

Universidad de Pamplona
Facultad de Salud
Departamento de Psicología



Síndrome del cuidador en las religiosas del Asilo San José de Pamplona

Gina Patricia Rodríguez Cuervo

Pamplona, Colombia

I-2018

Universidad de Pamplona
Facultad de Salud
Departamento de Psicología



Síndrome del cuidador en las religiosas del Asilo San José de Pamplona

Gina Patricia Rodríguez Cuervo

Ps. Esp: Julio Annicchiárico Lobo

Docente Asesor

Pamplona, Colombia

I-2018

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, gracias a quien me amo primero, a quien cumplirá su propósito en mí, a Dios Todopoderoso, por su infinito amor y gran misericordia, para él toda la gloria, la honra y el honor.

A la memoria de mi madre, por sus esfuerzos, sacrificios, gran paciencia, infinito amor y espléndida crianza, a ella quien pinto mi cara de color esperanza, y me enseñó a ser mejor persona, ella, que en su gran sabiduría siempre tuvo el consejo más apropiado, y supo que algún día yo haría algo que la enorgulleciera, agradezco a Dios por el tiempo que estuviste conmigo.

A mi padre, por su incansable labor día tras día, por sus esfuerzos y sacrificios, por sus consejos oportunos e infinito amor y paciencia, por enseñarme valores y el camino del bien, agradezco a Dios que estés con una sonrisa en tu rostro cada día, por tu buen genio y por sacarme una sonrisa con tus historias de antaño, a ti, todo mi amor y gran admiración.

Inmensamente agradecida con mis amados hermanos, por apoyarme en los buenos y malos momentos, en las tristezas y alegrías en los días duros y no tan duros, gracias por recorrer conmigo este camino que en momentos se hizo largo y estrecho, sin su apoyo, no sería quien soy hoy.

A mi estimado director de tesis, Julio annichiarico lobo, por haberme orientado, aconsejado y regañado en este arduo proceso, gracias por contribuir a mi crecimiento personal, el mundo necesita más personas como usted, mi aprecio siempre a su favor.

Gracias.

Gina Rodríguez.

DEDICATORIA

- A la memoria de mi madre Eloísa Cuervo, por sus enseñanzas y amor.
- A mi padre José Vicente Rodríguez, por sus esfuerzos y amor.
- A mis hermanos por su incondicional apoyo.
- A mi estimada cuñada María T. por su incondicional apoyo.
- A mi director de tesis Julio Annichiarico lobo, por sus contribuciones a mi formación.
- A los docentes que entregaron sus saberes para contribuir a mi formación.
- A esos compañeros de clase que hacían los días duros más fáciles en las aulas.

GRACIAS a todas y cada una de esas personas que en algún momento me acompañaron en este camino de formación y crecimiento personal, y que me dieron todo su amor, apoyo y comprensión, mi estimación y gran afecto para ustedes siempre.

“QUE SIGAN LAS BENDICIONES”

Tabla de contenido

Introducción 8

Problema de Investigación 12

Planteamiento y Descripción Del Problema 12

Formulación del Problema 16

Justificación 16

Objetivos 18

 Objetivo General 18

 Específicos: 18

Marco Referencial 19

Estado del Arte 19

 Local 19

 Nacional 21

 Internacional 24

Marco Legal 29

Marco Teórico 32

 Capítulo I. Ciclo Vital del Adulto Mayor 32

 Adulter Mayor 32

 Enfoque del Ciclo Vital 34

 Adulto Mayor Institucionalizado 38

 Capítulo II. Salud Mental 40

 Capítulo III. Cuidador y Síndrome del Cuidador 48

 Rol del Cuidador 48

 Tipos de Cuidadores 49

Síndrome del Cuidador	54
Capítulo IV: Vocación religiosa	56
Tipo y diseño de la Investigación	62
Población.....	62
Muestra	62
Categorías de Investigación	63
Técnicas para la Recolección de la Información	67
<i>Entrevista semiestructurada</i>	67
<i>Tipo de Análisis</i>	68
Triangulación de Datos	69
Consideraciones Éticas	69
Presentación de Resultados.....	71
Matriz de Análisis de Datos de Entrevista Semiestructurada	71
Análisis y Discusión de Resultados	77
Recomendaciones	105
Referencias Bibliográficas	106

Tabla de Apéndices

Apéndice A: entrevista semiestructurada

Apéndice B: consentimiento informado

Apéndice C: cartilla.

SÍNDROME DEL CUIDADOR EN LAS RELIGIOSAS DEL ASILO SAN JOSÉ DE PAMPLONA

Introducción

La prevalencia del adulto mayor en asilos en Colombia es cada vez mayor, es por eso que la Ley 1276 de 2009, manifiesta que: “se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros de vida”. Por lo cual serán adultos mayores institucionalizados, que se encuentran bajo el cuidado de cuidadores profesionales que saben cómo suplir sus necesidades de la mejor manera. Lo cual es de gran interés e importancia para la sociedad actual donde la población de longevos va en aumento, es por esto que en el asilo Hogar San José, la calidad de vida de dicha población tiende a mejorar una vez se mitigan necesidades fisiológicas, emocionales, socioculturales y psicológicas, permitiendo su fortalecimiento y bienestar integral.

A lo largo del tiempo se evidencia un aumento progresivo de la población, especialmente del grupo de los adultos mayores, lo que representa para el país un desafío en cuanto a políticas sociales y recursos se refiere. Esta transformación demográfica genera gran impacto en el desarrollo social, político y económico, así como en la calidad de vida, el cumplimiento de los derechos y las dinámicas de los procesos sociales, y de cohesión social, que conlleva. Población adulta mayor se concentra en Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander, Atlántico, Bolívar y Tolima. Concentrándose los mayores porcentajes en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla. Lo anterior se corrobora con debido a la disminución de la población joven y al incremento de los adultos mayores. (Cepsiger, 2004.)

La edad de adulto mayor se inicia a los 60 años de edad, esto lo señalan cifras de la organización mundial de la salud, (OMS 2014) la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605

millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. (OMS 2014), es por esto que deben existir cuidadores que, “proporcionen ayuda a personas dependientes de manera que sientan que sus necesidades estén cubiertas”. Lo que les permite sentirse parte de la sociedad nuevamente e influir y participar activamente en actividades propias de la institución en la que residen.

La presente investigación identifica los tipos principales de cuidadores, en el proceso de cuidado, se identifican personas que realizan esta labor de manera informal y quienes la desarrollan de modo formal, estas personas cuentan con capacidades que van más allá de cuidar de sí mismas o de los demás (Rodríguez - Rodríguez, 2005). Para cuidar a un enfermo, siendo este el caso de muchos adultos mayores en el Asilo Hogar San José de Pamplona, a cargo de las religiosas cuidadoras de esta población, las cuales no obtienen remuneración económica por esta labor, ya que la realizan por su vocación religiosa, como en pocas instituciones, cuya labor diaria es de alto riesgo pues tienen duras condiciones de trabajo, salarios bajos, numerosas guardias y turnos muy largos (Delgado et al., 2014). Es por esto que los cuidadores formales necesitan atención ya que su trabajo puede generar problemas tanto físicos como emocionales (Roca et al., 2000).

Dicho lo anterior, según (Polaco, 2014), de los tipos principales de cuidadores que corresponden a familiares y personas cercanas al entorno del paciente que le otorgan el cuidado en su propio domicilio careciendo de vinculación a un sistema de atención personalizado, o de recibir ayuda económica por su trabajo; en segundo lugar se encuentran los cuidadores profesionales o quienes prestan su servicio de manera formalizada dentro del hogar del paciente o en centros especializados, siendo este el caso del adulto mayor institucionalizado del hogar asilo San José, que están bajo el cuidado de las religiosas de la congregación “hermanitas de los ancianos desamparados”, las cuales son cuidadoras formales ya que cuentan con estudios como enfermería y geriatría para ejercer su labor, sin embargo, no reciben remuneración a cambio de su trabajo, ya que su vocación religiosa es sin ánimo de lucro.

Dicho esto vale la pena resaltar que el cuidador informal son básicamente aquellas personas que asumen la tarea de cuidar, proveer las necesidades y apoyar en sus actividades de la vida diaria a familiares o seres queridos, que entran en situación de dependencia originada por múltiples causas. Este tipo de cuidados difieren de una situación en función al grado de dependencia del paciente a quien se presta el servicio el cual varía a consecuencia de las variaciones entre las enfermedades o problemas incapacitantes que se enfrenten. (Polanco, 2014). Por ejemplo en el caso de un adulto mayor en casa, en ocasiones es el menor de los hijos quien asume esta responsabilidad o quien este soltero o soltera, esto los convierte en cuidadores, lo cual en ocasiones les impide seguir el curso normal de sus vidas, y se ven expuestos a manifestar síntomas del síndrome del cuidador.

Teniendo en cuenta que en el asilo la población de adulto mayor que se encuentra institucionalizado, y bajo el cuidado de las religiosas es extenso, se debe asumir el afrontamiento a los eventos estresores y los recursos que pueden utilizar las encargadas del asilo, Lazarus y Folkman (1986) citados en (Gómez-Fraguela, Luengo, Romero, Villar, & Sobral, 2006), definen el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos”.

Con relación a las afectaciones y el proceso de afrontamiento que con lleva asumir el rol de cuidador, se deben prevenir manifestaciones que puedan deteriorar la salud de quien cuida al enfermo o al adulto mayor siendo este el caso de las religiosas a cargo del asilo; por medio de estrategias dentro del cuidado de sí mismos, ya que ser cuidador implica niveles considerables de estrés, caracterizado por una descompensación entre lo que el cuidador requiere y las herramientas que posee para enfrentar situaciones cotidianas dentro de su labor, de acuerdo con (Frydenberg, 1997; Lazarus, 1991; McGrath, 1970) parafraseadas por (Penagos, Reyes, Rodríguez, & Gantiva, 2013).

La concordancia entre el estrés que puedan padecer los cuidadores y el afrontamiento que debe hacerse es equitativo, debido a que, las acciones que realiza una persona para enfrentar un problema, influyen en la valoración que se tiene de la situación del enfermo o del adulto mayor, y su subsecuente afrontamiento. Si el afrontamiento no es efectivo, el estrés se hace crónico y se produce un fracaso adaptativo, que trae consigo una cognición de indefensión junto con consecuencias biológicas, como síntomas orgánicos o psicosociales, que en ocasiones dan como resultado la aparición de una enfermedad, siendo comunes el malestar emocional y psicológico. (Penagos, Reyes, Rodríguez, & Gantiva, 2013).

El hecho de ser cuidador es una experiencia de responsabilidad, de tiempo y de caridad que en ocasiones se realiza por vocación religiosa, que demanda ciertas destrezas y condiciones que son fundamentales para la realización de las actividades de la vida diaria con el familiar o persona dependiente como un adulto mayor. De esta manera, es posible establecer que el rol de cuidador familiar originado por el estado de dependencia del paciente de la tercera edad genera un gran impacto para su calidad de vida, afectando los ámbitos físico, psicológico, social y espiritual del cuidador. (Pinto & Vargas, 2010).

La presente investigación resalta la ardua labor de las religiosas como cuidadoras de los adultos mayores del asilo hogar San José, y los posibles síntomas del síndrome del cuidador que puedan presentarse, debido a la exigencia de las necesidades que suplen a diario, ya que cierta parte de la población presenta discapacidad visual, auditiva, y motora, teniendo como base antecedentes personales y familiares que afectan su estilo de vida donde se ve afectado su estado de ánimo y en ocasiones se presentan dificultad de adaptación y de interacción con las demás personas de su entorno, lo que trae como consecuencia malas relaciones interpersonales, por lo cual ellas deben esforzarse para mantener una sana convivencia entre los longevos.

Problema de Investigación

Planteamiento y Descripción Del Problema

El presente trabajo de investigación aborda la temática del síndrome del cuidador, enfocado en las religiosas de la congregación “ los hermanitas de los ancianos desamparados” que están al cuidado del adulto mayor institucionalizado de asilo Hogar San José de Pamplona Norte de Santander, las cuales se encargan de las necesidades prioritarias de esta población; las cuales son demandantes ya que la cantidad de adultos institucionalizados en el asilo es elevada, por ende, es importante reconocer que el tiempo y la paciencia que se le brinda, al adulto mayor en la institución parece no ser suficiente, ya que a medida que avanza el tiempo las enfermedades y condiciones especiales se vuelven más exigentes, haciendo notorias las dificultades físicas, mentales, con deterioro cognitivo, aislamiento, agresividad y con sentimientos de abandono por parte de los familiares, en ocasiones también rechazo social, lo que hace que las relaciones interpersonales sean difíciles y aumente la dificultad en la convivencia diaria.

El cuidado y atención a los adultos mayores institucionalizados del Asilo Hogar San José, por parte de cinco (5) religiosas pertenecientes a la comunidad de las hermanitas de los ancianos desamparados, congregación creada en España el 27 de Enero de 1873 por el Saturnino López Novoa y Santa Teresa de Jesús. Es una labor difícil y de mucha disposición, ya que el promedio de la población es de ciento diez (110) entre hombres y mujeres de pamplona y municipios cercanos, los cuales tienen diversas necesidades según sus edades y enfermedades propias de la edad, sin embargo, las religiosas cuentan con personas que colaboran en diferentes áreas dentro del asilo, y practicantes interdisciplinarios de la universidad de pamplona, que plasman sus conocimientos en pro del bienestar y la calidad de vida de la población, teniendo en cuenta los síntomas que se viven durante el envejecimiento.

Expuesto lo anterior se puede decir que el envejecimiento es un proceso que se vive durante todas las etapas del ciclo vital y que conlleva implicaciones en la capacidad funcional ante las

diferentes problemáticas que afectan la calidad de vida de los adultos mayores, lo cual se incrementa las diferentes situaciones adversas a las que se tienen que enfrentar para su supervivencia. (Rodríguez 2010). Expuesto esto, es necesario abordar la psicología de la salud, no solo del adulto mayor, sino también de quien está a cargo de su cuidado, ya que esta persona debe realizar una línea de acción para el desarrollo del bienestar integral, evitando ciertas enfermedades mentales que causan el deterioro cognitivo en el adulto mayor y del propio, teniendo bases empíricas, teóricas y conocimientos que promuevan la evaluación, diagnóstico, promoción, prevención por medio de la utilización de diferentes técnicas empleadas para mejorar aquellos comportamientos, convivencias, y ciertos patrones de conducta con el fin de cumplir este proceso de tratamiento para la modificación del deterioro cognitivo, trastornos físico, y mentales del ser humano.

Las religiosas del asilo hogar San José, son por vocación las cuidadoras primarias de los adultos mayores los cuales oscilan entre los 64 a 96 años de edad, atendiendo y dando prioridad a las necesidades de la población, siendo este un proceso diario, complejo y agotador, dejando vulnerables a las encargadas a presentar síntomas del Síndrome Del cuidador. También conocido con diferentes nombres: síndrome de agotamiento del cuidador, síndrome de agotamiento profesional o síndrome de quemarse en el trabajo. Reconocido como una patología que se presenta en individuos que trabajan directamente con personas. Teniendo en cuenta que cuidar es una conducta tan natural como aprender a vestirse o a caminar, no obstante, necesita de estudios en enfermería y gerontología ya que de algún modo todas las personas que están a cargo de algún familiar dependiente, sin saberlo son cuidadores informales, Sin embargo, aprender a ser un cuidador no es algo automático y algunas veces no resulta nada sencillo de acuerdo a lo expuesto por (Pearlin, Mullan, Semple y Skaff, 1990) citados por (Aldana & Guarino, 2012).

