2.3 variables sociodemográficas y 3.2.4 procedimiento se abordaron en mayor profundidad.

### **3.1.5 Validación de Test ZARIT original y abreviada**

La Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada fue realizada por Hayo BreinbauerKa, Hugo Vasquez Va, Sebastián MayanzSa, Claudia Guerra, Teresa Millán. Realizando el Estudio de validación psicométrica, realizado entre marzo y junio de 2008.

### **3.1.6 Tamaño muestra**

Utilizando transformación de Fisher, en base al mínimo valor de correlación descrito para EZ (0,71), considerando variación de 0,2 en dicha correlación, seguridad de 95% (bilateral) y poder estadístico de 80%, se determinó un tamaño muestral de 28 cuidadores para determinar correlaciones entre variables.

La muestra consistió en 22 individuos pertenecientes al programa "VIDA" de atención domiciliar a pacientes dependientes o postrados del Centro de Salud San Manuel de Melipilla y 10 individuos no pertenecientes a dicho programa, asistentes al mismo centro de salud. Los cuidadores del programa "VIDA" representan una población cautiva del consultorio (permitiendo su seguimiento) y desde comienzos de 2008 se les aplica regularmente EZ dentro del programa (Breinbauer et al, 2008).

El estudio contó con la aprobación y apoyo de la Corporación de Educación y Salud de Melipilla (supervisor del centro de salud en cuestión). Todos los cuestionarios aplicados en este estudio formaban parte de las evaluaciones rutinarias propias del programa (Breinbauer et al, 2008).

### **3.1.7 Instrumento aplicado**

Previo consentimiento informado, se aplicaron:

1. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en español (EZ). Se implementó sin traducciones o cambios, considerando como experiencia piloto su reiterada aplicación previa dentro del programa "VIDA" sin dificultades de comprensión, además, el mismo formato ha sido utilizado en Chile sin contratiempos.
2. EZ abreviada para cuidados paliativos en español (EZA). Al consistir en una selección de los ítems de EZ, tampoco fue necesario realizar traducciones.
3. Indicador único, global y subjetivo para sensación de sobrecarga, ítem tipo Lickert con rango 1-5 puntos.
4. Encuesta de depresión CIE-1040. Su correlación con EZ y EZA se utilizó como aporte a la validez de constructo.
5. Se registraron edad y sexo del cuidador y paciente, años cumpliendo función de cuidador, número de salidas mensuales fuera del hogar y realización de otras actividades fuera del cuidado, para comparar los pacientes del programa "VIDA" con los otros 10 individuos, sin encontrarse diferencias significativas, permitiendo su análisis como un solo grupo.
6. El principal inconveniente del test Zarit es su extensión, por lo que Regueiro et al (2007) recientemente validó en España una forma abreviada, la "Escala de Zarit abreviada para cuidados paliativos" (EZA). Consta de sólo 7 ítems de la EZ original (ver Anexo 1). Cada ítem adopta 1-5 puntos, sumando entre 7 y 35 puntos. No distingue "sobrecarga ligera" de "sin sobrecarga", residiendo su utilidad en determinar "sobrecarga intensa" (pág. 139).

7. La versión abreviada en su validación española obtuvo 100% de sensibilidad, 90,5% de especificidad, 95,5% de valor predictivo positivo (VPP) y 100% valor predictivo negativo (VPN) frente al diagnóstico de sobrecarga intensa (según EZ original). Se recomienda la versión original de 22 preguntas para estudios comparativos, finos y con análisis de factores involucrados y el uso de EZA como instrumento de pesquisa (Rev Méd Chile, 2009).

### 3.1.8 Dimensión e Ítems.

Numerosos instrumentos intentan objetivar la sobrecarga del cuidador: "índice global de carga"; "entrevista de sobrecarga del cuidador"; "cuestionario de sentido de competencia". Sin embargo, estas herramientas evalúan sólo algunas dimensiones de este fenómeno, que incluye calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidado. La "Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit" logra aunar consistentemente todas estas dimensiones (Breinbauer et al, 2008).

El Test Zarit (Anexo 1)<sup>1</sup>, consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones (1-5 puntos), cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos).

El resultado clasifica al cuidador en:

- Ausencia de sobrecarga (<46)
- Sobrecarga ligera (47-55)
- Sobrecarga intensa" (>56).

“Sobrecarga ligera” representa un factor de riesgo para generar “sobrecarga intensa” que se asocia a mayor morbimortalidad médica, psiquiátrica y social del cuidador.

El Test Zarit evalúa bien: “índice global de carga”; “entrevista de sobrecarga del cuidador”; “cuestionario de sentido de competencia”. Además: calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidado.

El test Zarit presenta gran confiabilidad íter-observador (coeficiente de correlación intra-clase), consistencia interna (alfa de Cronbach 0,91 en estudio original, y 0,85-0,93 en varios países). Ha demostrado también gran validez de apariencia, contenido y constructo en diferentes adaptaciones lingüísticas. En validez de criterio, EZ muestra alta correlación con instrumentos afines ( $r = 0,71$  con índice Global de Carga;  $r = 0,41$  con Inventario Breve de Síntomas) (Breinbauer et al, 2008).

Determinación de confiabilidad para cada escala.

1. Se determinó consistencia interna con alfa de Cronbach. Se consideraron valores  $\geq 0,75$  como alta consistencia.
2. La confiabilidad por estabilidad se evaluó aplicando índice kappa en test-retest, para cada ítem comparando dos aplicaciones con 4 meses de diferencia. Se consideraron valores  $\geq 0,6$  como acuerdos sustanciales y  $\geq 0,8$  como acuerdo casi perfecto.
3. La confiabilidad interobservador se midió con CCI entre dos aplicaciones de la escala por observadores distintos. En su interpretación, se consideraron rangos equivalentes al kappa.

Los instrumentos fueron aplicados en 3 oportunidades. Dos veces por observadores distintos al inicio del estudio (explorando confiabilidad interobservador), y una tercera vez 4 meses después por uno de los equipos iniciales (explorando confiabilidad test-retest). La segunda y tercera aplicación sólo consideró a los 22 pacientes del programa VIDA (Breinbauer et al, 2008).

Validez de constructo: Ambos instrumentos mostraron correlaciones fuertes tanto con el indicador único de sobrecarga, como con depresión ( $r = 0,51-0,7$ ;  $p < 0,05$ ).

Validez de criterio: EZA se correlacionó de forma casi perfecta con EZ ( $r = 0,92$ ;  $p < 0,001$ ).

Consistencia interna: Ambos instrumentos alcanzaron altos niveles en alfa de Cronbach.

Confiabilidad inter observador: EZ mostró acuerdo casi perfecto entre observadores, con valores sobre 0,81 en el margen inferior del intervalo de confianza del CCI. EZA mostró rangos sólo un poco menores y siempre con nivel de acuerdo sustancial entre observadores.

Confiabilidad de estabilidad: Ambos instrumentos mostraron altos índices kappa comparando el puntaje total en ambas aplicaciones. Independientemente, todos los ítems mantuvieron un acuerdo test-retest al menos sustancial, obteniendo el más discordante un kappa de 0,68.

Utilidad: Los encuestadores consideraron ambos instrumentos de fácil aplicación. Todos los ítems y la forma de contestar fueron comprendidos rápidamente. Leer detenidamente la encuesta una vez fue suficiente entrenamiento para sentirse preparados a implementarla. Aplicar EZ no demora más de 8 min y EZA menos de 3 min. Calificar ambas escalas fue simple, al sumarse los indicadores de forma lineal.

Los resultados en este estudio son semejantes a los descritos en numerosos estudios internacionales de validez y confiabilidad, especialmente para EZ realizados en medios urbanos y rurales. Bajo esta consideración, los sesgos descritos tendrían bajo impacto sobre la validez y confiabilidad de estos instrumentos en Chile (Breinbauer et al, 2008).