La importancia de conocer los síntomas del síndrome del cuidador como tema de investigación se ha incrementado de forma acelerada en los últimos años, esto debido al aumento mismo del fenómeno social en cuestión, ya que se pueden establecer algunas características comunes a la mayoría de las situaciones en que se prestan los cuidados; en primer lugar se

menciona la elevada demanda de tiempo y energía para el cumplimiento del rol de cuidador, en segundo lugar se habla de la falta de preparación o poco nivel que se tiene de la misma puesto que generalmente la situación de cuidar a un familiar no se ha previsto, en tercer lugar la mayor exposición a problemas de salud tanto físicos como psicológicos a comparación de población no cuidadora, y finalmente se resalta que el cuidador puede percibir su rol como poco gratificante en cuanto a recibir menos de aquello que da diariamente. (Polanco, 2014).

Las cuidadoras, como personas encargadas de las necesidades totales o parciales del adulto mayor en el asilo hogar San José, optan por diferentes estrategias de cuidado con la mejor disposición, y comprensión hacia la población, con el fin de mitigar las limitaciones físicas, emocionales y sociales de los mismos, ayudándolos a adaptarse al asilo; en el devenir del rol diario se presentan desacuerdos que dificultan la convivencia entre los adultos mayores dentro de la institución, dejando ver dificultades que interfieren en las relaciones interpersonales y habilidades sociales entre los lozanos.

En la sociedad actual, han aumentado cuidadores que no son considerados como tal, ya que si se trata de cuidar a un familiar o un amigo cercano, este oficio no es considerado como un trabajo que implique que se tenga que retribuir económicamente, sino que solo se busca la calidad de vida y bienestar de quien se cuida, sin embargo, el tiempo de dedicación a suplir las necesidades de quien tiene ciertas limitantes, puede generar sobrecarga afectando con ello la calidad de vida y el estilo de vida del cuidador ya que se verán afectadas otras actividades de su quehacer diario.

Con urgencia es importante observar el rol de las religiosas cuidadoras por vocación, encargadas del asilo Hogar San José, ya que los posibles niveles de sobrecarga y estrés que manejan por la cantidad de población a su cuidado, puede presentarles síntomas que indiquen presencia del síndrome del cuidador en algún porcentaje, cabe resaltar que son diversos los componentes que se presentan en esta condición, uno de ellos es la dependencia por parte de cierto porcentaje de la población.

Según la OMS (2004), establece que “la dependencia es la limitación en la actividad para realizar algunas actividades claves y que requiere una ayuda humana que no se necesitaría de forma acostumbrada para un adulto sano. Es dependiente la persona que no es completamente capaz de cuidar de sí misma, de mantener una alta calidad de vida, de acuerdo con sus preferencias, con el mayor grado de independencia, autonomía, participación, satisfacción y dignidad posible”.

De acuerdo con lo anteriormente citado por la OMS, se debe tener en cuenta la importancia que tienen algunas características que define (Monte, 2011) en las cuales se miden variables que contrastan con las limitaciones de la dependencia del adulto mayor y la capacidad de comprensión de quien le cuida; “ilusión por el trabajo, desgaste psíquico agotamiento físico y mental o cansancio físico y mental, indolencia y culpa”. Es por esta razón que el hecho de ser cuidador es una experiencia de compromiso, tiempo y paciencia ya que demanda ciertas habilidades indispensables en su labor diaria.

Considerando la situación de las religiosas cuidadoras del adulto mayor del asilo hogar San José de la ciudad de Pamplona (Norte de Santander), surge el interés por realizar esta propuesta de investigación, para con ello profundizar en el proceso de su rol como cuidadoras sin ánimo de lucro, en adultos mayores institucionalizados, la realización de la presente propuesta investigativa se llevara a cabo de acuerdo a los parámetros de la metodología mixta, recurriendo a la entrevista a profundidad, por medio de una entrevista semiestructurada como instrumento cualitativo.

Adicionalmente, se llevara a cabo el test sobre la carga de cuidador creada por Zarit y Zarit, donde la puntuación máxima es de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56. No obstante se realizara una segunda prueba. La escala del síndrome del cuidador realizada por Jesús Felipe Uribe Prado, y cuenta con 105 ítems, y mide 3 factores, Agotamiento, Despersonalización e insatisfacción al logro

Como estos dos instrumentos cuantitativos complementan el estudio mixto; la investigación se realizará con una población de cinco religiosas que ejercen su función de cuidadoras de adultos mayores en el Asilo Hogar San José de Pamplona (Norte de Santander).

Formulación del Problema

¿Cómo incide el síndrome del cuidador en las religiosas encargadas por vocación del cuidado adulto mayor en el asilo hogar San José de Pamplona?

Justificación

El presente estudio tiene su razón de ser en el hecho que el síndrome del cuidador es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente, que exige de la sociedad como tal un alto grado de compromiso y responsabilidad para poder identificar sus síntomas y prevenirlo de la forma más apropiada. En ese mismo orden de ideas, Crespo & López (2007), plantean que se ha estimado la carga del cuidador desde dos orientaciones, una objetiva y otra subjetiva. La carga subjetiva se refiere a las apreciaciones y emociones negativas, ante la experiencia de cuidar, y la carga objetiva se define como el conjunto de demandas y actividades que deben atender los cuidadores como un parámetro del nivel de daño de la vida diaria de los cuidadores debido a lo demandante de su realidad. Puede incidir como una variable que establece menor o mayor perjuicio físico y emocional de los cuidadores.

Otro aspecto importante que hace Crespo & López (2007), sobre la carga objetiva, es un indicador del grado de afectación de la vida cotidiana de los cuidadores debido a lo demandante de su situación. Puede verse como una variable que determina la mayor o menor afectación emocional y física; por ende es de gran interés promover estrategias que identifiquen y prevengan los síntomas del síndrome del cuidador, desarrollando con ello destrezas y permitiendo a las personas a cargo del adulto mayor afrontar de forma asertiva los retos diarios de la población, ya

que sus hábitos suelen cambiar como consecuencia de la dedicación total y prolongada en su labor diaria.

En la actualidad es de gran importancia la necesidad de que los cuidadores sepan cómo cuidarse de la forma más adecuada, por ende es primordial que adquieran conocimientos y estrategias de afrontamiento ya que este media entre los eventos estresores y los recursos del individuo, según, Lazarus y Folkman (1986) citados en (Gómez-Fraguela, Luengo, Romero, Villar, & Sobral, 2006), definen el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos” (p. 164).

Dicho lo anterior surge la oportunidad de investigar el síndrome del cuidador con la población anteriormente nombrada, ya que es posible que presenten síntomas del síndrome del cuidador, debido a sus labores cotidianas con respecto al cuidado del adulto mayor pueden llegar a ser extenuantes, pues esta población requiere de ayuda para comer, vestirse, ducharse además de las máximas comodidades posibles, que les permita tener mejor calidad de vida, es por esto que la importancia del cuidador en el adulto mayor urge de preparación por parte de quien los cuida, ya que, “el aumento de la población de personas dependientes que requieren atención de un cuidador al no poderse proveer por sí mismos demanda un correspondiente aumento en el número de personas que ejercen como cuidadores primarios, lo cual se considera una exigente función”. (Rota, 2014).

El estudio del síndrome del cuidador unido al análisis del envejecimiento y vejez, permite abordar la temática desde el enfoque psicológico, ya que ambos temas tienen que ver con el comportamiento humano y en especial de los individuos que forman parte de un círculo muy estrecho que busca el bienestar del otro por iniciativa vocacional. Es así como se busca que el presente estudio realice aportes a la Psicología, y sin lugar a dudas pueda servir como un eslabón para nuevas investigaciones, como también para el diseño de estrategias que permitan la intervención en personas a cargo del cuidado de la población de adulto mayor, Teniendo en cuenta

que la psicología es una ciencia experimental, que a través de la investigación tiene objetivos como la realización de aportes importantes para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas de acuerdo con (Ardila, 2014).

Objetivos

Objetivo General

Analizar el síndrome del cuidador en las religiosas del Asilo Hogar San José de Pamplona, por medio de un estudio de corte mixto, determinando su influencia en la salud mental de las mismas.

Específicos:

Identificar la presencia del síndrome de burnout en las religiosas a cargo del adulto mayor del Asilo Hogar San José.

Describir las características del síndrome de burnout presente en las religiosas de las cuidadoras del Asilo Hogar San José.

Analizar la incidencia del síndrome del cuidador en el estado mental y emocional de las cuidadoras del adulto mayor en el Asilo Hogar San José.

Recomendar estrategias para el manejo del síndrome del cuidador a las cuidadoras del Asilo Hogar San José.

Marco Referencial

Estado del Arte

Dentro de la Indagación de diversos autores que han desarrollado estudios acerca del síndrome del cuidador, se hace una recopilación y posterior análisis de fuentes e información exponiendo algunos resultados que permitan tener relación con el tema de la presente investigación, entre ellas podemos destacar tres investigaciones a nivel local, tres a nivel nacional y cinco a nivel internacional, las cuales servirán para orientar al objetivo esperado.

Local

- “Síndrome del Cuidador en Personas a Cargo de Adultos Mayores en la Ciudad de Pamplona (Estudio de Casos)” (Rodríguez, 2013).

Investigación realizada en el año 2013, por Ximena Rodríguez Rivera, con la asesoría de la Ps. Esp. Dexy Milena Portilla Granados en la Universidad de Pamplona, Colombia; su objetivo de este estudio fue analizar la presencia del síndrome del cuidador en personas a cargo de adultos mayores en la ciudad de Pamplona, Colombia, a través de un estudio de casos que permita el reconocimiento de síntomas y manifestaciones del mismo. Por lo anteriormente mencionado y sintetizando la investigación en los objetivos específicos se mencionó que era ideal proponer alternativas para la reducción de sobrecarga en el desempeño del cuidador así como estrategias para el mejoramiento de las consecuencias adversas de su labor a través de un diseño de un blog dedicado al tema. Se utilizó como metodología de la investigación cualitativa junto con un estudio de casos en una muestra de tres cuidadores familiares de adultos mayores de estrato socioeconómico 2 y 3.

Se emplearon instrumentos como la entrevista a profundidad, la observación no participante e historias de vida. Se concluye la evidencia en la falta de capacitación de los

cuidadores para ejercer sus tareas recibiendo solo información empírica en los casos donde ejercido cuidados sobre otras personas, exceptuando al cuidador número tres que siendo el más joven del grupo, no había tenido experiencia en el cuidado ni se había familiarizado con las enfermedades del adulto mayor.

- Calidad de vida de los cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica (2013)

Estudio realizado por Olga Marina Vega Angarita, Mónica Viviana Garnica Flórez, Jesica Johanna Rincón Sepúlveda y Luz Mireya Rincón Aguirre en la Universidad Francisco de Paula Santander. Tiene como objetivo describir la calidad de vida de los cuidadores familiares de los adultos mayores con enfermedad crónica que asisten a control ambulatorio en un centro de atención básica. Se realizó por medio de un estudio cuantitativo descriptivo y transversal, realizado en 244 cuidadores, seleccionados por muestreo no probabilístico de forma intencional en quienes les fue aplicado dos instrumentos: caracterización sociodemográfica de los cuidadores y calidad de vida del cuidador familiar.

Los resultados obtenidos que predominaron en esta investigación acerca de cuidadores de género femenino, en edades que van desde los 36 a 59 años, casadas, dedicadas al hogar, con nivel de escolaridad y socioeconómico bajo; su rol lo vienen desempeñando desde el momento del diagnóstico. En los participantes no se reportó afectación del bienestar físico y espiritual, contrario a lo reportado en el bienestar psicológico y social, los puntajes mínimos en la dimensión física, social y espiritual equivalen a una percepción positiva de su estado de salud, interacción social y espiritualidad respectivamente, mientras que en la dimensión psicológica los puntajes mínimos equivalen a una percepción negativa en el área emocional.

De acuerdo con los objetivos del estudio sobre la caracterización sociodemográfica de los cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica se encontró que en su mayoría son de género femenino, en edades de 36 a 59 años, siendo estas menores que receptor de cuidado;

contando con pareja estable, dedicadas al hogar, con un nivel de escolaridad y estrato socioeconómico bajo. En un alto porcentaje son cuidadores únicos de sus padres, rol asumido desde el momento del diagnóstico, con una experiencia mayor de 37 meses, dedicando de 13 a 23 horas diarias; la enfermedad crónica más relevante fue la hipertensión arterial. La mayoría de los participantes refirieron tener una razón para vivir y que la enfermedad de su familiar han generado cambios positivos en su vida, representando una fortaleza de los cuidadores al existir una mejor predisposición para dar cuidado al enfermo crónico, los resultados obtenidos de este estudio sirven como marco de referencia para el desarrollo de la presente investigación ya que se pueden correlacionar síntomas que se presentan en la población objeto de estudio.

Nacional

- Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales (2006).

En la universidad del valle, Cali. Se realizó el estudio síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales, por Dueñas et al (2006) que tuvo como objetivo “describir la prevalencia del síndrome del cuidador y las características psicosociales de los cuidadores de adultos mayores discapacitados”. Bajo un estudio piloto de casos y controles en el Valle del Cauca durante el 2003-2004 para evaluar la funcionalidad familiar (APGAR familiar), es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global; también se realizó la ansiedad y depresión (escala de Goldberg), la presencia de enfermedades (cuidadores y no cuidadores), y la prevalencia del síndrome del cuidador (escala de Zarit).

Los resultados indicaron que al estudiar 102 familias en su mayoría de nivel socioeconómico bajo (75.3%) con una discapacidad media de 4 años (rango 1-60 años). Se observó una mayor proporción de depresión (81.3% vs. 53.9%, $p<0.01$), una mayor proporción de ansiedad (85.2% vs. 45%, $p<0.001$), y una mayor proporción de disfunción familiar severa (26.5% vs. 10.8%) ($p=0.004$) en los cuidadores en relación con los no cuidadores. De los cuidadores

principales 47% presentaron el síndrome del cuidador que se asociaba con ansiedad (96%, $p=0.01$) y con depresión (100%, $p<0.0001$); 85.3% de los cuidadores habían presentado enfermedades previas en comparación con 63.7% de los no cuidadores ($p=0.0004$).

En conclusión se evidencia que los cuidadores de adultos mayores discapacitados presentan altos niveles de ansiedad, depresión, disfunción familiar y síndrome del cuidador con mayor predisposición a la morbilidad. Lo cual es de gran interés para la presente investigación ya que los resultados de este estudio identifican a los cuidadores de adultos mayores discapacitados como un grupo vulnerable con necesidades preventivas y terapéuticas para poder mitigar los síntomas de este síndrome del cuidador.

- “Estudio experimental sobre la eficacia de la intervención psicoeducativa INFOSA sobre el malestar psicológico de los cuidadores principales de personas ancianas dependientes” (Vargas-Escobar, 2012).

Este estudio se realizó en Chía, Colombia en el 2012 por Lina María Vargas Escobar con el objetivo de generar una reflexión acerca de las intervenciones de enfermería en la atención de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer a partir de la revisión de la literatura que aborda los diferentes aspectos de la calidad de vida de esta población; se implementó un diseño metodológico basado una revisión de la literatura científica y académica de 40 artículos publicados entre 2000 y 2011 en bases de datos como ISI Web of Science, SciELO, Medline, Pubmed, Science Direct y Ovid así como los resultados de Google Scholar.

Los resultados de la investigación evidencian los principales aspectos que integran la calidad de vida para el cuidador, especialmente en el ámbito subjetivo, representados en las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales; a partir de los mismos se concluye que la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer está dada por las condiciones objetivas y subjetivas que integran el concepto, determinando que la enfermería tiene el potencial

de participar no solo desde la práctica clínica y comunitaria, sino desde los roles en educación, investigación y política pública.

- Prevalencia Del Síndrome De Burnout En El Cuidador Primario Institucional En Centros Geriátricos En La Ciudad De Bogotá– Colombia En El Segundo Periodo De 2016.

Trabajo de investigación realizado por: Natalia León Lozano, asesorados por Carlos Nazate Mogollón Fernando Quintero Bohórquez médico cirujano y Marlly Yaneth Rojas Ortiz bacterióloga y laboratorista clínico asesora metodológica de la universidad de ciencias aplicadas y ambientales facultad de ciencias de la salud, programa de medicina humana, realizado en Bogotá en el (2016), el objetivo principal de este trabajo es determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en los cuidadores primarios institucionales de centros geriátricos en la ciudad de Bogotá, Cajicá y Tenjo – Colombia.

La metodología y los resultados obtenidos del estudio realizado fueron por medio de un estudio descriptivo de corte transversal; se utilizó un cuestionario de variables sociodemográficas y el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI). Se analizaron 51 cuestionarios correspondientes a 10 hogares geriátricos de la ciudad de Bogotá, la población estudiada estuvo constituida por 46 mujeres (90,2%) y 5 hombres (9.8%), con edad promedio de 36.9 años, estado civil predominante soltero (32,7%), la profesión destacada fue auxiliares de enfermería (52,9%), la experiencia laboral en promedio de 6,9 años y número de pacientes a cargo de 17.4 pacientes. La prevalencia del Síndrome de Burnout fue de 1,96% de toda la población en estudio; se realizó la relación de frecuencia de la escala MBI.

Según los tres constructos evaluados (cansancio emocional, despersonalización y percepción personal), donde se evidencia el predominio del puntaje bajo; el puntaje alto se vio reflejado solo en la dimensión de percepción personal. A pesar que la prevalencia no es significativa, puesto que no se cumplían los criterios diagnósticos; las puntuaciones altas en

los constructos pueden indicar la presencia de factores de riesgo para el desarrollo del síndrome, generando la posibilidad latente de estrés laboral y afectando la calidad de vida en los pacientes.

Internacional

- “Entrenamiento en Manejo del Estrés en Cuidadores de Familiares Mayores Dependientes: Desarrollo y Evaluación de la Eficacia de un Programa” (López, 2005).

Esta investigación corresponde a una tesis para optar al grado de doctor en la Universidad Complutense de Madrid elaborada por Javier López Martínez en el año 2005; con el objetivo general de proporcionar a los cuidadores principales de personas mayores dependientes estrategias eficaces y efectivas para el manejo del estrés que supone la situación de cuidado; consiguiendo así una mejora significativa de su estado emocional y de su salud. El estudio se realizó con una muestra de 116 cuidadores informales pertenecientes a diversas asociaciones e instituciones, que desarrollan programas dirigidos a personas mayores dependientes (42) o diagnosticadas de demencia (74). Los criterios de inclusión de la muestra comunes para los dos grupos fueron los siguientes: convivir en el mismo domicilio, de manera permanente, con la persona cuidada; tener más de 18 años; ser el único o principal responsable del cuidado del enfermo; llevar cuidando al familiar un mínimo de 6 meses; y la aceptación por parte del cuidador de la realización de las entrevistas y cuestionarios.

Se concluyó que los cuidadores de personas mayores con demencia no muestran niveles de depresión, ansiedad e ira significativamente mayores que los cuidadores de mayores dependientes, pero sin deterioro cognitivo. Aunque los resultados no indican diferencias significativas, hay una tendencia en los cuidadores de personas mayores con demencia a mostrar una mayor problemática emocional (mayores puntuaciones) que los cuidadores de mayores dependientes. Los análisis de regresión múltiple muestran que un peor estado emocional del cuidador (mayores niveles de

depresión, ansiedad e ira) se asocia a la experimentación por parte del cuidador de una alta carga subjetiva, bajos niveles de autoestima, mayor utilización del afrontamiento centrado en las emociones y baja satisfacción con el apoyo social recibido. No hay relación entre el estado emocional del cuidador y la percepción de efectos positivos de la situación de cuidado que experimenta el cuidador.

- Evaluación De La Presencia Del Síndrome De Burnout En Cuidadores De Ancianos. Brasil, (2009).

Este estudio realizado con cuidadores informales de ancianos objetivando identificar la ocurrencia del Síndrome de Burnout en cuidadores de ancianos dependientes; conocer las características socioculturales del cuidador familiar de ancianos y su percepción del cuidado como trabajo. Participaron 31 cuidadores y el instrumento fue el Maslach Burnout Inventory – MBI. De los cuidadores, un 83,6% eran mujeres; 64,5% hijas de los ancianos cuidados. Los análisis que se obtuvieron del MBI sugieren indicios del síndrome superiores a los encontrados en profesionales de salud en los aspectos “cansancio emocional” y “despersonalización”. En el aspecto “realización en el trabajo” el indicador fue satisfactorio, señalando que la relación anciano - cuidador familiar puede ser factor favorable para la no ocurrencia del síndrome por los aspectos culturales y afectivos implicados.

Se trata de un estudio descriptivo de naturaleza cuantitativa. Fue realizada en las áreas de las Secretarías Ejecutivas Regionales –SER- I e III (Fortaleza- Ceará), comprendiendo cada una 16 barrios, en su mayoría de población de baja renta y donde son realizadas las actividades de prácticas de las disciplinas del Curso de Enfermería de la Universidad Federal de Ceará. En la SERI está iniciándose trabajo con cuidadores familiares en unidad de salud de la familia que tiene residencia multiprofesional en salud de la familia. La población mayor de 60 años de Ceará representa un 7,8% del universo poblacional y la mayor de 80 años representa un 16,3% de esa población anciana, de acuerdo con el Anuario Estadístico de Ceará 2002-2003.

Los resultados obtenidos de las tres categorías fueron la dimensión cansancio emocional obtuvo una media de 22,90, con valores variando entre 1,00 y 50,00, demostrando una gran dispersión de puntuación. El valor máximo de los puntos de esta dimensión es de 54 puntos. La segunda dimensión del instrumento, realización en el trabajo de cuidador, la puntuación máxima semejante al instrumento, 48,00(12) y la media fue 40,80, con poca dispersión de los resultados. En la dimensión despersonalización la puntuación máxima fue de 20 puntos mientras la del instrumento es de 30 puntos. La media fue de 6,64.

- Nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto Mayor frágil. Centro de atención Del adulto mayor “tayta Wasi”. Lima – Perú. (2013).

Diana Carolina Alvarado Flores, investiga en la ciudad de Lima Perú, el nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto mayor frágil. En el centro del adulto mayor de “tayta Wasi”. Este estudio tuvo como objetivo “Determinar el nivel de agotamiento de los cuidadores familiares del adulto mayor frágil, que acude al Programa del Adulto Mayor en el Centro de Atención del Adulto Mayor Tayta Wasi”. Por medio de un estudio es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal y diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 48 cuidadores familiares que acuden al programa del adulto mayor en el Centro de Atención del Adulto Mayor “Tayta Wasi” en el distrito de Villa María del Triunfo. Se empleó como técnica la entrevista estructurada y como instrumento la escala de Zarit ya validado (22 ítems). La confiabilidad fue determinada con el Alpha de Crombach ($\alpha = 0.857$). Los datos fueron sometidos a la prueba no paramétrica Chi cuadrado, con la finalidad de determinar si existen diferencias significativas entre las proporciones internas de la variable central y sus dimensiones expresadas en niveles (No sobrecarga, Sobre carga leve, Sobrecarga Intensa).

Los resultados obtenidos del estudio realizado a familiares de adultos en el centro “Tayta Wasi” revela que cuidadores familiares del adulto mayor frágil que presentan sobrecarga leve corresponde a un (54.2%), del total de la población, por otro lado, y con igual importancia la tercera parte de muestra evaluada, manifestaba tener sobrecarga intensa (31.1%), y finalmente sólo el

14.6% de los cuidadores no presentaban sobrecarga. Siendo este porcentaje muy mínimo ante los niveles de sobrecarga presentados en la mayoría de la población, Estos resultados afirma que los cuidadores familiares presentan un nivel de sobrecarga leve; cuyos resultados indicaron que: Los cuidadores/as informales son mujeres, adultas, con pareja, con educación básica incompleta, sin trabajo ni participación social y con percepción económica insuficiente, dedicando gran parte del día a cuidar, sin ayuda de terceros, con niveles de sobrecarga leve, escasa percepción de apoyo social y desarrollo de moderada capacidad de agencia de autocuidado.

Los cuidadores familiares del adulto mayor frágil que acuden al programa del adulto mayor en el Centro de Atención del Adulto Mayor “Tayta Wasi”, presentan una Sobrecarga Leve, por lo que la hipótesis planteada es aceptable, lo que hace relevante para la presente investigación los antecedentes obtenidos de este estudio, ya que se hace evidente la sobre carga en cuidadores de adultos mayores.

- Factores que influyen en la sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores en dos instituciones de la ciudad de Punta Arenas, Chile (2014).

Héctor Retamal-Matus, Laura Aguilar, María Aguilar, Ricardo González, Stefano Valenzano, investigan acerca de factores que influyen en la sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores en dos instituciones de la ciudad de Punta Arenas, Chile. Este estudio tuvo como objetivo “Describir los factores que influyen en la sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores en dos instituciones de la ciudad de Punta Arenas, Chile. Bajo un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal durante el año 2014, para evaluar la sobrecarga (escala de Zarit) la cual es una herramienta para medir el nivel de carga en las labores del cuidador y así prevenir posibles condiciones de salud derivadas de una labor excesiva; también se realizó la escala de ansiedad y depresión (de Goldberg), teniendo en cuenta que es tanto una prueba de detección, con usos asistenciales y epidemiológicos, como una guía del interrogatorio. Se trata de un test que no sólo orienta el diagnóstico hacia ansiedad o depresión (o ambas en casos mixtos), sino que discrimina entre ellos y dimensiona sus respectivas intensidades.

Los resultados del estudio indican que 31 cuidadores formales de dos instituciones de Punta Arenas. Respecto a la escala de Zarit, el 64,5% no presentó sobrecarga; el 29%, sobrecarga leve, y un 6,5%, sobrecarga intensa. Al relacionar la escala de Zarit junto con la de Goldberg, se obtuvo que un 72,2% de los cuidadores no presentaron sobrecarga ni depresión; un 53,8%, no sobrecarga con depresión probable; un 69,6%, no sobrecarga sin ansiedad, y un 50%, no sobrecarga con ansiedad probable. En relación a la edad, remuneración, nivel educativo, institución perteneciente y otros factores, no hubo diferencias significativas.

Estos antecedentes son de gran importancia para la presente investigación debido a que evidencia la problemática del síndrome del cuidador, ya que los resultados están influidos directamente por la capacitación a la que son sometidos los cuidadores formales, siendo dicha capacitación una excelente manera de hacer conscientes a los cuidadores de las problemáticas físicas y psicológicas que pueden derivarse de su labor, y así prevenir la sobrecarga.

- Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor (2014)

Esta investigación fue realizada por M.J. De Valle-Alonso et al. En la Universidad Autónoma de Tamaulipas, Nuevo Laredo, Tamaulipas, México y el objetivo fue “conocer las condiciones personales, de sobrecarga y su relación con el Síndrome de Burnout en el cuidador informal del adulto mayor”. Se realizó bajo un estudio correlacional y transversal. Muestreo no probabilístico, por conveniencia. Muestra: 52 cuidadores informales de ancianos de ambos sexos. Se utilizó cédula de datos personales, la escala de Zarit y el cuestionario Maslach Burnout Inventory. El procesamiento de datos se realizó con el Statistical Package for the Social Sciences versión 20.

Los resultados obtenidos de la investigación según la edad de los cuidadores, la cual fue de realizada en edades de 44 años, 58% están casados, 50% tienen escolaridad media superior, 45% son hijos de los seniles (35% son las hijas), el 27% trabajan como profesionistas, 73% tienen

de 1 a 6 años cuidando al anciano; 42% dedica de 6 -15 horas a su cuidado; 58% padece sobrecarga, con significancia ($r = 0.442$, $p = 001$) con las horas diarias dedicadas al cuidado. El Síndrome de Burnout mostró bajo riesgo en todas las dimensiones: Agotamiento Emocional 67%, Deshumanización 80% y Realización Personal 73%, aunque más del 20% lo padece en alguna dimensión.

El propósito de este estudio fue determinar las características personales de los cuidadores familiares de ancianos. El factor relacionado con la sobrecarga y el Burnout fue el tiempo diario dedicado al cuidado. Con base en los resultados, se propone establecer programas preventivos de entrenamiento acerca del cuidado dirigido a familiares de ancianos; con el fin de contribuir al bienestar de los cuidadores.

Marco Legal

En el presente apartado se consignan algunas normativas legales que rigen la protección al adulto mayor y a quienes desempeñan funciones como cuidadores de personas con condiciones de discapacidad o enfermedad crónica, así como a cuidadores de personas de la tercera edad quienes se ven limitadas en sus áreas funcionales. A partir de esto el gobierno nacional menciona en dichas normativas los beneficios que el sistema de salud debe garantizar a esta población para contribuir con su bienestar integral y calidad de vida.

En primera instancia, se hace necesario destacar algunos postulados de la Ley 1616 de 2013 conocida como ley de salud mental, que tiene como principal objeto garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental en todos los sectores de la población colombiana. A partir de esto, se resalta el artículo 3 de dicha ley donde se define a la salud mental como “Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. (Congreso de Colombia, 2013).”

De igual manera, esta misma Ley promulga en su artículo 28 que todas aquellas asociaciones, corporaciones o fundaciones de personas con trastornos mentales, sus familias o cuidadores harán parte de las redes o grupos de apoyo para la promoción de la salud mental y prevención de la misma, en función a la red integral de servicios de salud. Además en el artículo 10 se constituyen las condiciones básicas para la atención integral a esta población teniendo en cuenta a los pacientes, familias y cuidadores y demás personas que se vean involucradas en las funciones de apoyo y asistencia de las personas con problemáticas de discapacidad o dependencia, enfatizando la necesidad de diseñar programas y acciones que favorezcan su bienestar integral. (Congreso de Colombia, 2013).

Por otra parte, es conveniente hacer mención de la Política Colombiana de Envejecimiento y Vejez con vigencia para el periodo 2014-2024, misma que se desarrolla a partir de la conceptualización del envejecimiento desde una dinámica de integración con todo el ciclo de vida del ser humano como etapa final para la realización de la persona. Sumado a esto se fundamenta en esta normativa a partir de los derechos humanos, la importancia del fomento del concepto de envejecimiento activo y de la protección social integral para el adulto mayor y las instituciones o personas encargadas de velar por su bienestar. (Ministerio de Salud de Colombia, 2014).

Dicha Política de Envejecimiento cubre a todas las personas residentes en Colombia enfatizando especialmente en los mayores de 60 años, sobre todo aquellos que presenten condiciones de desventaja social, económica, cultural o de género. En este sentido, se estructura en función a cuatro ejes fundamentales que dan dirección a su aplicación; a saberse la protección de los derechos humanos de las personas mayores, la protección social integral, el envejecimiento activo, satisfactorio y saludable y la formación de talento humano e investigación. (Ministerio de Salud de Colombia, 2014).