El análisis factorial de las dimensiones que incorpora EZ, permite caracterizar dinámicas socioculturales de la población sobre la que se aplica, siendo útil en la programación de intervenciones (Breinbauer et al, 2008).

EZ sería también sensible al cambio. En estudios multicéntricos, controlados y aleatorios, diversos programas (basados en terapia ocupacional o cognitivo-conductual de enfoque comunitario) lograron disminuir significativamente niveles de sobrecarga, tanto en términos de EZ, como de calidad de vida, disminuyendo significativamente el riesgo de morbilidad física o mental asociada (Breinbauer et al, 2008).

Tanto EZ como EZA mostraron altos niveles de validez de constructo en relación a dos dimensiones del instrumento (indicador único subjetivo y depresión). Ambas escalas evidenciaron además excelentes valores de consistencia interna, confiabilidad interobservador, y confiabilidad por estabilidad test-retest (Rev. Méd. Chile, 2009).

Este estudio contribuye a validar la Encuesta de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, en sus versiones original y abreviada para cuidados paliativos. Recomendamos ambos instrumentos como útiles y válidos, principalmente en el contexto de atención primaria, para la detección de sobrecarga en cuidadores de pacientes dependientes y su eventual intervención (Rev. Méd. Chile, 2009).

### **3.2 Validación de Cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-12**

#### **3.2.1 Cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-12**

Existen versiones del GHQ en diferentes idiomas y culturas, con sus correspondientes estudios de validación. En idioma español este cuestionario ha sido ampliamente utilizado en España, y también ha sido objeto de adaptación y validación en Chile. La mayoría de los estudios de validación han tomado como criterio externo una entrevista clínica, criterio de expertos (médicos psiquiatras), o escalas ya validadas. El GHQ ha sido muy bien considerado por diversos autores que lo han tomado como criterio de validez para realizar estudios de validación de otros instrumentos

Técnica elaborada por David Goldberg en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, realizó un cuestionario de autor reporte con el fin de evaluar el grado de salud general. El cuestionario inicial consistía en 60 preguntas. Posteriormente se han

elaborado versiones más cortas de 30, 28 hasta llegar a 12 ítems respectivamente que han mostrado igual utilidad según diferentes estudios de validación efectuados.

Esta técnica fue concebida como un cuestionario auto administrado dirigido a la situación actual del examinado. El origen de los ítems de esta escala se fundamenta en estudios previos sobre enfermedades mentales y la experiencia clínica del grupo de trabajo de Golberg.

Recorre cuatro áreas psiquiátricas fundamentales:

- 1) Depresión
- 2) Ansiedad
- 3) inadecuación social
- 4) hipocondría.

El General Health Questionnaire de 12 items (Goldberg & Williams, 1988) se utiliza para medir la salud mental. Esta escala consiste en 12 proposiciones que deben ser respondidas escogiendo una de las posibles respuestas planteadas al participante en escala Likert. (Cuatro opciones de respuesta para cada proposición, donde el individuo debe escoger una) (García, 1999).

Para la calificación del GHQ existen diferentes métodos, en esta investigación utilizaremos el método original de Goldberg y consiste en asignar un 0 a las 2 primeras respuestas de cada enunciado y un 1 a las 2 últimas. De esta manera se obtiene un puntaje total, que era indicativo de disturbios mentales más severos, mientras mayor fuese su valor. En esta forma de calificación se establece un punto de corte por encima del cual se consideran "casos", o personas con disturbios psiquiátricos (sospecha o indicativo de presencia de psicopatología, puntaje entre 5 a 12 puntos) , y por debajo del cual se consideran "no casos", personas sanas o con ausencia de psicopatología (0 a 4 puntos) pudiendo obtener tres categorías:

- 1) individuos con ausencia de psicopatología
- 2) individuos con sospecha de psicopatología
- 3) individuos con indicativo de presencia de psicopatología

Según el puntaje total obtenido de la suma del puntaje de las preguntas individuales García (1999).

En Chile el año 2006 se realizó un estudio con el objetivo de explorar la estructura factorial del cuestionario de Salud General de Goldberg, versión de 12 preguntas en escala Likert, en personas que egresaron de programas de tratamiento y rehabilitación por problemas derivados del consumo de drogas en centros de tratamiento de Chile.

### **3.2.2 Material y Método**

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en una muestra de 306 personas que completaron el cuestionario de Salud General. Se evaluó la confiabilidad del instrumento a través del análisis de su consistencia interna. Se realizó un análisis factorial confirmatorio por extracción de componentes principales con rotación varimax (Garmendia, 2007).

Resultado: El promedio de edad fue de 30 años con un 80% de hombres. Se obtuvo un coeficiente de alpha de Cronbach de 0,902. Empleando el score de 0 a 36 puntos, el promedio del puntaje total en el Cuestionario de Salud General de Goldberg fue de 8,5, con una desviación estándar de 7,1. El análisis factorial confirmó la bidimensionalidad del instrumento, con la existencia de dos factores latentes que, en conjunto, explicaron 60% de la varianza total (Garmendia, 2007).

Conclusión: Este estudio mostró una alta confiabilidad y una estructura factorial similar a la encontrada en estudios de otras poblaciones. Dado su carácter auto administrado y rapidez en su llenado, es recomendable considerar su uso en la evaluación de la autopercepción del estado de salud mental en usuarios que consultan por problemas derivados del consumo de drogas (Garmendia, 2007).



### 3.2.3 Definición de variables del cuestionario sociodemográfico.

La propuesta de modelo de intervención para realizar este cuestionario de datos sociodemográficos nos permitirá como herramienta recolectar información sobre un grupo de personas a estudiar.

Genero:	Identidad con la que se define la persona. percepción subjetiva que un individuo tiene sobre sí mismo
Edad:	Tiempo vivido por una persona expresado en años

### 3.2.4 Procedimiento

Concluida la etapa de investigación y revisada la literatura correspondiente se procedió a la implementación de los test correspondientes dentro de los 4 hogares para adultos mayores de la comuna de San Miguel, en la cual, se obtuvo una muestra de 30 personas mayores de edad y funcionarios de las instituciones correspondientes. Se administró el cuestionario de salud de Golberg ghq-12, el cual, mide las variables de ansiedad y depresión con su respectiva escala Likert, de igual manera se administró el test de Zarit, el cual, mide las variables de la sobrecarga del cuidador y en la cual dentro de sus dimensiones evalúa variables como calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias, los dos test fueron administrados con su respectivo consentimiento informado y sus géneros y edades.

Para la obtención de los datos se realizaron dos visitas a los hogares con las respectivas medidas sanitarias, donde se pudo llegar al 100% de la muestra total de los hogares.

Los datos de los test fueron traspasados al programa estadístico IBM SPSS el cual se realizaron los análisis correspondientes a los objetivos planteados y se pudieron sacar los diferentes resultados en sí.

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS

### 4.1 Presentación de resultados

#### 4.1.1 Descripción estadística de la Muestra por Sexo

		sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	femenino	27	90,0	90,0	90,0
	masculino	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabla 4.1: Frecuencia sexo de participantes.

La muestra estuvo constituida por 30 trabajadores de residencias privadas de adulto mayor de la comuna de San Miguel. En cuanto al sexo de los participantes, el 90,0% corresponde al sexo femenino, y el 10,0% restante correspondiente al sexo masculino. Existiendo una predominancia del sexo femenino en participación.

#### 4.1.2 Descripción Estadística de la Muestra por Edad

Con respecto a la edad de los participantes, fluctúan entre los 30 y 62 años, se presenta una mayor predominación en participantes de la edad de 38 y 46 años, mostrando un porcentaje del 10,0% en cada una de las dos edades, continuando con las edades de 43, 56 y 60 años, con un porcentaje de 20,1% correspondientes a la suma de estas tres edades. Por lo que, se puede observar una bimodalidad ya que existen dos modas en los datos estadísticos. En cuanto a las otras edades presentadas en la tabla, se observa solo un porcentaje de 3,3% de participación en cada una de las ellas. Siendo los 44 años la media (ver gráfico N° 4.2).