Es así que la Política de Envejecimiento, propone la ejecución de una revisión periódica del Plan de Beneficios para el adulto mayor con el objetivo de generar transformaciones en el mismo encaminadas al logro de una atención integral por parte del sistema de salud donde se cuente con el mejor acceso de esta población a los servicios de sanidad, permitiéndole fortalecer su dignidad humana y calidad de vida, así como la de sus cuidadores, con miras disminuir en la medida de lo posible a la discapacidad. (Ministerio de Salud de Colombia, 2014).

Se observa como a partir del concepto de salud mental, como eje integrador del bienestar del ser humano, se prioriza también la atención en servicios de salud integrales a toda persona que se vea en condiciones de vulnerabilidad física o psicosocial. Destaca entonces, que en materia de la protección al adulto mayor y el acompañamiento para el envejecimiento se hace necesario involucrar a todas aquellas personas que a partir de sus funciones desempeñen un rol fundamental para el bienestar del adulto mayor.

Por lo tanto, a partir de estas normativas legales nacionales las funciones de cuidador primario se ven respaldadas en cuanto a sus necesidades especiales de atención en salud y bienestar integral, siendo integrados por el gobierno nacional dentro de la población en condiciones de vulnerabilidad, motivadas por sus complejas labores. En este sentido, se garantiza a estas personas sus derechos fundamentales para acceder a planes y programas que permitan prevenir cualquier tipo de problemática que surja en cuanto a la realización de sus funciones de cuidado.

Marco Teórico

Este apartado consigna los referentes conceptuales pertinentes al desarrollo de este proyecto de investigación con el fin de soportarlo teóricamente abordando las temáticas de mayor relevancia para el problema de investigación. Dicho esto, se construyen cuatro capítulos que integran la totalidad del marco teórico; en primer lugar se aborda un capítulo referente al ciclo vital del adulto mayor especificando al adulto mayor institucionalizado; la salud mental, seguido del segundo capítulo: salud mental, posteriormente se define un capítulo referente a la figura del cuidador y síndrome del cuidador, y para finalizar se concluye con un capítulo en el que ese aborda la vocación religiosa, dichos temas se utilizarán como marco referencial de la presente investigación.

Capítulo I. Ciclo Vital del Adulto Mayor

Teniendo en cuenta que esta investigación se enfoca hacia población en edad de adultez mayor, se definen por medio de este capítulo los aspectos generales de dicha etapa del ciclo de vida, manifestando una perspectiva contemporánea que aborda el proceso de envejecimiento desde una mirada integral como lo es el Enfoque del Ciclo Vital. Sumado a lo anterior, se definen elementos que caracterizan a la población adulto mayor que habita en condiciones de institucionalización permanente puntualizando aspectos relevantes a este proyecto.

Adultez Mayor

El concepto de adultez mayor corresponde con la etapa final del ciclo de vida del ser humano que según la mayoría de postulados teóricos tiene lugar a partir de los 65 años, si bien existen numerosos enfoques para su estudio y comprensión, su característica general concierne al envejecimiento como antesala al final de la vida junto a sus correspondientes implicaciones sobre la funcionalidad de la persona a nivel psicológico y fisiológico. (Rodríguez, 2011)

A partir de lo anterior, puede decirse que la adultez mayor y la vejez son términos análogos que de manera tradicional solían percibirse a nivel teórico y científico desde una perspectiva centrada en las pérdidas funcionales y la vivencia de procesos de crisis relacionados con el fin de la vida. Dichas perspectivas pueden considerarse de enfoque biológico en cuanto priorizan los aspectos orgánicos del envejecimiento, siendo estos componentes aquellos que se exponen a un mayor nivel de deterioro con el paso del tiempo; de esta manera los enfoques biológicos realizan un abordaje poco optimista de la adultez mayor al relacionarla estrechamente con procesos de enfermedad y muerte. (Rodríguez, 2011).

No obstante, el desarrollo de nuevas conceptualizaciones acerca del envejecimiento ha permitido comprender que este proceso no se presenta de una manera única en todas las personas, exhibiendo también la influencia de factores que van más allá de lo biológico. Por lo tanto, se menciona la importancia del contexto sociocultural y otras variables demográficas como el acceso a sistemas sanitarios y condiciones laborales o económicas, además de hábitos y estilos de vida como aspectos que median en la forma en que cada persona envejece. (Alvarado & Salazar, 2014).

Es preciso señalar en continuación con lo anterior, que las variables socioculturales en el envejecimiento suelen tener una notable influencia en su vivencia y manifestaciones que interactúan con las variables fisiológicas que a nivel genético y hereditario tiene una persona. Esto explica las considerables diferencias en la forma de envejecer que tienen los seres humanos alrededor del mundo, siendo también variables las percepciones culturales acerca de la vejez en todo contexto socio histórico, lo cual define gran parte de los roles atribuidos a esta población y a partir de esto una importante cantidad de sus vivencias diarias. (Alvarado & Salazar, 2014).

Por lo tanto la vejez como constructo social se experimenta de múltiples maneras en cada persona, teniendo en cuenta que en la mayoría de contextos sociales contemporáneos priman perspectivas del envejecimiento que se enfocan en los aspectos fisiológicos motivando visiones

que pueden ser reduccionistas al centrarse únicamente en las pérdidas que implica envejecer, aunque por el contrario existen percepciones del envejecimiento más holísticas e integradoras que abarcan la adultez mayor con un enfoque más optimista, donde destaca algunos de sus elementos positivos en función a un mayor equilibrio entre ganancias y pérdidas. (Rodríguez, 2011).

Además de esto, los componentes psicológicos de cada persona son una variable determinante para la vivencia del envejecimiento humano, puesto que permiten individualizar el proceso que cada adulto mayor asume de su propio ciclo de vida, más allá de los modelos sociales que delimitan la comprensión de la vejez. Por lo tanto, el ciclo de vida como proceso continuo que se articula a través de cada etapa transcurrida se va consolidando aun en la adultez mayor mediante las experiencias personales y los significados e interpretaciones realizados por la persona, haciendo que su vivencia sea altamente compleja al confluir todas aquellas variables mencionadas en este apartado. (Alvarado & Salazar, 2014).

Es por esto que ante la complejidad que representa el estudio de la adultez mayor se toma en cuenta el enfoque del ciclo vital para el desarrollo de este trabajo investigativo, puesto que dicha perspectiva teórica permite un acercamiento holístico hacia la adultez mayor, en función a una comprensión integral de esta etapa que tenga en cuenta las numerosas variables involucradas en la experiencia del envejecimiento para cada persona, puntualizando el carácter individualista de este proceso.

Enfoque del Ciclo Vital

La perspectiva teórica denominado Enfoque del ciclo Vital fue desarrollada con base en los antecedentes desarrollados por Paul Baltes en la década de los 80 expone una reformulación con respecto a las concepciones tradicionales del desarrollo humano y la vejez. En este sentido, dicha teoría propone que el desarrollo humano se configura como un proceso continuo que integra las vivencias de cada una de las etapas que conforman el ciclo de vida de una persona, viéndose

regulado por un balance de ganancias y pérdidas que va transformándose significativamente con el paso del tiempo en estrecha relación con la forma de experimentar situaciones concretas que se presentan a lo largo de la vida. (Blanco, 2011)

De acuerdo con lo anterior, se considera que el enfoque del ciclo vital muestra una visión más compleja del desarrollo humano en cuanto sobrepasa los límites fisiológicos del envejecimiento para integrar conceptos como las funciones de mantenimiento y de regulación de las pérdidas. Es así que explica el concepto de mantenimiento como aquellos esfuerzos realizados por la persona para conservar su nivel de funcionalidad, mientras que define la regulación de las pérdidas como las estrategias empeladas para compensar los niveles de funcionalidad perdidos cuando es imposible recuperar a estos mismos. (Blanco, 2011).

Además de lo anterior, desde la perspectiva de este enfoque se observa que el envejecimiento implica diferentes grados de pérdida funcional para la persona con respecto a cada una de sus áreas de ajuste, explicitando que estas variaciones suelen experimentarse según las características de cada individuo, existiendo personas que ven mayores afectaciones sobre determinadas funciones fisiológicas o psicológicas, mientras que otras de sus funciones permanecen relativamente estables con el paso de los años. Es por esto que se enfatiza la pertinencia de tomar como referencia las etapas anteriores del ciclo de vida de la persona más que las comparaciones entre individuos de la misma edad aludiendo al carácter individual que define a la vivencia de la adultez mayor como etapa final de la vida. (Sancho, 2017).

Pese a que el enfoque del ciclo vital como su nombre lo indica resalta la importancia de la individualidad en el abordaje de la adultez mayor y el envejecimiento, es claro también desde su perspectiva que el contexto sociocultural en el que se encuentra la persona es determinante para la vivencia de esta etapa. En consecuencia aquellas construcciones referentes a los ideales en el desarrollo humano con respecto a los logros que se consideran relevantes desde el punto de vista social y los tiempos establecidos para su cumplimiento, tienen una gran influencia sobre las

elecciones personales y la forma en que el ser humano interpreta su propia vivencia del desarrollo. (Sancho, 2017).

Vale la pena mencionar que el enfoque del ciclo vital propone a la adaptación como una de las principales metas evolutivas del ser humano en cada una de sus etapas, entendiéndola en términos de ajuste personal y satisfacción con la experiencia de vida sobre las limitaciones fisiológicas y sociales que enmarcan el desarrollo humano. Por esta razón, el envejecimiento es propuesto como un proceso activo y dinámico que se encuentra en constante cambio para cada época histórica, contexto cultural y experiencias personales que interaccionan en el adulto mayor con el objetivo que este último tome su rol como actor central de sus propias decisiones y elecciones. (Blanco, 2011).

Sin embargo, es innegable que las limitaciones fisiológicas y los factores hereditarios tienen un impacto directo sobre el bienestar personal del adulto mayor, no obstante a partir de la tendencia humana de alcanzar su propia satisfacción vital es prioritario en esta etapa apuntar a la conservación de la integridad en sus capacidades funcionales. Por una parte se destacan las funciones de selección, optimización y compensación de acuerdo con la dirección que proveen a los objetivos de vida de la persona, siendo necesario en el adulto mayor tener en cuenta la obtención de ganancias, el mantenimiento funcional y por otra parte la regulación de las pérdidas para constituir así un adecuado equilibrio. (Sancho, 2017).

Cambios Evolutivos en el Adulto Mayor

Si bien la forma de abordar y comprender los cambios evolutivos que representa la adultez mayor varía según la perspectiva teórica implementada, para efectos de esta investigación se resumen los principales cambios acontecidos en la vejez según el Enfoque del Ciclo Vital, mismos que se estructuran a través de tres áreas, a saberse la cognición, la identidad y las relaciones interpersonales.

La primera de estas áreas de cambios evolutivos corresponde a la cognición, encontrándose diferencias importantes según cada capacidad intelectual que igualmente varían ampliamente entre cada persona; puede destacarse que a nivel general no suele presentarse una disminución aguda de estas capacidades hasta antes de los 70 años. Sin embargo la funcionalidad y estado de salud a nivel físico tienen una estrecha relación con la conservación de las capacidades cognitivas, siendo la memoria y la atención las funciones que sufren mayores declives; junto a esto cabe resaltar que en personas con condiciones de salud notablemente disminuidas, las capacidades cognitivas suelen tener declives de importante nivel, especialmente en casos de demencias y otras enfermedades degenerativas.

Por otra parte en el área de cambios evolutivos referentes a la identidad personal puede observarse inclusive una mayor estabilidad y resistencia al cambio en comparación con los procesos cognitivos; sin embargo es posible observar modificaciones importantes de esta área en algunos adultos mayores. Por una parte mecanismos como la proyección de objetivos, el afrontamiento de situaciones difíciles y la dirección de esfuerzos para el cumplimiento de metas pueden evidenciar cambios importantes mientras que áreas como el autoconcepto y demás componentes descriptivos suelen ser más estables en el adulto mayor, presentándose aun así cambios significativos para algunas personas con respecto a la imagen que construyen de sí mismos.

Finalmente, los cambios evolutivos en las relaciones interpersonales en la adultez mayor podrían resumirse en una aparente disminución progresiva del contacto social que inclusive se presenta desde la juventud. Sin embargo, al analizar más detenidamente esta tendencia, se observa que el adulto mayor suele distanciarse de aquellos contactos sociales que considera más superficiales enfocándose en el compartir de experiencias con sus familiares y demás personas que integran su círculo social próximo, lo cual se traduce en aumento de su énfasis en la calidad de las relaciones sociales en términos de búsqueda de intimidad y apoyo social en detrimento de la conservación de la cantidad de vínculos interpersonales de etapas anteriores.

Adulto Mayor Institucionalizado

Se considera pertinente a la finalidad de este trabajo investigativo, abordar la temática de adulto mayor institucionalizado, siendo esta la población a evaluar durante el proceso mismo, para lo cual se tiene en cuenta que las principales teorías acerca del envejecimiento son desarrolladas para contextos externos a la institucionalización y las condiciones de esta última suman elementos que se involucran notablemente en la forma en que cada persona envejece, añadiéndole una mayor cantidad de complejidad a su vivencia.

En primera instancia las instituciones de cuidado permanente al adulto mayor conocidas también como instituciones totales son aquellas en donde residen grupos de personas en un contexto separado de la sociedad externa en el que comparten una situación común regulada por un régimen cerrado y administrado por las personas o entidades encargadas de dicha función. Dentro de este tipo de instituciones se clasifican los asilos u hogares permanentes a través del tiempo se han integrado como elementos fundamentales de la sociedad en cuanto al cubrimiento de las necesidades propias del bienestar integral del adulto mayor en especial sobre aquellas personas expuestas a una mayor vulnerabilidad socioeconómica. (Pinzón, Achicanoy, & Chaves, 2016).

A partir de lo anterior, hay que resaltar que el ingreso del adulto mayor a una institución de carácter permanente es un evento que marca su ciclo de vida y acciona la ocurrencia de numerosos cambios en sus hábitos y estilo de vida, más allá de las razones que motiven su institucionalización, siendo estas también determinantes para la adaptación al contexto y las experiencias que en medio de este se van a presentar. Dicho esto, es preciso mencionar que la adaptación al contexto que requieren realizar los adultos mayores institucionalizados enfrenta numerosos retos para su experiencia de vida al involucrar una ruptura sobre sus habituales normas y la relación con las personas que conforman su núcleo social próximo. (Pinzón, Achicanoy, & Chaves, 2016).

Además hay que tener en cuenta también, que la mayoría de adultos mayores que ingresan a una institución de carácter permanente lo hacen motivados por problemas de salud que en algunos revisten importante compromiso a su bienestar habitual, la ausencia de personas que puedan cuidarles y acompañarles en su proceso de envejecimiento llegando en algunos casos a presentar una completa ausencia de todo tipo de apoyo por parte de sus seres queridos. Junto a esto, se destaca igualmente que los adultos mayores institucionalizados suelen tener mayores índices de discapacidad e incidencia de enfermedades crónicas que afectan gravemente su autonomía funcional, siendo así un sector poblacional con un importante índice de vulnerabilidad social. (Pinzón, Achicanoy, & Chaves, 2016).