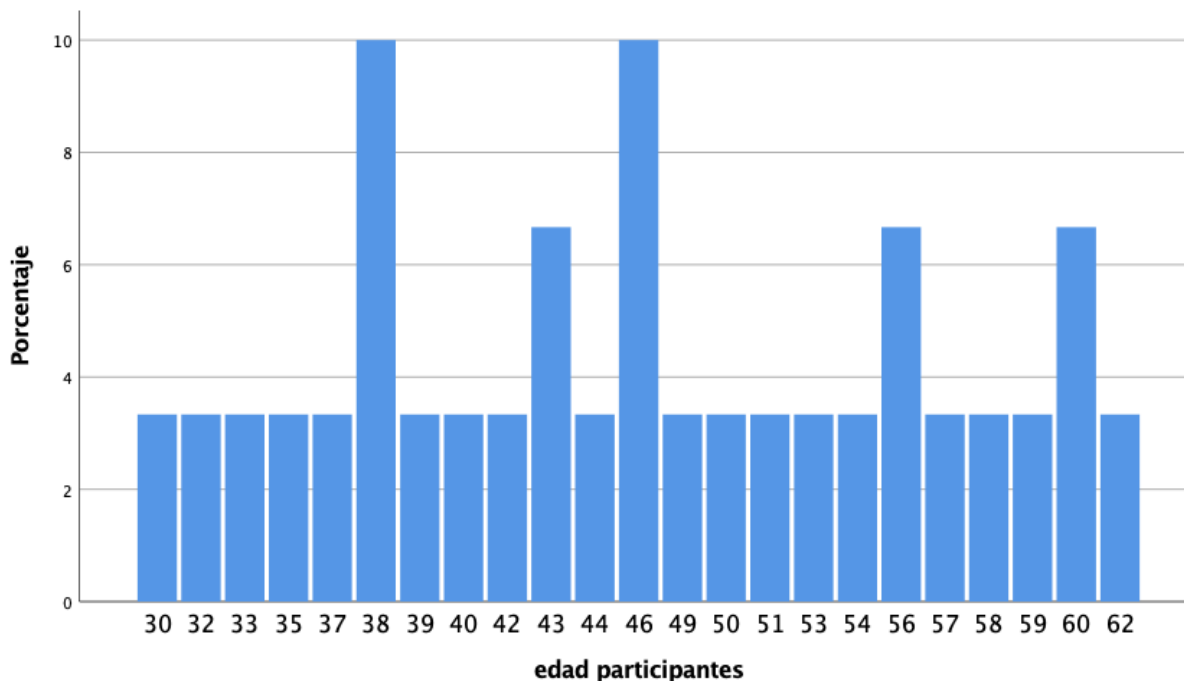
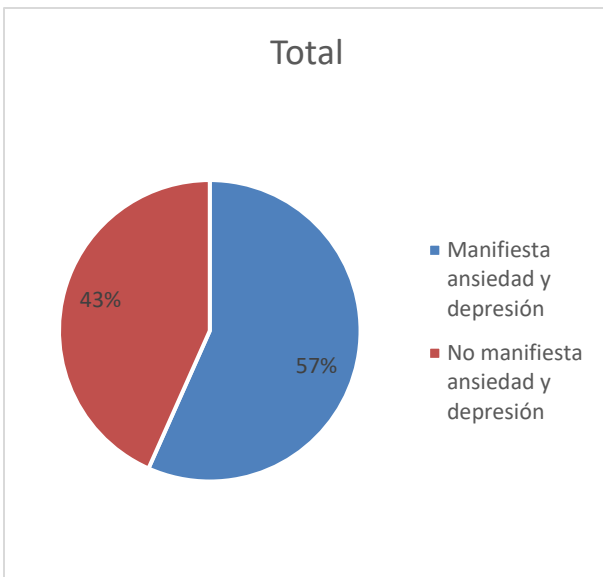


Gráfico 4.2: Frecuencia Edad de Participantes.

Los análisis realizados en el cuestionario general de Goldberg GHQ12, donde se evaluaron los factores de riesgo ansiedad y depresión en cuidadores de residencias de adulto mayor privadas de la comuna de San Miguel arrojan los siguientes datos estadísticos:

Comprendiendo toda la muestra obtenida, se observó la presencia de un 57% de participantes que manifiestan ansiedad y depresión. Y un 43% de cuidadores que no manifiestan ansiedad y depresión según la encuesta realizada (ver gráfico 4.3 y tabla 4.1).



Etiquetas de fila	Frecuencia	Porcentaje
Manifiesta ansiedad y depresión	17	57%
No manifiesta ansiedad y depresión	13	43%
<b>Total general</b>	<b>30</b>	

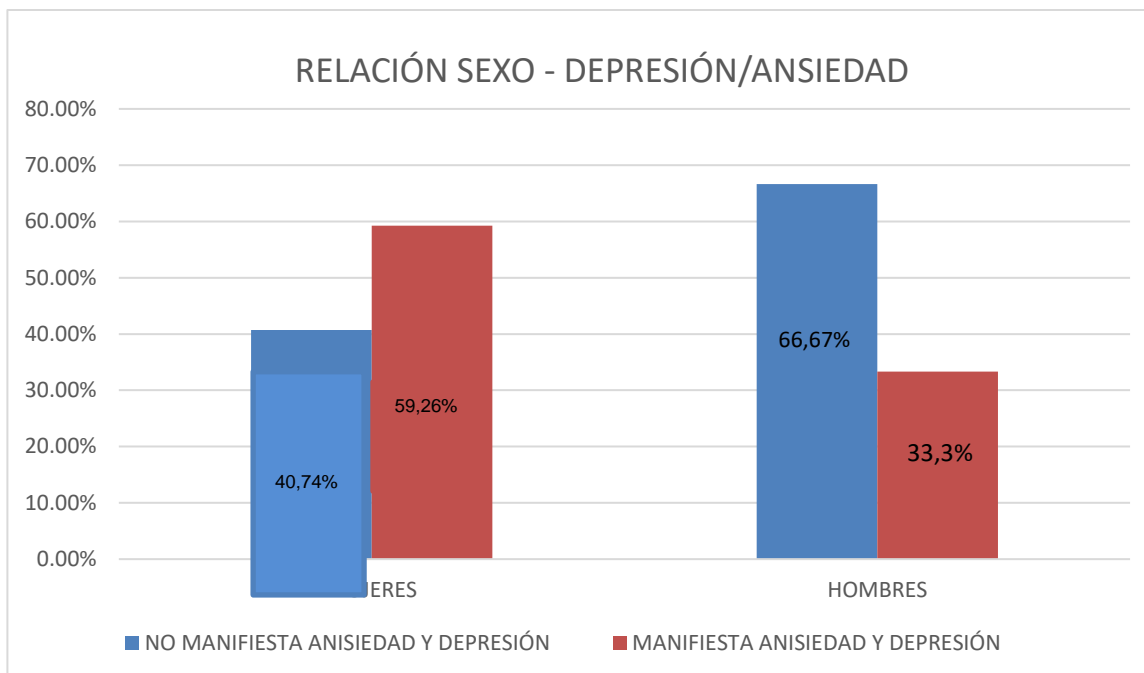
Tabla 4.4: Frecuencia Ansiedad y Depresión en la muestra.

Gráfico 4.3: Porcentaje de Ansiedad y Depresión en la muestra.

Al analizar la relación entre las variables sexo y los factores de riesgo ansiedad y depresión, los datos estadísticos arrojaron lo siguiente:

En cuanto a las muestras femeninas, se puede observar que existe un 59,26% de mujeres que manifiestan ansiedad y depresión, y un 40,74% con ausencia de depresión y ansiedad. En comparación a la muestra masculina, en la cual se presenta un 66,67% de hombre que no manifiesta ansiedad y depresión y un 33,3 si presenta los factores de riesgo ansiedad y depresión. Tomando en cuenta que no existe una homogeneidad de hombres y mujeres, la muestra no es significativa, ya que no representa la población total de hombres pertenecientes a residencias de adulto mayor privadas. Por lo que no se puede precisar si existe una prevalencia en los factores de riesgo de acuerdo al sexo.

Existe una correlación directamente proporcional entre las variables, con una fuerza baja (Ver gráfico N° 4.5, Tabla N°4.6).



*Gráfico 4.5: Relación Sexo – Factores de Riesgo.*

		diagnostico prueba
Genero	Correlación de Pearson	,157
	Sig. (bilateral)	,407
	N	30

*Tabla 4.6: Correlaciones de Pearson Sexo – Ansiedad y Depresión.*

Al interpretar los datos arrojados en los análisis estadísticos correspondientes a la relación de rango etario y los factores de riesgo ansiedad y depresión presentadas en la muestra analizada se pudo observar lo siguiente:

En cuanto a la clasificación de Adulto Joven, se puede observar la presencia de un 75% de adultos jóvenes que, si manifiestan ansiedad y depresión, y un 25% con ausencia de ansiedad y depresión. Frente a la categoría Adulto, la cual arrojó un 54% de participantes si manifestaban ansiedad y depresión, seguido de un 46% que no evidenciaba ansiedad y depresión.

La tabla de correlaciones entre las variables señaladas anteriormente, muestra una correlación inversamente proporcional con una fuerza baja (Ver Gráfico 4.7 y Tabla 4.8).

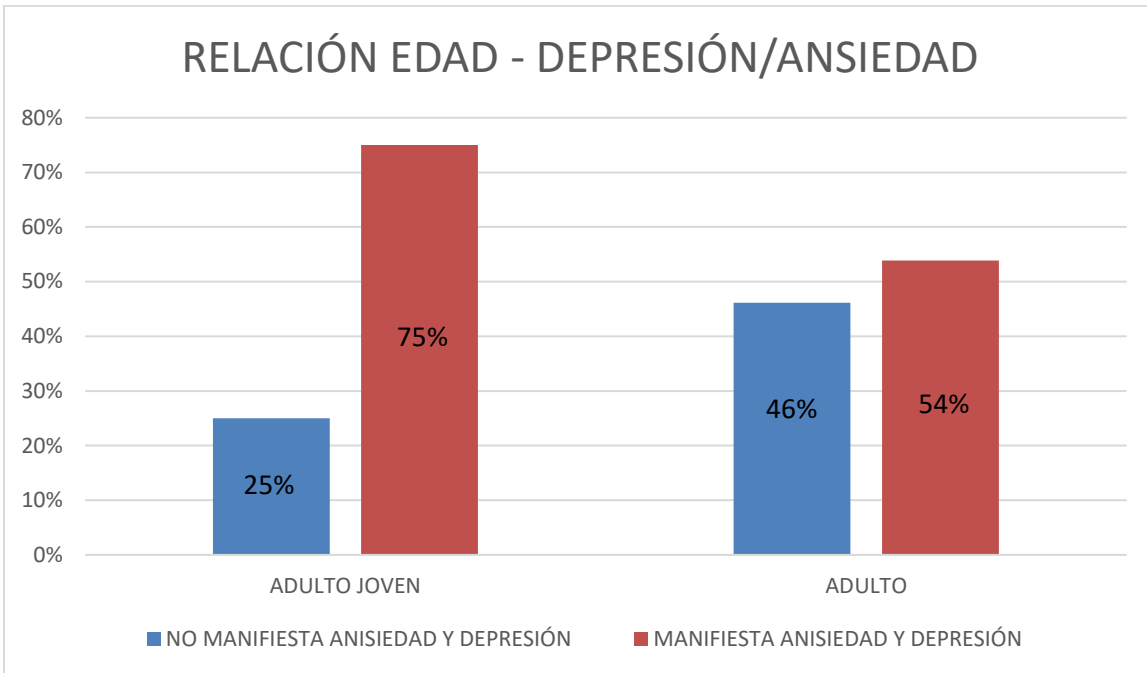


Gráfico 4.7: Relación Edad y Factores de Riesgo.

		Total Respuestas
Edad	Correlación de Pearson	-,128
Participantes	Sig. (bilateral)	,500
	N	30

Tabla 4.8: Correlaciones de Pearson Edad – Ansiedad y Depresión.

#### 4.1.3 Análisis Escala de sobrecarga del cuidador, Test de Zarit.

Los valores de sobrecarga para la evaluación del test van desde 22 puntos hasta 110. Según los criterios expresados en el Test de Sobrecarga de Zarit, presenta un 39,9% de la muestra se encuentra con sobrecarga intensa, encuentra un 36,6% de la muestra presenta sobrecarga ligera, y el porcentaje de ausencia de sobrecarga es de 23,3% (ver Tabla 4.9).

	Sobrecarga	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Ausencia de sobrecarga	22-46	7	23,3%	23,3%	23,3%
Sobrecarga ligera	47-55	11	36,6%	36,6%	59,9%
Sobrecarga intensa	56-110	12	39,9%	39,9%	100%
		30	100%		

Tabla 4.9: Prevalencia de Sobre carga.

Al exponer las variables edad y sobrecarga de los cuidadores de residencias de adulto mayor privadas de la comuna de San Miguel, se analizó la relación entre las variables dando cuenta que en la categoría de adulto joven se presenta un 25% de ausencia de sobrecarga laboral, observándose el mismo porcentaje de cuidadores con sobrecarga ligera, y un 50% de los participantes adulto joven con sobrecarga intensa. Con respecto al rango Adulto, se muestra un 23,08% de participantes con ausencia de sobrecarga, mientras que un 38,46% presenta una sobrecarga ligera. Al igual que existe un 38,46% de cuidadores con sobrecarga intensa. (ver gráfico 4.10).

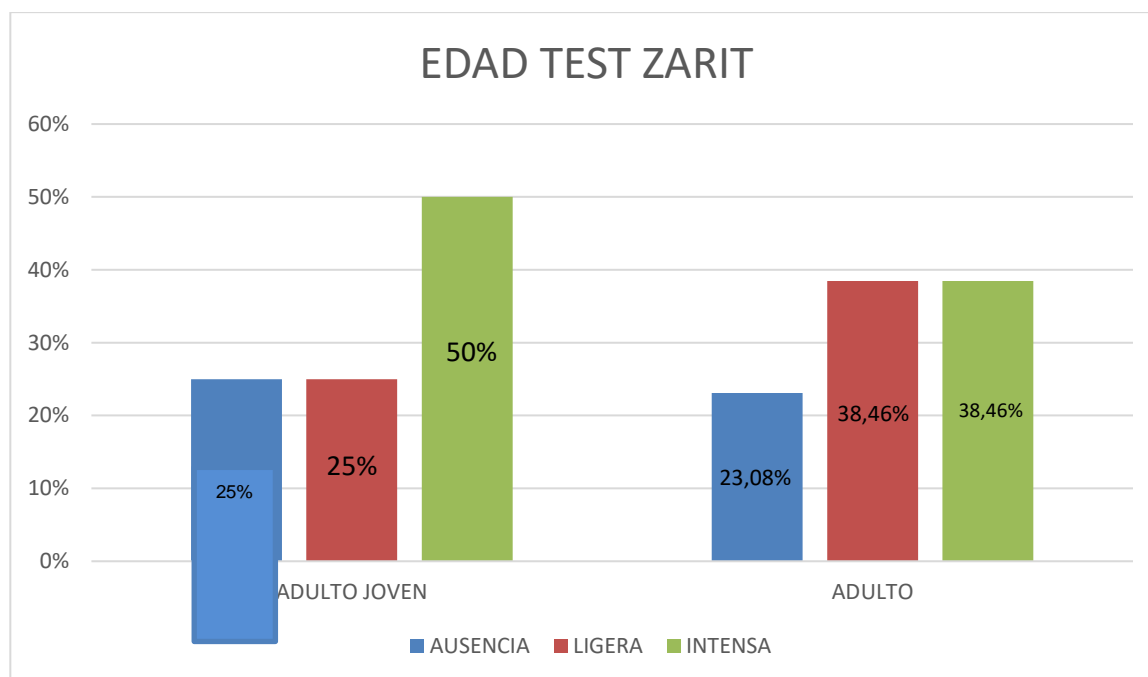


Gráfico 4.10: Relación Edad y Sobrecarga del Cuidador.