En función a lo anterior, se resalta igualmente que el adulto mayor institucionalizado en relación a las condiciones anteriormente mencionadas puede enfrentar también una mayor exposición a elementos de tipo social como los prejuicios, estigmas y estereotipos que tienden a dar una connotación negativa a la vejez como etapa relacionada la enfermedad y muerte. También estas instituciones permanentes pueden en algunas ocasiones mostrar problemáticas sociales importantes como el aislamiento y los conflictos entre sus residentes, además de la influencia de la rutina y la monotonía sobre el incremento en el nivel de pérdida funcional fisiológica y psicológica. (Laguado, Camargo, Campo, & Martín-Carbonell, 2017).

Sin embargo, las instituciones para el cuidado permanente del adulto mayor son fundamentales para el bienestar de esta población, en cuanto proveen las herramientas y acciones pertinentes para el cubrimiento de las necesidades de quienes allí residen. En consecuencia una organización adecuada en este tipo de instituciones es necesaria para garantizar el mejor nivel posible de salud mental y física para los adultos mayores, involucrando programas y estrategias especialmente dirigidas al logro de un envejecimiento activo que conlleve a un aumento en la calidad de vida de estas personas y a su vez a una transformación de los imaginarios sociales acerca de la vejez. (Laguado, Camargo, Campo, & Martín-Carbonell, 2017).

En cuanto a este tipo de instituciones cabe resaltar finalmente que en países como Colombia es común aun en la actualidad que el manejo administrativo y la ejecución de las funciones referentes al cuidado de la población adulto mayor sean realizadas por comunidades religiosas, principalmente por monjas católicas quienes en conjunto con algunos profesionales de la salud asumen este tipo de labores. Sin embargo hay que señalar que a pesar de su sentido de servicio vocacional hacia este tipo de población la mayoría de religiosas no cuenta con algún nivel apropiado de formación en áreas de la salud que les capacite para enfrentar las exigencias de esta labor, más aun teniendo en cuenta que gran parte de estos grupos de religiosas están conformadas por personas de avanzada edad, muchas de ellas pertenecientes a la adultez mayor. (Alejo, Nieves, & Ruiz, 2016).

Capítulo II. Salud Mental

Para dar continuidad a la temática específica del rol de cuidador y de la su salud mental de quien cuida, se tiene en cuenta la psicología de la salud ya que se conceptualiza por medio del siguiente capítulo dicho término, así como algunos aspectos generales relacionados con el mismo tal como el síndrome de sobrecarga del cuidador, exponiendo algunas generalidades acerca del voluntariado como modalidad de cuidado para el adulto mayor institucionalizado.

La psicología de la salud busca contribuir educativa, científica y técnicamente a los profesionales de la disciplina psicológica para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la comprensión de la enfermedad y disfunciones relacionadas, al análisis y mejora del sistema de salud y la formación de políticas de salud (Contreras, Londoño, Vinaccia & Quiceno. 2006; Pérez, 1991; Simón, 1999 citado por Pérez & Alarcón 2009) .Así mismo se puede decir que la psicología de la salud previene la enfermedad y promueve la calidad en las

personas cuidadoras del adulto mayor, uno de los factores que contribuyen a tal promoción es la salud mental, ya que es primordial en el bienestar de las personas.

Salud mental en Colombia

En Colombia la Ley 1616 de 2003 define la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”. En el caso de las cuidadoras del adulto mayor institucionalizado un problema de salud mental también afecta la forma cómo una persona piensa, se siente, se comporta y se relaciona con los demás, pero de manera menos severa que un trastorno mental. Los problemas mentales son más comunes y menos persistentes en el tiempo. En algún momento de nuestra vida experimentamos sentimientos de tristeza, ansiedad, insomnio u otros síntomas que pueden generarnos malestar y algunos inconvenientes, pero que no llegan a provocar un deterioro significativo en nuestra vida social, laboral o en otras áreas importantes de nuestra actividad cotidiana.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 450 millones de personas en el mundo padecen de un trastorno mental o del comportamiento y no todas las personas reciben tratamientos básicos para mejorar su condición. En los países con ingresos bajos y medio - bajos, cuatro de cada cinco personas que necesitan atención por trastornos mentales, trastornos neurológicos y trastornos por uso de sustancias, no reciben tratamiento. Este fenómeno conlleva a que la mayoría de las personas con enfermedades psiquiátricas graves, junto con sus amigos y familiares, afronten desde sus propios recursos e imaginarios la carga y el desbalance que implica la enfermedad mental; es por esto que el cuidado que deben recibir las personas que están vulnerables a adquirir síntomas del síndrome del cuidador debe ser inmediato ya que está en juego su bienestar integral.

Según un Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia, en nuestro país 40,1 por ciento (2 de cada 5 personas) de la población colombiana presenta alguna vez en su vida algún trastorno mental. Según este estudio, alrededor de 8 de cada 20 colombianos encuestados presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida. Los más frecuentemente identificados fueron los trastornos de ansiedad (19,3 por ciento), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (15 por ciento) y los trastornos de uso de sustancias psicoactivas (10,6 por ciento). (Min Protección, 2003).

No obstante lo anterior, de acuerdo con los datos del informe de carga de enfermedad en Colombia 2005, los problemas neurosiquiátricos como la depresión mayor unipolar, los trastornos bipolares, la esquizofrenia y la epilepsia son responsables del 21% de la carga global de años saludables perdidos por cada mil personas en Colombia. Las personas con trastornos mentales que no reciben una atención adecuada, presentan recaídas y deterioros que llevan a urgencias y rehospitalizaciones con altos costos para el sistema sanitario en camas hospitalarias, medicamentos y servicios de salud en general.

La salud mental se define como atributos positivos intrínsecos de cada ser humano, que se den de manera individual y colectiva de acuerdo a su estado, la salud mental surge como una desventaja social relativa a poblaciones enteras y grupos vulnerables con condiciones adversas tales como: la pobreza, la discriminación y la violencia, tienen una poderosa influencia en los países de bajo desarrollo, es decir la salud mental está vinculada al desarrollo humano, social y económico, dando importancia a la promoción de la salud mental siendo parte integral de la salud pública.

Para llevar a cabo la efectividad de las intervenciones sociales mejorando el estado emocional de la persona. Herrman & Moodie (2017). Es por esto que se deben tener en cuenta factores como la promoción de la salud mental, tan necesaria en las últimas décadas, y debido a la falta de insatisfacción al logro se materializa la preocupación del autocuidado y el auto concepto que tienen en este caso las personas cuidadoras del adulto mayor.

En ocasiones las estrategias de como el autocuidado y concepto que la persona tenga de sí misma es referente importante para disminuir la sobre carga en la labor que se ejerce, al igual que la importancia de la promoción de la salud mental en institutos de cuidado de adulto mayor ya que es necesaria, y puede mejorar el bienestar de los que cuidan aun a persona dependiente, esto se puede manejar mediante el cumplimiento de los diferentes hábitos activos y saludables para mejorar la calidad de vida de los mismos.

Teniendo en cuenta las condiciones del entorno y generando un bienestar que propicien que las personas puedan adoptar modos de vida sanos e integrados, teniendo en cuenta la promoción de la salud mental utilizando estrategias que conduzcan a que las personas a cargo del cuidado de dependientes puedan acceder a los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades fundamentales y su apoyo social a las personas de edad más avanzada. Debido a la responsabilidad, la formación en cuidados y los lazos que unen a estas personas conllevan un impacto físico y psicológico sobre sus propias vidas. Según (Porras 2014).

Autocuidado

Dicho lo anterior se debe tener en cuenta el autocuidado de quien cuida, ya que se presenta en cada uno de los seres humanos en sus diferentes etapas del ciclo vital y se da de manera individual, con la ayuda de familiares y grupos de apoyo para poder cuidar de la salud, el cual se puede dar con la libre elección o decisión al desarrollar todas esas habilidades aprendidas desde su propio criterio, siendo suficiente para la toma de decisiones con el propósito de fortalecer la salud y prevenir ciertas enfermedades para lograr tener capacidades de supervivencia al estar en contacto con la cultura y el contexto social del cual se hace parte. Araya A (2012).

Es decir el autocuidado se debe a la corporalidad del propio cuerpo y a las experiencias tales como: sentimientos, emociones, dolor o placer. Se puede ver afectada la capacidad de integración mental cuando no se brinda información necesaria que genere una prevención de enfermedades. Se pueden observar diferentes dimensiones personales, en la salud física y mental. Estos aspectos se interconectan para generar motivaciones en el individuo que generen un mejoramiento en los hábitos de auto-cuidado que repercuten de manera positiva en la salud integral. (Romero (2008), citado en (Desarrollo Programático y Fortalecimiento Institucional, Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Social).

El autocuidado es de gran importancia ya que en la mayoría de los casos se abandona por los compromisos que se tienen en cuanto a un trabajo, en el caso del cuidador el agotamiento físico y emocional que manejan a diario se debe a todas aquellas acciones o decisiones que se toman de manera individual para prevenir, y tratar ciertas enfermedades dirigidas a mantener o mejorar el bienestar de quien está a su cargo y es dependiente.

Se puede dar en el bienestar de cada persona de manera psicológica, social o física con el fin de contrarrestar y evitar determinadas enfermedades que pueden ser tratadas a tiempo. “El autocuidado se debe a la responsabilidad que asumimos de nuestra propia salud para poder adoptar estilos de vida saludable. Estos buenos hábitos se pueden dar mediante el ejercicio diario, la relajación con el apoyo de nuestra familia y amigos” Gonzales, Fernández, Bauzó, Cruz & Ávila, 2003 Citados en Cantera & Cantera (2014).

Autoconcepto

Para Pichardo & Amezcua 2005 citados en Villasmil (2010), el autoconcepto se define como: Uno de los fenómenos más complejos, ya que en ocasiones se tienen respuestas negativas hacia sí mismo y hacia la labor que se realiza, en el caso del cuidador de adultos mayores y la

realización personal de la misma es de relevancia su auto concepto ya que es necesaria la habilidad de saber las capacidades con la que se cuenta, el auto concepto abarca distintos términos a nivel conceptual debido a que se han venido teniendo confusiones de lo que significa. Es decir la literatura Anglosajona hace referencia a la autoestima como aquella capacidad que tiene el ser humano para evaluarse a sí mismo, sobre todo buscando un juicio de valor acerca de la aprobación o desaprobación de lo que se quiere lograr en la vida, es necesario hacer parte de la interacción mutua destacando la familia, amigos, para lograr ser un líder dentro de la sociedad aportando beneficios a nivel personal ante todo desarrollando nuevas habilidades y potencialidades para así tener un buen desarrollo de su proyecto de vida. p.18.

Por tanto, el auto concepto “reside en su relevante aportación a la formación de la personalidad, lo cual es importante en personas que dejan de lado sus propias necesidades por satisfacer las de los demás, pues tiene que ver con la competencia social, ya que influye sobre la persona en cómo se siente, cómo piensa, cómo aprende, cómo se valora, cómo se relaciona con los demás y, en definitiva, cómo se comporta” Clemes & Bean 2000 citados en Molero 2013. p.44; es decir, se debe al comportamiento que asume cada persona en su desarrollo integral de acuerdo a sus habilidades, pensamientos, sentimientos, relaciones interpersonales y sociales.

Dando continuidad a lo anteriormente nombrado, se encuentra la definición de Self, que hace referencia cuando las personas que son conscientes de la propia identidad, se puede dar el surgimiento de una reflexión acerca de lo que somos, siempre logrando tener independencia en cada uno de nosotros. Existe una variedad de maneras de pensar sobre el self en el que se da relevancia a la autoestima. El auto concepto implica aspectos de pensamiento o cognición que está en constante relación con la autoimágenes acerca de cómo nos podemos reflejar, todo se debe a un sistema de creencias aprendidas que se pueden dar en sus actitudes u opiniones de manera personal. Para Huitt 2004 citado en Villasmil 2010. p.31

Por otra parte se tiene en cuenta que la OMS (2013) señala que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Se alude que el bienestar hace parte de una jerarquía de factores que incluyen lo mental, físico y psicosocial donde se adquiere una tranquilidad en la salud de las personas. Por otra parte, y en relación con lo antes mencionado según la OMS, (2013):

“La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. En conclusión, las personas que tengan bienestar mental son propensas a desenvolverse mejor en la sociedad y tener un estilo de vida saludable y favorable en pro y un estado de equilibrio personal, emocional, en su salud y en la sociedad”. (P.1).

Bienestar mental

El bienestar mental es vital en cada uno de los seres humanos, es decir, a diario se debe cuidar, reservar y solventar estrategias y hábitos que influyan de manera positiva en el mantenimiento de un bienestar mental incluyendo la salud mental. La Organización Mundial de la Salud, (S.f) define “salud” como “un estado de bienestar completo físico, mental, y social, y no es solamente la falta de enfermedades o debilidades, por lo mencionado se concibe a la salud como un conjunto de factores el cual también se incluye en el bienestar mental de las personas”.

Es por esto que es fundamental que en Colombia se incluya en el sector salud métodos de promoción y prevención para que las familias de bajos recursos económicos tengan información acerca del bienestar mental que puede que muchas familias de bajos recursos económicos los cuales en muchas ocasiones no tienen acceso a un seguro de salud digno, los tengan en cuenta para

trabajar más seguido con ellos y con diversas poblaciones incluyendo al sector educativo igualmente. OMS (2013).

Bienestar físico

El bienestar físico hace referencia a llevar una salud física adecuada, es decir, una dieta equilibrada, ejercicio físico diario, practicar un deporte o un pasa tiempo que implique actividad cardíaca y muchas formas más de ayudar a contribuir a su completo bienestar. que hace referencia a tener ideas claras y llevarlas al plano real y vivencial, adquiriendo habilidades cognitivas para satisfacer necesidades propias del individuo, donde se perciba la salud mental como un bienestar psicológico, social y físico, es por ello que se debe tratar al bienestar en todas sus dimensiones y tratar de cumplir expectativas que tengas las personas, es decir, no abarcar solo un factor del bienestar mental si no todo aquello que haga parte del bienestar de una persona o una sociedad en la cultura que sea, se deben llevar a cabo planes de intervención favorables que brinden un mejor futuro y una calidad de vida en un mejor sentido para las aldeas y personas que más lo necesiten. OMS (2013).

Siguiendo el bienestar mental no solo depende de la persona sino también del grupo o la cultura la cual pertenece, de la familia, del trabajo y de otros factores que influyen en el bienestar y rendimiento en todas las áreas de la persona, la familia juega un papel importante en la variable ya que existen casos en los que la familia no brinda del todo un apoyo favorable sino que por su parte existen factores como discordias y desigualdades que hacen que por decirlo así el ambiente se torne tenso y esto a su vez afecte el estado de equilibrio de una persona, no obstante aunque el bienestar depende en gran sentido de la persona todo lo que lo rodea influye en lo mencionado, siendo factores detonantes de problemas a nivel personal y social y que por ende influye en el bienestar mental, físico y social del individuo. OMS (SF).

Capítulo III. Cuidador y Síndrome del Cuidador

En este capítulo se conceptualiza el rol de cuidador desde sus diferentes clasificaciones, exponiendo algunas de sus principales funciones y el alcance que estas tienen sobre el bienestar de quienes lo ejercen. Adicionalmente, se hace referencia al concepto del síndrome del cuidador, presentando sus manifestaciones a nivel físico y psicológico respecto a quienes lo presentan.