En relación al sexo de la muestra investigada, los análisis expresan en cuanto al sexo masculino que, existe un 66,67% de hombres con sobrecarga ligera, y un 33,3% con sobrecarga intensa. No evidenciando en ningún caso ausencia de sobrecarga. En el caso del sexo femenino, se observó una representatividad en primera instancia de sobrecarga intensa con un 40,74%, seguido de un 33,3% por sobrecarga ligera, y en menor porcentaje la ausencia de sobrecarga con un 25,93%. (ver gráfico 4.11).

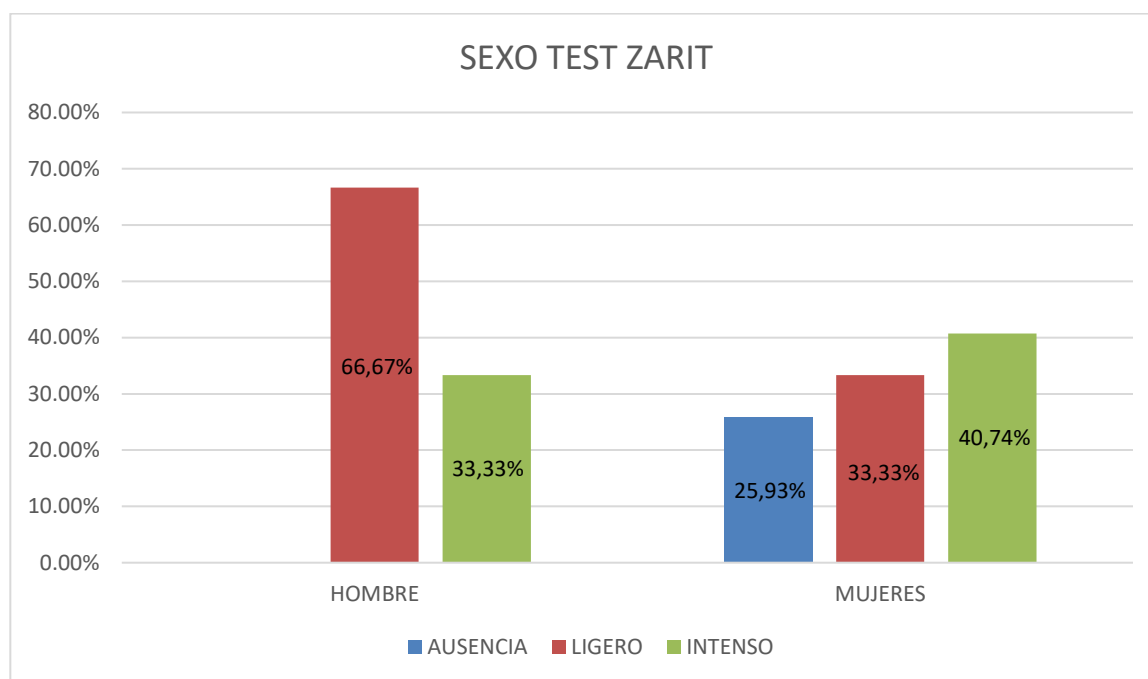


Gráfico 4.11: Relación Sexo y Sobrecarga del Cuidador.



## CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

La presente investigación está compuesta por una muestra de 30 personas de cuatro residencias privadas en la comuna de San Miguel donde se pudo conocer que dentro de los participantes existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres predominando la participación femenina con un 90%. Tal como lo manifiesta la teoría lo que significa que al momento de realizar este estudio se contó con una muestra compuesta por un 10% de participación masculina. Como lo establecido en el estudio de la facultad de medicina de la universidad de Chile (2016) que realizó un estudio sobre un enfoque de género en el cual indica que las mujeres asumen el cuidado como algo natural y esperado de su círculo familiar y social. la invisibilización de la inequidad de género presente en el cuidado (Pizarro, 2019).

Esta investigación tesina baso su objeto de estudio en conocer los niveles de sobrecarga y factores de riesgo en cuidadores de adultos mayores institucionalizados de residencias privadas de la comuna de San Miguel mediante una metodología cuantitativa.

Debido a la utilización de las pruebas de Zarit y Goldberg GHQ-12, las cuales fueron analizadas de forma estadística, utilizando la plataforma SPSS, realizando correlaciones de Pearson y categorizaciones se pudo llegar a la interpretación de los resultados obtenidos.

En cuanto a la evaluación de las variables investigadas, los factores de riesgo analizados, ansiedad y depresión en cuidadores de adulto mayor, se considera realizado concluyéndose la presencia de un 57% de participantes que manifiestan ansiedad y depresión, y un 43% que no manifiesta ansiedad y depresión, y en la sobrecarga del cuidador se pudo apreciar un 39,9% de sobrecarga intensa, un 36,6% de sobrecarga ligera y un 23,3% con ausencia de sobrecarga.

En torno a determinar a la existencia entre la relación sexo y factores de riesgo de ansiedad y depresión, se considera alcanzado, determinándose la siguiente relación indicando una aparente diferencia significativa con respecto a la manifestación de ansiedad y depresión, la cual no es concluyente debido a la gran diferencia proporcional de participantes mujeres en comparación a los hombres.

Con respecto a la relación a determinar a la existencia entre la relación edad y factores de riesgo de ansiedad y depresión se considera superado dado que los cuidadores fueron categorizados en “Adulto Joven” y “Adulto”, de los cuales existe un mayor porcentaje de participación en la categoría Adulto, por lo que se presentó una correlación inversamente proporcional de las variables señas y el factor de riesgo ansiedad y depresión.

En relación a determinar la relación entre edad y sobrecarga se considera alcanzado donde Se puede establecer que en el 50% de adultos jóvenes manifiesta poseer una sobrecarga intensa, mientras que en el rango etario adulto se tiende a nivelar la sensación de sobrecarga.

Con respecto a determinar la relación sexo y sobrecarga se considera alcanzado, dado que existe una relación entre sexo y sobrecarga del cuidador en la cual un 66.67% de los hombres manifiesta poseer una sobrecarga ligera, mientras que un 40,74% de las mujeres posee una sobrecarga intensa lo que en otras palabras puede determinarse la existencia de una relación proporcional según el tipo de sexo.

## Discusión y Recomendaciones

Se debe hacer notar que las investigaciones en esta área son escasas debido a lo reciente del tema lo que hace que no se pueda tener una real certeza de números en torno a afecciones psicológicas, por lo tanto, encontrar una semejanza o mucha discrepancia en cuanto a los resultados resulta un poco distante debida emergencia sanitaria que se está viviendo en el último tiempo y al número de la muestra que se trabajó.

Sin embargo, las investigaciones aportan una parte del estudio que presenta limitaciones en el alcance de los resultados en época de pandemia cuyos cuidadores de las residencias de adultos mayores se encontraban en su lugar de trabajo con estrictas medidas de seguridad sanitaria. También Adicionalmente, los factores de riesgo de depresión y ansiedad sumado a la sobrecarga del cuidador identificado, no representan causalidad, dado que el estudio fue transversal capturando dicha información del grupo de participantes en un momento específico.

Dentro de la investigación en si pudimos observar que la prevalencia de factores de riesgo depresión y ansiedad y la sobrecarga en los cuidadores de residencias privadas de adulto mayor es significativa entre lo percibido.

Cuidar es una tarea compleja. Se debe entender que cuidar no es lo mismo que asistir; cuidar requiere de implicancia y compromiso técnico. Cuando se está hablando de una persona que trabaja como cuidador es necesario la incorporación de conocimientos y una perspectiva en la cual el cuidador y persona cuidada tienen una relación asimétrica. Esta asimetría no debe ser una relación de poder, sino que debe ser complementariedad. (ASISTED, 2019).

En este estudio se encontró que la mayoría de los cuidadores de las residencias eran mujeres.

La evaluación en el presente estudio realizado que indican los factores de riesgo analizados, ansiedad y depresión en cuidadores de adulto mayor tienen presencia con un 57% de participantes que manifiestan ansiedad y depresión, y un 43% que no manifiesta ansiedad y depresión, y en la sobrecarga del cuidador se pudo apreciar un 39,9% de sobrecarga intensa, un 36,6% de sobrecarga ligera y un 23,3% con ausencia de sobrecarga.

Los resultados coinciden con la literatura revisada, aunque no se puede evaluar si dichos resultados se deben bajo el contexto de emergencia sanitaria.

Lo ideal es replicar el presente estudio a futuro con las mismas variables y la misma muestra post pandemia, además sería importante agregar el factor residencia y también realizar una investigación que no solo tome a cuidadores de residencias privadas, sino que también se abarque a nivel público como fundaciones de adultos mayores institucionalizados.

Los resultados de esta investigación permiten a otras futuras investigaciones plantear otros métodos de recolección de datos que unan distintas variables que se puedan contrastar.

Es de esperar que este estudio genere conciencia de la invalidación del trabajo de un cuidador no solo de adultos mayores, sino que también de otros grupos como niños, discapacitados, etc. Pudiendo generar una comprensión de dicho trabajo y su rol en la sociedad.

## CAPÍTULO VI. REFERENCIAS

ALAPSA. (2021) Sobre la Sociedad. Recuperado de:

<https://alapsa.net/sobre-la-sociedad/>

ASISTED (2019). *5 diferencias entre asistir y cuidar a personas dependientes.*

Recuperado de: <https://www.asisted.com/blog/5-diferencias-entre-asistir-y-cuidar-a-personasdependientes/>

Alzuri Falcato, Mario, Hernández Muñoz, Niusha, & Calzada Urquiola, Yanara. (2017). *Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento.* Revista Finlay, 7(3), 152-154.

Breinbauer, H. Vásquez, H. Mayanz, S. Guerra, C. Millán, T. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Revista Médica de Chile v.137 n.5. Recuperado de:

[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000500009](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009)

Carasco M., Dominguez A., Muñoz P. (2013) Revista española de geriatría y gerontología (6) 276-284. Recuperado de:

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X13001157>

Caro C. (abril 2021). COVID-19, Feminismo decolonial y revueltas populares. Facultad de ciencias sociales. Universidad de Chile. Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/profile/Cristina-Valenzuela-2/publication/351132150\\_COVID-19\\_FEMINISMO\\_DECOLONIAL\\_Y\\_REVUELTAS\\_POPULARES/links/608aff10458515d315e6a512/COVID-19-FEMINISMO-DECOLONIAL-Y-REVUELTAS-POPULARES.pdf#page=10](https://www.researchgate.net/profile/Cristina-Valenzuela-2/publication/351132150_COVID-19_FEMINISMO_DECOLONIAL_Y_REVUELTAS_POPULARES/links/608aff10458515d315e6a512/COVID-19-FEMINISMO-DECOLONIAL-Y-REVUELTAS-POPULARES.pdf#page=10)

Chile cuida (2017) recomendaciones a cuidadores y cuidadoras de personas mayores.

Recuperado de:

<https://www.chilecuida.gob.cl/2017/10/recomendaciones-a-cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayores/>

Cortese E. (2004). Los conceptos de normalidad-anormalidad, salud-enfermedad. En Psicología médica salud mental (pp. 101-109). Buenos Aires: Nobuko

Contract Workplaces (s/f). *Salud Mental en épocas de pandemia* [Página Web] Recuperado el 07 de Julio 2020 de:  
<https://contractworkplaces.com/web/salud-mental-en-epocas-de-pandemia/>

Crespo M., Rivas M. (2015) La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. Madrid Recuperado de:  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742015000100002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742015000100002)

Cuidadores de ancianos profesionales. [Consultado el 15 de mayo 2021] recuperado de:  
<http://www.cuidadoresdeancianos.com/csda/csda.htm>

Diaz F., Toro A. (2019). *SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia*. Recuperado de:  
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf>

Duch Campodarbe F. R.; Ruiz de Porras Rosselló L.; Gimeno Ruiz de Porras, D.; Allué Torra, B.; Palou Vall, I.: *Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en Atención Primaria*. Semergen 1999; 25(3):209–225

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Recuperado de:  
<https://respiratorio.minsal.cl/PDF/AVENI/GOLDBERG.pdf>

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, versión original (todos los ítems) y abreviada (ítems en gris) anexo 7. Orientación Técnica de atención integral para personas mayores frágiles unidades geriátricas de agudos (uga) 2018. Recuperado de:  
<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-de-Atenci%C3%B3n-Integral-para-Personas-Mayores-Fr%C3%A1giles-en-Unidades-Geri%C3%A1tricas-de-AgudosUGA.pdf>

Estatuto del Consejo de Europa (1998) RECOMENDACIÓN Nº (98) 9 Del Comité de Ministros a

los Estados miembros relativa a la dependencia. Recuperado de:  
<https://sid.usal.es/idocs/F3/LYN10476/3-10476.pdf>

Fernández P., Vila A., Montero C. (2002). Determinación de factores de riesgo. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. Recuperado de  
[https://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f\\_de\\_riesgo/3f\\_de\\_riesgo2.pdf](https://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo2.pdf)

Fernández P., Vila A.; Carpena Montero J. (1997). *Determinación de factores de riesgo*. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística; 4: 75-78.

Flores G, Elizabeth, Rivas R, Edith, & Seguel P, Fredy. (2012). *nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa*. Ciencia y enfermería, 18(1), 29-41

Flores A. (2020) OPINIONES Médico cirujano especialista en psiquiatría, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental U de C. Recuperado de:  
<http://www.psiquiatriaysaludmental.udec.cl/adulto-mayor-y-cuidadores-los-nuevos-desafios-que-impone-la-pandemia/>

García-López L., Piqueras J., Rivero R., Ramos V., Oblitas L., (2008) *Panorama de la Psicología Clínica y de la Salud CES*. Medellín: Colombia. Recuperado de:  
<https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539527008.pdf>

Godoy G. (2020). Adultos mayores en Chile: ¿Cuántos hay? ¿Dónde viven? ¿Y en qué trabajan? INE. Recuperado de:  
[https://www.ine.cl/prensa/2020/04/15/adultos-mayores-en-chile-cu%C3%A1ntos-hay-d%C3%B3nde-viven-y-en-qu%C3%A9-trabajan#:~:text=Seg%C3%BAn%20el%20Censo%202017%2C%20en,\)y%20Biob%20C3%ADo%20\(183.145\)](https://www.ine.cl/prensa/2020/04/15/adultos-mayores-en-chile-cu%C3%A1ntos-hay-d%C3%B3nde-viven-y-en-qu%C3%A9-trabajan#:~:text=Seg%C3%BAn%20el%20Censo%202017%2C%20en,)y%20Biob%20C3%ADo%20(183.145))

Gómez. M. (2016). Cuidado formal e informal de personas mayores dependientes. Facultad de ciencias humanas y sociales. Madrid. Recuperado de:  
<https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/13437/TFM000507.pdf?sequence=1>