Rol del Cuidador

Para definir la figura de cuidador, es necesario mencionar en primera instancia que dicho rol se configura mediante la aparición de una enfermedad crónica o incapacitante en otra persona que al ir perdiendo su nivel de funcionalidad de manera progresiva requiere de forma esencial de la asistencia de alguien que pueda proveer soporte a sus propias afectaciones. Es entonces, cuando surge la función del cuidador, siendo éste quien asume generalmente de manera voluntaria las acciones requeridas para suplir la pérdida funcional de la persona enferma cubriendo sus necesidades de manera integral. (Guzmán & Guzmán, 2014). Es así como Maslach en el 2014 en México, define como Síndrome de Burnout al conjunto de ciertas experiencias interrelacionadas (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), la primera, el agotamiento, se manifiesta como respuesta al estrés.

Por lo tanto, se observa desde lo anterior, que el rol de cuidador involucra una amplia cantidad de funciones que involucran gran parte del tiempo diario de la persona que desempeña este papel, lo cual explica su complejidad, exigencia y compromiso. Para ser más exactos, el cuidador principal puede definirse como aquella persona que dedica la mayor parte del tiempo de su día al cuidado de una persona en condición de discapacidad o de enfermedad crónica durante al menos 6 semanas continuas, supliendo con su labor las actividades de la vida diaria de la persona afectada por tal padecimiento (Casado y López, 2001; citado por Gómez-Martinho, 2016).

Cabe mencionar de igual manera, que el rol de cuidador puede desempeñarse durante cualquier etapa del ciclo vital y así mismo las personas con enfermedades crónicas que requieren de un cuidador para compensar sus dificultades en la realización de actividades de la vida diaria pueden pertenecer a cualquier sector poblacional. Empero, la mayoría de las personas que requieren un cuidador permanente pertenecen a la adultez mayor y generalmente enfrentan padecimientos crónicos o degenerativos como las demencias, a pesar que existen pacientes cuyas condiciones de salud solo ameritan cuidados temporales. (Gómez-Martinho, 2016).

Dicho esto, es conveniente resaltar que el número de cuidadores permanentes de personas con enfermedades crónicas e incapacitantes ha ido aumentando considerablemente con el paso de los años, todo esto en gran parte a causa de los cambios mismos en la distribución de la pirámide poblacional a nivel global, los cuales evidencian un aumento significativo del porcentaje de personas que pertenecen a la etapa de la adultez mayor con respecto al total de la población, siendo esta una tendencia que continúa en aumento año tras año. (Flores, Rivas, & Seguel, 2012).

Aunque el papel de cuidador es una tarea de ardua exigencia su ejecución suele tener marcadas diferencias según los motivos que llevan a la persona a desempeñarlo, según el tipo de enfermedad y condiciones del paciente que requiere los cuidados y sobretodo según el tipo de preparación y antecedentes que el mismo cuidador expone con respecto a la realización de sus funciones. Es así que se definen algunos tipos generales de cuidadores, con sus respectivas diferencias puesto que estas características son determinantes en los modos de afrontamiento, adaptación y vivencias de este rol. (Flores, Rivas, & Seguel, 2012)

Tipos de Cuidadores

Puede establecerse de manera general una diferenciación dicotómica con respecto al tipo de rol de cuidador ejercido por una persona más allá de los motivos que llevan al desempeño de esta función y las condiciones mismas que enmarcan el desarrollo de este papel en tanto existen

personas previamente capacitadas para tal labor desde varias áreas de abordaje, mientras que otras personas por el contrario no han seguido una formación previa que les instruya sobre los requerimientos que amerita esta función, determinándose así una clasificación de cuidadores formales frente a cuidadores informales. (Gómez-Martinho, 2016).

Cuidador Informal

Por su parte los cuidadores de tipo informal son generalmente aquellos familiares y allegados a la persona en situación de dependencia o discapacidad, quienes asumen este rol ya sea de manera voluntaria o por diferentes necesidades que el mismo contexto que rodea a la persona enferma exige. Su característica principal es entonces, que a diferencia de los cuidadores formales no se encuentran debidamente capacitados para cumplir con tal función, requiriendo de un proceso de adaptación más extenso, implicando entonces una gran responsabilidad que muchas veces es tomada de manera imprevista. (López, 2016).

A partir de lo anterior, existe una clara desventaja para los cuidadores informales en su proceso de adaptación al desempeño de dicho rol, mencionando además que muchos de ellos deben asumir estas funciones a causa de la ausencia de otras personas que puedan suplir la pérdida funcional de la persona enferma así como de los recursos económicos suficientes para saldar los servicios de un cuidador profesional, siendo también dificultoso en la mayoría de casos contar con una red de apoyo de cuidadores formales capacitados que ofrezcan sus servicios de manera voluntaria. (López, 2016).

Por lo tanto, para el cuidador informal el desempeño de este nuevo rol es un complejo reto que pone a prueba sus capacidades de afrontamiento, resiliencia, organización del tiempo y compromisos, entre otras variables que conducen a un cambio radical en su estilo de vida habitual. Sin embargo, existen también algunas ventajas para los cuidadores informales en la realización de sus funciones que se observan en referencia al vínculo previamente construido con la persona en

condición de enfermedad, situación que puede motivar a un mayor compromiso con el ejercicio de este rol y por consiguiente a afrontar de una forma más conveniente la adaptación necesaria para ser cuidador, así como las vivencias cotidianas que este papel implica. (Gómez-Martinho, 2016).

Con respecto a lo anterior, es preciso señalar que algunas personas suelen contar a lo largo de sus procesos de enfermedad con varias figuras de cuidador e inclusive contar con el apoyo conjunto de cuidadores formales e informales quienes organizan su tiempo y funciones en miras a un abordaje completo de sus respectivos roles. Sin embargo, en todo caso de enfermedad crónica o incapacitante suele configurarse una figura de cuidador principal, que en su mayoría suele ser asumida por un miembro cercano del núcleo familiar, o del círculo social próximo; aun así a pesar que cada caso merece a partir de su contextualización una mirada particular, la configuración del llamado síndrome del cuidador suele constituirse alrededor de ciertas características generales que se mencionan a continuación.

Cuidador Formal

Teniendo en cuenta lo anterior, un segundo tipo de cuidadores corresponde a aquellos que desempeñan este rol con base en una previa formación que los capacita para afrontar adecuadamente sus implicaciones y que generalmente consiste en su labor profesional especializada. Este tipo de cuidadores suele estar integrado por profesionales de diversas áreas de salud y asistencia social que están vinculados generalmente con una entidad o institución, pudiendo recibir o no un beneficio económico por la prestación de sus servicios a personas en situación de dependencia o discapacidad. (Rogerio-García, 2009).

Dentro de este tipo de cuidado, suelen distinguirse dos subtipos más que se diferencian en aspectos con su financiación económica y el lugar de prestación de los servicios, es así que en primera instancia se incluye a los cuidadores que desempeñan sus funciones como parte del trabajo

en una institución pública bien sea desde sus labores profesionales o desde alguna modalidad de voluntariado; por otra parte, se hace referencia a los cuidadores privados que son contratados por el mismo núcleo familiar e inclusive aquellos que el mismo sistema de salud designa para el cuidado de los enfermos, quienes cumplen generalmente sus labores de manera directa en el hogar del paciente. (Rogero-García, 2009; Cerquera, Matajira, & Pabón, 2016).

Es preciso señalar dentro de este tipo de cuidadores a aquellos profesionales de áreas como la enfermería, la medicina, la psicología y en especial a gerontólogos quienes laboran especialmente en función al cuidado del adulto mayor. Adicionalmente a las funciones realizadas como cuidadores primarios, estas personas también prestan asistencia social preventiva y educativa a los familiares y allegados a la persona enferma en caso de ser necesario o de hacerse presentes con respecto al manejo del paciente, teniendo en cuenta que existen cuidadores que no son llamados como tal, ya que son familiares o amigos allegados a alguna persona dependiente, a la cual no se le remunera ni reconoce los síntomas que presenta. (Cerquera, Matajira, & Pabón, 2016).

No obstante, el cuidador formal está ligado en la mayoría de casos a contextos de institucionalización permanente, donde reside el paciente en condiciones de discapacidad o de enfermedad crónica progresiva, tal como los centros de salud, y los hogares o asilos, en especial aquellos dirigidos a la protección del adulto mayor como principal población que requiere estos cuidados. Es allí en donde surge otro importante subtipo de cuidador que se analiza en este mismo capítulo, el cual consiste en el voluntariado, generalmente ejercido por personas que ejercen el rol de cuidador como vocación de servicio sin ánimo de lucro.

Cuidador Voluntario

Para efectos de este trabajo de investigación, es preciso abordar brevemente este subtipo de cuidador teniendo en cuenta la población sobre la cual se realiza el análisis de la temática,

misma que se encuentra conformada por religiosas católicas que sirven como voluntarias por vocación hacia el cuidado de los adultos mayores del Hogar Asilo San José de Pamplona, exponiendo en este apartado algunos aspectos importantes del voluntariado.

Es importante señalar una de las características que definen a este tipo de cuidadores, mencionando en primer lugar que sus funciones son realizadas sin ánimo de lucro ya sea durante alguna etapa de su vida o de manera permanente a lo largo de los años. Además de esto, son personas que no se encuentran directa o indirectamente vinculadas con la persona que requiere los cuidados, prestando sus servicios generalmente a personas desconocidas o también a aquellos que por diferentes razones residen en condiciones de institucionalización permanente. (Agudelo, Ríos, González, Rivera, & Vélez, 2011).

En países como Colombia, la figura del cuidador voluntario se encuentra ampliamente extendida en este tipo de instituciones mencionadas, no solo desde la vocación sino también como parte de programas de servicio social de diferente índole. Se destacan dentro de este tipo de instituciones específicamente a los centros de protección al adulto mayor, mencionando además que el carácter religioso de la sociedad tradicional en el país ha vinculado desde siglos atrás a este tipo de comunidades con el servicio humanitario a las personas necesitadas, razón por la cual numerosas instituciones se encuentran dirigidas por monjas y sacerdotes católicos. (Agudelo, Ríos, González, Rivera, & Vélez, 2011).

Las personas pueden enfrentarse a numerosas problemáticas que pueden afectar su bienestar al ejercer el rol de cuidador primario, debido a no encontrarse preparados a nivel técnico y psicológico para el afrontamiento de las responsabilidades propias de estas funciones. Si bien estas personas pueden a través de su experiencia lograr una adaptación favorable al rol como cuidadores, su alto riesgo de presentar el cansancio y la fatiga del cuidador pueden menoscabar su bienestar y restar calidad a su servicio, sobre todo para quienes no cuentan con la suficiente

experiencia en cuanto a la atención del adulto mayor o a quienes por su avanzada edad se les dificulte la realización de algunas tareas específicas. (De Haro, 2011)

Síndrome del Cuidador

Como se ha mencionado durante este capítulo, la labor de cuidador primario es una tarea ardua y compleja que representa una gran responsabilidad para quien la ejerce y demanda una alta cantidad de tiempo y esfuerzos, conduciendo en muchas ocasiones a un notable desgaste y considerables afectaciones sobre la salud y bienestar de quien la ejerce. Es así como el cuidador puede llegar a convertirse en un paciente silencioso, que al dedicar sus labores cotidianas al cuidado de una persona discapacitada puede ver sus propias problemáticas opacadas y llegar a presentar un notable deterioro a causa de su esfuerzo sostenido. (Guzmán & Guzmán, 2014).

A partir de este tipo de situaciones que afectan el bienestar del cuidador, donde surge el síndrome del cuidador, condición que frecuentemente conduce a incapacidad para seguir afrontando las labores de cuidados sobre la persona enferma, comprometiendo el bienestar físico, mental y social hasta inclusive llevar a una pérdida del control personal y poner en riesgo la vida. Siendo así, esta sobrecarga en el cuidador puede afectar gravemente el bienestar de la persona a quien se ofrecen los cuidados al enfrentar el consecuente riesgo de perder esta figura de soporte sobre su pérdida funcional, haciendo necesario buscar una nueva figura de cuidador primario que en muchas ocasiones no llega a suplirse de la manera necesaria. (Archury, 2011; citado Guzmán & Guzmán, 2014).

Manifestaciones

De acuerdo con lo anterior, hay que subrayar que el síndrome de sobrecarga del cuidador al ser básicamente una respuesta inadecuada a la gran cantidad de estrés emocional crónico

conlleva manifestaciones físicas y psicológicas de agotamiento que pueden desembocar a una crisis de salud grave para el cuidador primario. Además de esto, puede hablarse de una sobrecarga objetiva que se evidencia principalmente en el ámbito socioeconómico y hábitos de vida del cuidador, mientras que por otra parte la sobrecarga puede ser de carácter subjetivo cuando se enfoca especialmente hacia la percepción emocional que la misma persona realiza acerca de las demandas diarias que sus funciones conllevan. (Pérez, Álvarez, Martínez, Valdivia, Borroto, & Pedraza, 2017).

Pese a esto, no todos los cuidadores primarios de personas en condiciones de discapacidad desarrollen este síndrome de sobrecarga, así mismo la intensidad y afectación de sus manifestaciones sobre la salud y el bienestar de quienes lo desarrollan varían ampliamente en función a cada persona. Es importante analizar desde este punto que el síndrome de sobrecarga en el cuidador primario está mediado por una serie de factores que interactúan entre sí desembocando en su consolidación. (Pérez, et. al, 2017).

Es así que entre los factores mencionados acerca del desarrollo de este síndrome es fundamental la interpretación que el cuidador realiza acerca de su situación sumada a las estrategias de afrontamiento que implementa para adaptarse al estrés generado el desempeño de su rol. Se destacan también factores como la ausencia de tiempo libre, la falta de apoyo social percibido, la sensación de pérdida de control sobre sus hábitos de vida y sobre las situaciones relativas al rol de cuidador, además de algunos rasgos de la personalidad que conducen a una mayor reactividad emocional e inclusive los antecedentes de salud del cuidador mismo. (Guzmán & Guzmán, 2014).

De igual manera, dentro de las manifestaciones más importantes de este síndrome de sobrecarga en el bienestar del cuidador primario se destacan algunas de las variables mismas que inciden en su aparición. Es así, que la sobrecarga objetiva suele evidenciarse mediante dificultades laborales o académicas para quienes desempeñan tales funciones, conflictos familiares e

interpersonales que involucran en muchos casos un considerable distanciamiento afectivo que afecta también a las redes de apoyo social y disminución acusada del tiempo libre. (Guzmán & Guzmán, 2014; Pérez, et. al, 2017).

Por su parte, la sobrecarga del cuidador primario a nivel subjetivo involucra reacciones psicológicas como angustia, irritabilidad, temores, desesperanza, percepción de soledad o abandono, entre otras, que generan un correspondiente impacto sobre la salud física relacionándose a su vez con dolores musculares y articulares, fatiga, alteraciones del sueño, problemas digestivos, cardíacos y respiratorios en medio de sensación constante de tensión emocional. (Guzmán & Guzmán, 2014; Pérez, et. al, 2017).

Es claro entonces que el síndrome de sobrecarga del cuidador representa una importante problemática de salud pública teniendo en cuenta el considerable aumento que año tras año se observa a nivel mundial con respecto a la necesidad que tienen las personas en situación de dependencia acerca de contar con la figura de un cuidador primario que supla su pérdida funcional. Es necesario entonces fomentar un abordaje integral que se enfoque en la prevención de este síndrome a través de la promoción del autocuidado, el bienestar y la salud, además de la prevención de sus complicaciones mediante la intervención oportuna sobre sus manifestaciones primarias, para capacitar, orientar y ofrecer a los cuidadores el apoyo necesario para continuar con su ritmo de vida normal y el desempeño satisfactorio de sus actividades de cuidado. (Guzmán & Guzmán, 2014).