Gonzales. C. (2020) cuidado a las personas mayores en tiempos de covid-19. Una mirada desde la enfermería. Facultad de medicina UACH. Recuperado de:

<http://medicina.uach.cl/2020/04/cuidando-a-las-personas-mayores-en-tiempos-de-covid-19-una-mirada-desde-la-enfermeria/>

Grau, J; Hernández, E. (2005) PAG 10,11, 17 Psicología de la salud: aspectos históricos y conceptuales Recuperado de:

[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/36494270/PSICOLOGIA-DE-LA-SALUD-ASPECTOS-HISTORICOS-Y-CONCEPTUALES.pdf?1422922084=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPSICOLOGIA\\_DE\\_LA\\_SALUD\\_ASPECTOS\\_HISTORIC.pdf&Expires=1620271667&Signature=HeRt7dliOQvBOWXdQauvMsoJZ81g7Dy1sQ6dZ~XnWFOhALiZnLZTjhDVUbGnHREbkfW-JVRLTZc~TZT5jh9CbaIS1FC-vDIJnqBETOUKLS1VBuS6NQyo5UEsFYmlo9PI4He8P6GULBv8VkCmc1O1t9txGXblLxKyW7jkny5lyzzYC0qZVgyILFdcwuy1gpP7xW1tIDqIIDwWGfayEUCBJ-kT2TtKn2POLun6smAd~fvDIQ~5qvMhWisWOtqZVx70euoFr0roAtXZ1SBb0QHhy0bs1cr9h~lLjbHcs7U~30nTu8FHSxMf4cs3Ark7RZ3bgB0rDpMFMXeuJGBVLT2Zw\\_\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/36494270/PSICOLOGIA-DE-LA-SALUD-ASPECTOS-HISTORICOS-Y-CONCEPTUALES.pdf?1422922084=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPSICOLOGIA_DE_LA_SALUD_ASPECTOS_HISTORIC.pdf&Expires=1620271667&Signature=HeRt7dliOQvBOWXdQauvMsoJZ81g7Dy1sQ6dZ~XnWFOhALiZnLZTjhDVUbGnHREbkfW-JVRLTZc~TZT5jh9CbaIS1FC-vDIJnqBETOUKLS1VBuS6NQyo5UEsFYmlo9PI4He8P6GULBv8VkCmc1O1t9txGXblLxKyW7jkny5lyzzYC0qZVgyILFdcwuy1gpP7xW1tIDqIIDwWGfayEUCBJ-kT2TtKn2POLun6smAd~fvDIQ~5qvMhWisWOtqZVx70euoFr0roAtXZ1SBb0QHhy0bs1cr9h~lLjbHcs7U~30nTu8FHSxMf4cs3Ark7RZ3bgB0rDpMFMXeuJGBVLT2Zw__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

Hernández Z. (2006). Cuidadores de adultos mayores residentes de asilos. Recuperado de: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000100009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100009)

Instituto Nacional de Geriátría. (s.f.). *Cuidado del Cuidador*. Recuperado de: [http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod\\_resource/content/355/Archivos/C\\_Promocion/Unidad\\_4/Sesion\\_8/EI%20cuidador.pdf](http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Promocion/Unidad_4/Sesion_8/EI%20cuidador.pdf)

Jaramillo J. C., Restrepo D. (2015). Psicología de la salud y psicología clínica. Universidad CES, Colombia. Editorial psicología y salud. Recuperado de: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3431/2323>

Madariaga C., Oyarce A. (2020). *Pandemia por covid-19: UN HECHO SOCIAL TOTAL* Escuela de Salud Pública, “Dr. Salvador Allende G.” Facultad de Medicina, Universidad de Chile. SUS EFECTOS SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS CHILENOS.

Matarazzo, J D. (1980) Salud del comportamiento y medicina del comportamiento. *Fronteras de una nueva psicología de la salud*, psicólogo estadounidense. 35, 807-817



MINSAL. (2013). *Depresión en Personas Mayores de 15 años y más*. Guía Clínica Auge. Santiago. Chile. Recuperado de: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GUIA-CLINICA-DEPRESION-15-Y-MAS.pdf>

Molina. H, Sarmiento.L, Aranco.N, Jara. P. Envejecimiento y atención a la dependencia en Chile (2004). División de protección social y salud (BID). Recuperado de: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Chile.pdf>

Montejano S, (2018), *Ansiedad adaptativa vs ansiedad patológica*. Psiquion. Recuperado el 12 noviembre 2018, de <https://www.psiquion.com/blog/ansiedad-adaptativa-vs-patologica>

Morales. A. (2020) Minsal. Recuperado de: <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/actualidad/covid-19/minsal-confirma-primer-caso-en-chile-de-cepa-britanica-del-covid-19/2020-12-29/213618.html>

Muñoz C., Aguilar F. (s/f). *La sobrevivencia en la vejez en Chile: lo que muestra la pandemia sobre la protección social*. Recuperado de: <https://www.teseopress.com/pandemiasocial/chapter/la-sobrevivencia-en-la-vejez-en-chile-lo-que-muestra-la/>

Observatorio del envejecimiento (2020). *Salud mental y principales preocupaciones de las personas mayores en contexto pandemia*. Pontificia universidad católica de Chile. Recuperado de: <https://observatorioenvejecimiento.uc.cl/wp-content/uploads/2020/12/Salud-Mental-en-Pndemia.pdf>

Organización Mundial de la Salud (s.f.) *¿Cómo define la OMS la salud?* <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%ABLa%20salud%20es%20un%20estado,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>.

Organización Mundial de la Salud (s.f.) *Coronavirus causante del síndrome respiratorio de medio oriente MERS-COV* Recuperado de: [https://www.who.int/health-topics/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-mers#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-mers#tab=tab_1)

Organización Mundial de la Salud (s/f). Depresión. Recuperado de:

<https://www.who.int/topics/depression/es/>

Organización Mundial de la Salud (2021). síndrome respiratorio agudo severo SRAS recuperado

de: [https://www.who.int/health-topics/severe-acute-respiratory-syndrome#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/severe-acute-respiratory-syndrome#tab=tab_1)

Organización Colegial de Enfermería (2020). Estrategias de cuidado y autocuidado para cuidadores formales e informales [AUDIOVISUAL]. Disponible en:

<https://www.youtube.com/watch?v=BQluQDbzghs>

Pizarro C. (2016) *significados, aprendizajes y necesidades desde la experiencia de cuidar de cuidadoras/es informales de personas adultas mayores con dependencia, desde un enfoque de género*. Recuperado de:

[http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/483/Tesis\\_Claudia%20Pizarro.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/483/Tesis_Claudia%20Pizarro.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Pizarro C. (2019). El ejercicio profesional desempeñado desde la psicología de la salud por psicólogas/os del Hospital San Juan de Dios de la Región Metropolitana. Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales Departamento de Psicología. Recuperado de:

<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/173924/EI%20ejercicio%20profesional%20desempe%C3%B1ado%20desde%20la%20psicolog%C3%ADa%20de%20la%20salud%20por%20psico%C3%B3logos%20del%20hospital%20San%20Juan%20de%20Dios%20en%20la%20Regi%C3%B3n%20Metropolitana.pdf?sequence=1>

Rivas J., Ostiguín R. (s.f.) Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 8(1), 51. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n1/v8n1a7.pdf>

Roca M., Úbea I., Fuentelsaz C., López R., Pont A., García L., Pedreni R. (2000) Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. Atención primaria, 26(4),217-223.

Rodríguez-Rodríguez P. (2005). El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de la ciudadanía. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 40(3), 5-15.