Capítulo IV: Vocación religiosa

Para concluir se incluye un capítulo acerca de la vocación religiosa, ya que la población estudiada pertenece a una congregación de religiosa, de igual manera es de importancia conocer algunas parte de su identidad cristiana y las leyes que protegen las mismas.

Libertad de culto en Colombia

En Colombia se realizó un proyecto de acuerdo con el no. 027 de 2014 "por medio del cual se establece como día de la libertad de cultos el día domingo de la primera semana de octubre de cada año", lo cual hace posible manifestar la fe de las personas cualquiera que fueren de manera libre, los objetos propuestos en el proyecto se rigen en defender y promover la consolidación de la diversidad religiosa, que se consagró en la (constitución de 1991), y que tanto bien ha representado para la comunidad por la estructuración de un tejido social basado en la implementación de mecanismos garantizadores de la convivencia, fortaleciendo principios y valores, de tal manera que se ha contribuido con esas funciones al establecimiento de una sociedad conformada con principios y valores acordes con la moral y las buenas costumbres. Lo que permite tener la posibilidad de profesar la creencia de distintas religiones y congregaciones sin temor a quebrantar ninguna ley del estado.

Dicho lo anterior, se establece que la aceptación de los pensamientos religiosos, en Colombia a pesar de que llegaron a un principio de madurez con la constitución política de Colombia, ese pensamiento y esa tolerancia social se empezó a consolidar desde mucho antes, ya que la constitución anterior, esto es, la de 1886 de Núñez, aunque declaraba una religión oficial para Colombia, permitía las otras denominaciones, o las aceptaba, de acuerdo a los lineamientos de los estados confesionales con tolerancia religiosa.

Por ende al ser claras las leyes permiten que las congregaciones establezcan sus principios y normativa interna para con sus feligreses, quedando avalada con la aprobación de dos artículos que son el 18 y el 19 de la constitución actual según los cuales en Colombia, estado social de derecho pluralista fundado en el respeto a la dignidad humana, existe en cabeza de cada individuo la libertad de conciencia esto es de trazar su vida de acuerdo a su pensamiento, así como que se garantizó del derecho de libertad de cultos en Colombia según el cual toda persona tiene derecho de profesar y de difundir su pensamiento religioso y a difundirla en forma individual o colectiva y

dice que todas las confesiones religiosas e iglesias son igualmente libres ante la Ley, lo que permite expresar vocaciones religiosas dentro de regímenes jurídicos de la congregación.

Vocación religiosa

En sentido más amplio se entiende por vocación religiosa, a un tipo de vocación relacionada con la persona en cuestión, ya que esta tiene los atributos o habilidades necesarias para tomar los votos religiosos. La palabra "vocación" proviene del latín vocationem, que significa "llamado". Desde el punto de vista religioso se trata de un llamado o una invitación de Dios a dedicarse a la vida consagrada. Dentro de la religión católica, existe una preparación para las personas que tengan vocación para la vida religiosa, es llamada noviciado. En la cual se forman adquiriendo estudios y experiencia que les permitirá decidir si continúan la vocación o la dejan para continuar sus vidas en otra profesión. Cardia, (2010).

El sentido más amplio, la vocación es una constante respuesta a un constante llamamiento de Dios; y cuando Dios llama él pone en la naturaleza del sujeto llamado las inclinaciones y las aptitudes, de las cuales nace una aspiración hacia el sacerdocio o hacia la vida religiosa. A través de estas aptitudes se puede constatar la autenticidad de la recta intención del sujeto llamado. Este debe saber responder a este constante llamamiento de Dios, que durante la vida puede variar y varía en sus formas y manifestaciones. Analizando estas inclinaciones y aptitudes, tanto el mismo sujeto como también aquellos que tienen derecho y obligación de formar y dirigir su vocación, deben prever los más nobles rasgos en el desarrollo tanto de la vocación sacerdotal como la religiosa. Mankeliunas. (1960).

Identidad Cristiana.

Existen dos niveles el sentido de identidad de la persona consagrada: su identidad como cristiano y su identidad como religioso. Es lo que distingue la labor de las religiosa cuidadoras del adulto mayor, la entrega por el bienestar del otro, sin dejar de lado su identidad y autoconcepto, que en ocasiones se ve vulnerado por la sociedad, sin embargo, tienen definida la identidad como persona; para estas personas el hecho de servir en una congregación va más allá de la vocación religiosa, lo hacen por aspectos constitutivos y vitales de su identidad, inseparablemente unidos a ellas; lo que hace que el servir diario sea sin esperar nada a su favor, esto forma el centro mismo del sentido de identidad, lo cual es importante entender para la realización del presente estudio, ya que la población estudiada son religiosas y es importante que tengan una identidad propia, y su autoconcepto esté definido y esté pueda ser parte de una estrategia de afrontamiento ante emociones difíciles en el rol de cuidadoras. Cardia, (2010).

A esto se le suman las emociones que tienen las religiosas en su labor diaria como cuidadoras del adulto mayor institucionalizado, ya que en ocasiones se enfrentan a sentimientos de culpa por algún comportamiento para ellas inadecuado, ya sea expresado enojo, angustia o desesperación, que en ocasiones se presentan a causa del cansancio o sobrecarga en su trabajo, sin embargo, es importante resaltar el hecho que al integrar la identidad como religiosas, y por el “llamamiento a su vocación, esto les permite obtener mansedumbre y un carácter dócil, el carácter bautismal, que eleva a toda persona a un plano superior, desconocido e inaccesible para las ciencias naturales, guiadas por la revelación y la fe”, lo que puede permitirles un mejor manejo hacia la población que cuidan, y para ellas mismas, un elemento esencial en su identidad es la auténtica filiación divina: “*Soy hijo de Dios por el bautismo y la fe*”. Fuller (1977).

Las religiosas en la Iglesia católica se consagran a Dios, y pueden vivir su consagración de diversas formas. y en lugares diferentes, por ejemplo en el asilo Hogar San José de Pamplona, residen *las hermanitas de los ancianos desamparados*, las cuales se dedican al cuidado del adulto mayor institucionalizado, sin embargo, a través del tiempo, la vida consagrada ha adquirido diversidad facetas, desde quienes se dedican a la oración en un lugar apartado del mundo, hasta quienes viviendo en el mundo se consagran desde sus actividades seculares.

La vida consagrada está formada por los Institutos de vida consagrada (Institutos religiosos e Institutos seculares) y las Sociedades de Vida Apostólica. A ellos se les suman otras formas de vida consagrada como el Orden de las vírgenes, la vida eremítica y las nuevas formas de vida consagrada. Aunque sin votos religiosos dentro de la gran lista de fieles que buscan la perfección al interno de una sociedad por el cumplimiento de sus constituciones se encuentran las sociedades de vida apostólica, entre ellas cuatro ramas de órdenes religiosas:

Órdenes monásticas: formado por monjes o monjas quienes viven y trabajan en el monasterio y recitan un Oficio común, Oficio divino o "liturgia de las horas". Su vida se conoce como contemplativa.

Canónigos Regulares: formado por canónigos y canonisas regulares quienes recitan en coro el Oficio divino y generalmente tiene a cargo una parroquia.

Órdenes mendicantes: formado por frailes o monjas o hermanas quienes recitan el Oficio divino y tienen participación activa en el apostolado y viven de las limosnas.

Clérigos regulares: formado por sacerdotes quienes a la vez son religiosos con votos, tienen un apostolado más activo.

El otro tipo de Instituto religioso católico es el de las llamadas Congregaciones Religiosas. A donde pertenece la población con que se trabajara en el presente estudio, ellas solo hacen votos simples en vez de solemnes por lo que, estrictamente, no son órdenes religiosas, sino que su vocación les permite servir y seguir fielmente sus estatutos. Sin embargo, su forma de vida y apostolado no se diferencian en mucho de las demás congregaciones que se rigen por la oración, la castidad y la pobreza en el sentido de sus posesiones materiales, ya que dentro de su rol de cuidadoras del adulto mayor no reciben retribución económica por su labor. Cardia, (2010).

Reglas de vocación religiosas

En el Asilo Hogar San José de Pamplona, las religiosas a cargo, brindan el servicio de cuidado de adultos mayores, buscando su bienestar integral por medio de su trabajo y el del voluntariado interdisciplinario de diferentes instituciones municipales, cuentan con 124 años al servicio de la comunidad pamplonesa, y se rigen por reglas institucionales, al igual que otras órdenes religiosas, las cuales siguen reglas establecidas para regular la vida en comunidad dentro de los monasterios, conventos o casas de vida. Algunas órdenes observan la Regla de San Benito que se centró en el trabajo y oración dentro del monasterio.

La Regla de san Basilio es usada en menor cantidad de órdenes y sobre todo en las comunidades monásticas de las Iglesias católicas de Oriente y de la Iglesia ortodoxa. Sin embargo, la gran mayoría de las órdenes religiosas de clérigos regulares y otros tipos de órdenes religiosas siguen la Regla de San Agustín (la más antigua de occidente), esta también regula las horas canónicas, las obligaciones de los monjes, el tema de la moral y los distintos aspectos de la vida en comunidad, pero no limita las labores al servicio de los desamparados que en ocasiones son personas dependiente. Sánchez (2015).

Según lo anterior, se debe tener presente los votos que realizan las religiosa para poder pertenecer a una congregación misionera, los cuales son el voto de pobreza, el de obediencia y el de castidad, los cuales son normas estrictas, en el caso de la población a trabajar, las cual pertenece a la misión de “las hermanitas de los ancianos desamparados” quienes deben seguir reglas específicas, para la práctica de su vocación, las cuales se conocen como Constituciones o Estatutos, por ultimo uno de los efectos de este voto es que el miembro ya no es libre para casarse, no obstante, en caso de abandonar la orden, deberá pedir un Indulto Pontificio. El cual las libera de su vocación y compromiso con la congregación a la que pertenezcan, este modo de vida es una de las decisiones principales que se deben tomar, sin embargo, el ayudar a los demás les permite vivir conforme a su vocación. Sánchez (2015).

Metodología

Tipo y diseño de la Investigación

La presente investigación es de metodología mixta, ya que representa un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (Hernández Sampieri y Mendoza, 2008).

Debido a lo anteriormente citado, se deriva una serie de técnicas de recogida de datos, con respecto al ámbito cuantitativo se detalla el uso de un análisis descriptivo, los instrumentos utilizados serán la Escala del Síndrome del Cuidador y escala Zerit, mientras que para el cualitativo se muestra el uso de una entrevista a profundidad por medio de una entrevista semiestructurada, mediante un estudio transversal no experimental. Con predominancia cuantitativa.

Población

Se tomará como población a 6 religiosas de la congregación *hermanitas de los ancianos desamparados*, a cargo de los adultos mayores del Asilo hogar San José de Pamplona Norte de Santander.

Muestra

La muestra está conformada por 6 personas, actualmente cuidadoras de los adultos mayores en el Asilo Hogar San José de pamplona, el tipo de muestreo realizado será por censo, ya que se

seleccionó el 100%, de la población al considerar que es un número manejable de sujetos, en este sentido se estableció bajo el criterio del muestreo intencional sustentado en lo establecido por Tamayo (2003), “la muestra intencional o de expertos ocurre cuando el investigador selecciona los elementos o unidades de población que a su juicio son representativos. Estas muestras son útiles y válidas cuando el objetivo del estudio así lo requiere”. (p.153). Constituyéndose a su vez en una muestra de tipo censal.

Como se ha mencionado anteriormente surge la muestra con toda la población considerando, según Tamayo (2003), “para hacer una generalización exacta de una población es necesaria una muestra totalmente representativa y, por lo tanto, la validez de la generalización depende de la validez y tamaño de la muestra” (p. 176), siendo este el caso de un muestreo censal se puede decir que la población objeto de estudio es representativa y a su vez significativa para alcanzar los resultados esperados.

Categorías de Investigación

Para alcanzar los objetivos planteados para el desarrollo del presente estudio de trabajo de grado y la implementación de la metodología mixta para la realización del mismo, se han diseñado las siguientes categorías de análisis de investigación con el fin de integrar los datos recolectados, por medio de los instrumentos utilizados siendo contrastados con las diferentes posturas teóricas evaluar para formular las correspondientes discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones de acuerdo a las manifestaciones realizadas con respecto a las variables analizadas.

Despersonalización

Categoría que se manifiesta por medio de la irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas (clientes, pacientes, alumnos, presos, etc.). Ya que se

considera como el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo; estas personas en ocasiones son vistas por profesionales de forma deshumanizada debido al endurecimiento afectivo, lo que conlleva a que se les culpe de sus problemas, es por ello que se habla de un proceso porque el trabajador ni logra solucionar los percances relacionados con el síndrome del cuidador mediante las técnicas personales a su alcance según Maslach & Jackson (1982).

Agotamiento emocional

Dentro de las tres dimensiones se encuentra el cansancio emocional o agotamiento, el cual se evidencia por la pérdida progresiva de energía, cansancio, desgaste y fatiga. Lo cual en muchas ocasiones obliga al trabajador a abandonar su trabajo y a sentir frustración, en el caso de quien labora y siente que ya no puede dar más de sí mismos a nivel afectivo, experimentan una situación de agotamiento de la energía o de los recursos emocionales propios; es por esto que la experiencia de estar emocionalmente agotado puede afectar tanto a la persona que se cuida como así mismo. Maslach & Jackson (1982).

Realización personal

La falta de realización personal o la insatisfacción al logro es la tercera dimensión de estudio en cuanto al tema de interés ya que las respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo, es la tendencia de los trabajadores a evaluarse negativamente, y de manera especial, esa evaluación afecta la habilidad de la realización en el trabajo y la relación con las personas a las que atienden, que en ocasiones se da por la falta de estrategias de afrontamiento y el mismo compromiso personal exigible en el trabajo. Maslach & Jackson (1982).

Estrategias de Afrontamiento

Hace referencia al tipo de estilos y estrategias de afrontamiento utilizados por el cuidador principal del adulto mayor, frente a situaciones estresoras propias de la edad observando las diferencias individuales en el mismo.

Confrontación: Es decir el esfuerzo realizado un sujeto para alterar la situación estresora, mediante acciones directas, agresivas.

Planificación: Apunta a solucionar el problema pensando y desarrollando estrategias estructuradas.

Aceptación de la responsabilidad: Indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”.

Distanciamiento: Implica los esfuerzos que realiza la persona por apartarse o alejarse del problema o dejar de pensar en el mismo, evitando que éste le afecte.

Autocontrol: Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.

Reevaluación positiva: Supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene o haya tenido exponerse a una situación estresante.

Escape o evitación: Implica el empleo de estrategias conductuales tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. Puede darse de manera cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos, en general, apunta a desconocer el problema.

Búsqueda de apoyo social: Supone los esfuerzos que el joven realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

Vocación religiosa

Esta categoría se hace importante dentro del presente estudio ya que la población estudiada son las religiosas de la congregación, *hermanitas de los ancianos desamparados*, a cargo del cuidado del adulto mayor institucionalizado, por tal motivo es importante conocer de qué manera es el funcionamiento de sus labores diarias desde su vocación religiosa.