- Rogero J. (2009). Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid: IMSERSO
- Salazar G. (2019). El “reventón social” en Chile: una mirada histórica. CIPERCHILE. Recuperado de: <https://www.ciperchile.cl/2019/10/27/el-reventon-social-en-chile-una-mirada-historica/>
- Salinas A. (2021) Opinión: pandemia y salud mental en Chile. Universidad del desarrollo. Recuperado de: <https://paginav.cl/2021/03/04/opinion-pandemia-y-salud-mental-en-chile/>
- SENAMA (2009) Estudio de nacional de la dependencia en las personas mayores Recuperado: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Dependencia-Personas-Mayores-2009.pdf>
- SENAMA (2012). Política integral de envejecimiento positivo para Chile 2012-2025. Recuperado de: [http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Envejecimiento\\_Positivo.pdf](http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Envejecimiento_Positivo.pdf)
- SENAMA (2017), Condiciones de vida de las personas mayores al interior de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores de SENAMA. Santiago. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor. Recuperado de: [http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Estudio\\_ELEAM\\_SENAMA\\_FINAL.pdf](http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Estudio_ELEAM_SENAMA_FINAL.pdf)
- SENAMA (2019). Manual para el cuidador de personas mayores en situación de dependencia. YO ME CUIDO Y TE CUIDO  
Recuperado de: [http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Yo\\_me\\_cuido\\_y\\_te\\_cuido.pdf](http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Yo_me_cuido_y_te_cuido.pdf)
- Sequeira D. (2017). *Recomendaciones a Cuidadores y Cuidadoras de Personas Mayores*. Chile cuida sistema de apoyos y Cuidados.
- Sierra, Ortega, Ihab. (2003). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. Revista Mal Estar e Subjetividade, 3(1), 10-59.
- Universidad de Chile (2020). Salud mental en situación de pandemia. Documento para mesa social covid-19.
- Urzúa. A; Vera. P; Caqueo. A; Polanco. R. (2019) 105 TERAPIA PSICOLÓGICA 2020, Vol. 38, Nº 1, 103–118

Vera-Villarroel P. (2020). Psicología y Covid 19: un análisis desde los procesos psicológicos básicos Recuperado de:

<https://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/viewFile/393/440>

World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Zepeda. P; Muñoz. L. (2019) Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud. Recuperado de:

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2019000100002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000100002)

Zoch Zannini. C. (2002) Depresion. Recuperado de:

<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/depresion2005.pdf>

## CAPÍTULO VII. ANEXOS

### ANEXO A

#### Escala de sobrecarga del cuidador, Test de Zarit.

Puntuación para cada respuesta		Nunca	Rara vez	Algunas Veces	Bastante s veces	Casi Siempre
		1	2	3	4	5
1	¿Piensa que su familia pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?*					
3	¿Se siente agobiado(a) por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?*					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado(a) cuando esta cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de la familia?*					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?*					
10	¿Se siente tenso(a) cuando se encuentra cerca de su familiar?*					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13	¿Se siente incomodo(a) por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar a su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?*					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso(a) sobre que hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?*					

## ANEXO B

## Cuestionario de Salud de Goldberg GHQ-12

# CUESTIONARIO DE SALUD DE GOLDBERG

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nos gustaría saber cómo se ha sentido en general las dos últimas semanas. Por favor responda todas estas preguntas marcando la alternativa que más se acerca a cómo usted se siente. Recuerde que queremos conocer acerca de molestias o quejas recientes, no aquellas que ha tenido en el pasado.

1.- ¿Recientemente, ha sido capaz de concentrarse en lo que hace?

- 0- Mejor que de costumbre
- 0- Igual que de costumbre
- 1- Menos que de costumbre
- 1- Mucho menos que de costumbre

2.- ¿Recientemente, ha perdido mucho sueño por preocupaciones?

- 0- No, en absoluto
- 0- No más que lo usual
- 1- Algo más que lo usual
- 1- Mucho más que lo usual

3.- ¿Últimamente, se ha sentido una persona útil para los demás?

- 0- Más que de costumbre
- 0- Igual que de costumbre
- 1- Menos útil que de costumbre
- 1- Mucho menos útil

4.- ¿Recientemente, se siente capaz de tomar decisiones?

- 0- Más que lo usual
- 0- Igual que lo usual
- 1- menos que lo usual
- 1- Mucho menos capaz

5.- ¿En el último tiempo, se ha sentido constantemente bajo tensión?

- 0- No, en absoluto
- 0- No más que de costumbre
- 1- Algo más que de costumbre
- 1- Mucho más que de costumbre

6.- ¿En el Último tiempo, ha sentido que no puede solucionar sus problemas?

- 0- No, en absoluto
- 0- No más que de costumbre
- 1- Algo más que de costumbre
- 1- Mucho más que de costumbre

7.- ¿En el último tiempo, ha podido disfrutar de la vida diaria?

- 0- Más que de costumbre
- 0- Igual que de costumbre
- 1- Menos que de costumbre
- 1-. Mucho menos

8.- ¿recientemente, ha sido capaz de enfrentar los problemas?

- 0- Más que lo habitual
- 0- Igual que lo habitual
- 1- menos capaz que lo habitual
- 1- Mucho menos capaz

9.- ¿Recientemente, se ha sentido triste o deprimido?

- 0- No, en absoluto
- 0- No más que de costumbre
- 1- Algo más que de costumbre
- 1- Mucho más que de costumbre

10.- ¿Recientemente, ha estado perdiendo confianza en usted mismo?

- 0- No, en absoluto
- 0- No más que de costumbre
- 1- Algo más que de costumbre
- 1- Mucho más que de costumbre

11.- ¿En el último tiempo, ha sentido usted que no vale nada?

- 0- No, en absoluto
- 0- No más que lo habitual
- 1- Algo más que lo habitual
- 1- Mucho más que lo habitual

12.- ¿En el último tiempo, se ha sentido feliz, considerando todas las cosas?

- 0- Más que lo habitual
- 0- Igual que lo habitual
- 1- menos que lo habitual
- 1- Mucho menos que lo habitual

**ANEXO C****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**UNIVERSIDAD  
MIGUEL DE CERVANTES  
ESCUELA DE PSICOLOGIA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Factores de riesgo en tiempos de pandemia en cuidadores de Adultos Mayores Institucionalizados en la comuna de San Miguel.**

Usted ha sido invitado a participar del estudio de investigación de “Factores de riesgo en tiempos de pandemia en cuidadores de Adultos Mayores Institucionalizados en la comuna de San Miguel”. La investigación estará conducida por Fernanda Gómez y Jennifer Sessarego, estudiantes de la carrera de Psicología, de la Universidad Miguel de Cervantes y bajo la supervisión guía del Profesor Claudio Barrales.

Los antecedentes que se obtengan serán de uso exclusivamente académico. Los resultados serán utilizados como estudio de investigación lo cual es completamente voluntaria; usted puede rechazar a participar o dejar de participar en cualquier momento. Todos los antecedentes que la puedan identificar serán confidenciales y no serán publicadas en este estudio. Dicha evaluación no tiene validez clínica por tratarse de un trabajo formativo de pregrado. Finalmente, cualquier publicación de esta investigación no lo identificara a usted como participante de ninguna manera. Si tiene cualquier pregunta o comentario puede hacerlas las veces que quiera y en cualquier momento. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Recuerde, que estas preguntas tratan sobre lo que usted percibe. No hay respuestas correctas (buenas) y tampoco incorrectas (malas).

Desde ya le agradecemos su participación. **Si acepta participar le solicitamos por favor completar los siguientes datos, sin mencionar su nombre. El cual indico mi compromiso voluntario a formar parte de la investigación.**

Edad:\_\_\_\_\_ sexo:\_\_\_\_\_ fecha\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Correo electrónico: [jennifersessarego@gmail.com](mailto:jennifersessarego@gmail.com)  
[fernanda.pazgomezv@gmail.com](mailto:fernanda.pazgomezv@gmail.com)



## ANEXO D

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Nombre:	XX
Edad:	_____
Genero:	F: _____ M: _____
Nombre Residencia Laboral	_____