Estado de salud

La última categoría a estudiar se enfoca en el estado actual de salud de las cuidadoras, y de qué manera se ha visto afectada la misma, tras el cuidado de los adultos mayores del Hogar asilo San José de Pamplona, teniendo en cuenta que son muchos los años en esta ardua labor, también se sondea acerca de los padecimientos de momento y si consume medicamentos en la actualidad, lo que se hace necesario para el mejoramiento de su salud y posterior cuidado y atención para el adulto mayor.

Técnicas para la Recolección de la Información

Para alcanzar los objetivos formulados en el presente estudio investigativo se utilizarán instrumentos propios de la metodología mixta según, (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010), afirman que, las técnicas que son utilizadas para el estudio deben apuntar a recoger conjuntamente el contenido, la estructura interna y el núcleo central, es necesario realizar un análisis cualitativo producido por una entrevista a profundidad por medio de una entrevista semiestructurada, de acuerdo con (Baptista, Fernández, & Hernández Sampieri, 2014), en cuanto permite establecer una relación directa con el cuidador del adulto mayor, ayudando a que él pueda expresar cuáles son sus síntomas y estrategias de afrontamiento, adicionalmente se utilizara la escala del síndrome de burnout y la escala Zarit, para obtener el análisis cuantitativo, Ya que se este estudio se pretende realizar, de manera en que se pueda reconstruir la disposición interna de los objetivos propuestos.

Entrevista semiestructurada

Las entrevistas semiestructurada como instrumento de recolección de datos cualitativo, sigue el modelo de conversación que permite planificar una serie de preguntas con respecto a una temática predeterminada y se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales o espontáneas para precisar conceptos u obtener mayor información, es un instrumento donde las preguntas esporádicas permiten profundizar en ciertas características específicas mientras la pregunta establecida permite comparar a un mismo nivel entre los diferentes participantes. En este sentido, la creatividad debe estar a presente y constante, pues se debe evitar hacer preguntas directas o cerradas, amenazantes o ambiguas. (Sampieri, 2015).

Escala Zarit

En el presente estudio se realizara la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZCBI) diseñada por Zarit, Rever y Bach-Peterson como cuestionario, su objetivo es diseñado para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principal de una persona con trastorno mental. Explora los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos. Cuenta con 22 ítems que tienen formato de pregunta, que el cuidador debe responder en una escala tipo Likert de 5 puntos (0 = Nunca; 1 = Casi nunca; 2 = A veces; 3 = Bastantes veces; 4 = Casi siempre).

Escala de desgaste ocupacional (EDO)

Es un instrumento que pretende cubrir las necesidades de medición de Burnout, con estándares psicométricos formales y confiables, el cual puede calificarse e interpretarse de dos formas: por el método normativo, utilizando el área bajo la curva (puntajes T y Z), o por un sistema rápido de acuerdo al modelo de las cuatro fases de Leiter, el cual estudia tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización, y la falta de realización personal. Maslach & Jackson (1982).

En la escala EDO mide los siguientes factores de desgaste ocupacional: agotamiento, despersonalización, insatisfacción de logro, y los factores psicósomáticos: trastornos del sueño, trastornos psicosexuales, trastornos gastrointestinales, trastornos psiconeuróticos, trastornos de dolor, indicador de ansiedad, indicador de depresión y trastornos psicósomáticos en general.

Tipo de Análisis.

La presente investigación se realizara a través de matrices que evidencien las categorías estudiadas y tabulación de datos.

Triangulación de Datos

La realización de la triangulación de datos proviene de la comprobación y asimilación de la información obtenida en diversos espacios del presente estudio, mediante los diferentes instrumentos aplicados; entrevista en profundidad, escala Zarit y la Escala de Desgaste Ocupacional (EDO).

La triangulación de las interpretaciones utilizar diferentes métodos, ya que se busca analizar un mismo fenómeno a través de diversos acercamientos. Aunque generalmente se utilizan distintas técnicas cualitativas, se pueden utilizar tanto cuantitativos como cualitativas en conjunto y, en este caso, el análisis de los datos difieren sirven para analizar el papel de la fuente que produjo los datos en el fenómeno estudiado, por ejemplo, el uso de varios métodos (entrevistas individuales, grupos focales o talleres investigativos). Esto, dentro del marco de una investigación cualitativa, es por esto que la triangulación de datos permite el empleo de diversas estrategias para verificar tendencias obtenidas dentro de la entrevista realizada, ya que puede estar basada en criterios de espacio temporal y niveles de análisis. Según Denzin (1970) citado por (Rodríguez O. , 2005).

Dicho lo anterior la triangulación de datos en el tiempo implica validar una proposición teórica relativa a un fenómeno en distintos momentos, los datos pueden ser longitudinales o transversales; la triangulación de datos en el espacio recurre a poblaciones heterogéneas para incrementar la variedad de las observaciones, de esta forma se evitan dificultades como el sesgo de las unidades de análisis. (Rodríguez O. , 2005)

Consideraciones Éticas

De acuerdo con el Artículo 1° de la Ley 1090 de 2006 (Congreso de Colombia, 2006) la psicología se define como una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, desde la perspectiva

del paradigma de la complejidad, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida.

Potencialmente se señala que la investigación científica constituye la base fundamental de sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida. (Congreso de Colombia, 2006).

De acuerdo con el Artículo 2° de la Ley 1090 de 2006 (Congreso de Colombia, 2006), el ejercicio de la profesión de psicología está regulado por el cumplimiento de diez principios universales, a saberse: Responsabilidad, competencia, estándares morales y legales, anuncios públicos, confidencialidad, bienestar del usuario, relaciones profesionales, evaluación de técnicas, investigación con participantes humanos, cuidado y uso de animales de manera que a través del cumplimiento de cada uno de estos ejes se mantengan siempre los más altos estándares de la profesión; de esta manera se garantiza el cumplimiento de los mayores requerimientos éticos en el proceso de investigación del presente proyecto.

Presentación de Resultados

Consecutivamente a la aplicación de los instrumentos con la muestra, se realiza un análisis de datos por matrices a continuación, demostrando mediante los datos suministrados por los participantes las interpretaciones formuladas con base en las categorías de investigación, finalmente se realizara la triangulación entre instrumentos la discusión de los resultados, conclusiones y recomendaciones.

Matriz de Análisis de Datos de Entrevista Semiestructurada

<p>Categoría: vocación religiosa</p>	<p>Teniendo en cuenta la categoría de vocación religiosa donde se realizaron preguntas para indagar sobre la manera en que influye su vocación en cuanto al cuidado del adulto mayor, a la pregunta: ¿De qué manera decidió ser religiosa?, las participantes responden que es un llamado de Dios, que es una vocación de amor, que Dios las eligió a ellas para servirle, que fue en un momento de sus vidas donde pasaban por diversas dificultades, no obstante refieren que es lo mejor que les ha pasado, y que nunca se han arrepentido de haber tomados los votos de castidad, pobreza y obediencia.</p>
	<p>Según el tiempo que las religiosas han tenido cuidando del adulto mayor, se hizo importante preguntarles: ¿Cómo novicia como fue su experiencia con la población de adultos mayores por primera vez? A lo que ellas responden que fue una experiencia muy bonita, ya que los adultos mayores necesitaban de mucha ayudara y que no tenían quien les ayudara con sus cosas, algunas referencian que ellas los miraban como si fueran sus papas sin embargo, por la corta edad en que decidieron se religiosas al inicio les pareció un poco difícil, ya que el estado de algunos adultos les resultaba muy deplorable, pero que con el tiempo sabían cómo tratarlos y se acostumbraron a la población que cuidaban.</p>

	<p>Al interrogante ¿Desde su ingreso a la congregación que proceso formativo ha tenido para desempeñarse como cuidadora del adulto mayor?, ellas se formaron como auxiliares en enfermería, con cursos en geriatría, en psicología, preparación de alimentos, también deben estudiar contabilidad, cursos de Excel, y han tomado diplomados en gestión administrativa y servicio al cliente.</p>
	<p>Las religiosas responden a: ¿Cuál ha sido el mayor aporte dentro de la congregación?, para ellas es muy importante mantener la unidad entre las demás cuidadoras, a pesar de que la convivencia en ocasiones es difícil, también hacen referencia que el hecho de ser enfermeras es un gran aporte ya que este oficio o prestan las 24 horas del día a la población de adulto mayor, al igual que la persona que sirve en la cocina lo cual es muy importante ya que es un arduo trabajo diario, en lo cual ella aporta y lo hace de la mejor manera en pro del bienestar del adulto mayor, también su mayor aporte es brindar el mejor servicio y atención a la población que cuidan.</p>
	<p>Dicho lo anterior se hace importante conocer: ¿Cuál ha sido el mayor desafío dentro de la congregación? Para las religiosas el apartarse de la familia fue el primer y más duro desafío, sin embargo hubieron otros, como salir de su país de origen para servir en otros asilos o formarse en otras disciplinas, el hecho de salir a la calle a pedir colaboración para el asilo, era algo que al inicio les ocasionaba mucha vergüenza, por otro lado el hecho de asistir a los adultos en estados críticos al inicio de su vocación fue un gran desafío, el cual con el tiempo se hizo normal.</p>
	<p>Para las religiosas del asilo San José, las cuales cuidan de alrededor de 100 adultos en promedio, es frecuente que se presente situaciones que generen estrés por sus labores diarias es por ello que se les indago acerca de: ¿Cuáles son sus respuestas como religiosa cuando enfrenta situaciones de estrés o sobre carga en el trabajo? Ellas en su mayoría responden que acuden a la capilla y oran en silencio y solas, también en horas del almuerzo o de la noche se reúnen y hablan sobre dichas situaciones y tratan de buscarle soluciones.</p>

	<p>Teniendo en cuenta el ejercicio de sus labores como religiosas después de tantos años que han tenido dentro de la congregación se les pregunto si. ¿Se han cumplido las expectativas que tenía como religiosas frente al cuidado del adulto mayor?, a lo que ellas refieren que la vida religiosa era todo lo que querían, que Dios les ha dado más de lo que merecen y que nunca han pensado en abandonar los hábitos, para dedicarse a otra cosa, que el hecho de ser religiosas al cuidado del adulto mayor, es más de lo que ellas esperaban.</p>
<p>Categoría: estrategias de afrontamie nto</p>	<p>Para atender las necesidades del adulto mayor es necesario que la persona que lo haga tenga estudios para que se realicen ciertas labores de la mejor manera, al igual que es importante el hecho de que la persona se sienta realizada en cuanto a su trabajo, por ello se pregunta: ¿Cómo ha sido su crecimiento personal y profesional dentro de su vocación religiosa?, ya que conocer dicho crecimiento personal y profesional es fundamental para entender la manera en que afrontan ciertas situaciones dentro de la institución, las religiosas revelan que son mejor persona desde que pertenecen a la congregación, que en el ámbito profesional, se les ha brindado apoyo para que puedan estudiar con el fin de atender mejor al adulto mayor, también hacen referencia que sienten la presencia de Dios más cerca cada día.</p>
	<p>Las estrategias de afrontamiento dentro de las religiosas se indaga con la siguiente pregunta, ¿Qué situaciones le generan estrés en el ejercicio de su labor, y como las afronta dentro de su vocación?, a lo cual las religiosas hacen referencia a las discusiones que tienen los adultos mayores, lo cual es muy frecuente ya que son muchos y la convivencia entre ellos en es difícil, para lo cual les hablan y tratan de llamarlos a la reconciliación y el perdón, por otra parte hacen referencia a que las labores dentro del asilo sin muchas y que en ocasiones cuando están enfermas no pueden cumplir con muchas de ellas lo cual les genera tensión y piden ayuda para que se realicen o lo hacen a la medida de lo posible.</p>
	<p>Se tiene en cuenta que los cuidados al adulto mayor es en ocasiones difícil de lo cual surge el interrogante: ¿Cuál cree que es la diferencia entre el cuidado que pueda ofrecer al adulto mayor, una persona religiosa y quienes no lo son?, las religiosas</p>

	<p>hacen énfasis en el amor con el cual ellas hacen las cosas, y que es su labor delante de Dios, ya que ellas lo realizan sin ánimo de lucro, por otra parte hacen referencia que los empleados y enfermeros que colaboran en la institución lo hacen porque es su profesión y porque reciben un salario.</p>
	<p>A la pregunta: ¿Cómo maneja usted como religiosa los sentimientos negativos que en situaciones en su labor como cuidadora le generan? Ellas responden que sin seres humanos que tienen emociones y sentimientos que en ocasiones las invaden, sin embargo buscan la orientación de Dios y que le piden a Él, que les de la fortaleza, también resaltan el hecho de que doblegan su orgullo y dejan de lado esas situaciones que genera el estrés por tanto trabajo.</p>
	<p>Es cotidiano que se presenten dificultades de convivencia entre los adultos mayores, y en este interrogante se busca saber: ¿Cuáles son los mecanismos que utiliza para el manejo de situaciones cotidianas entre los adultos mayores?, las religiosas hablan con los adultos mayores por separado y en ocasiones hacen reuniones en general para mejorar las situaciones que se presenten, también refieren que oran mucho por esas problemáticas y llevan a los adultos mayores a eventos religiosos como la misa y el rosario para que ellos sientan el amor de Dios y se sientan apreciados y superen esos impases de convivencia.</p>
	<p>Las labores dentro del asilo San José son muchas y son pocas las religiosas que le hacen frente, así que existen labores en las que ellas se desempeñan mejor que en otras, por ello se hace necesario conocer: ¿Qué capacidad de elección tiene frente a las labores dentro de la institución, y como le afectan las que no son de su agrado?, ellas comentan que dentro de los votos que realizan, hacen el voto de obediencia, por lo cual no se pueden negar a una labor dentro del asilo a menos que su salud se lo impida, no obstante, hay labores que les cuesta más que otras, pero en ese caso, las realizan de la mejor manera.</p>
	<p>Una de las preguntas dentro de las categorías de afrontamiento hace referencia a: ¿habla con alguien de confianza cuando algo le disgusta en su trabajo?, para las religiosas es muy importante la oración en la capilla a solas y pedir la orientación de</p>

	<p>Dios, por otro lado recurren a la madre superiora en busca algún consejo u orientación, ya que ella puede dar solución en cuanto a su disgusto en su labor, también manifiestan que no hablan de sus dificultades ni con los miembros de su familia, ya que no deben exteriorizar lo que pasa dentro de la congregación por principio.</p>
	<p>Para las personas consagradas el hecho de solucionar las dificultades se hace espiritual, así que se les pregunto a las religiosas: ¿Cuándo tiene momentos de dificultad de qué manera busca solucionarlos? Ellas rescatan que la oración las reconforta, que buscar a la persona con la que tienen dificultades y hablar con ella les ayuda a solucionar la dificultad.</p>
	<p>Dicho lo anterior se les pregunta: ¿Qué alternativas busca cuando las cosas se tornan difíciles entre las demás cuidadoras?, teniendo en cuenta que ya manifestaron que tratan de mantener la unidad entre la comunidad, ellas hacen alusión que hay momentos en que hablan de las cosas que pasaron y le buscan solución, que doblagan el orgullo y buscan tratar a las demás con amor, no obstante, la oración las reconforta y le piden a Dios que les oriente y ayude a mantenerse en armonía.</p>
<p>Categoría: estado de salud</p>	<p>Se indaga, ¿Con que regularidad asiste al médico?, las religiosas argumentan que por cuestiones de salud van frecuentemente al médico, no obstante parte de dicha población hace referencia que asisten en ocasiones por algún tipo de prevención o que solo lo hacen cuando se sienten muy mal y que como enfermeras no lo pueden solucionar.</p>
	<p>Por los años que han ejercido como cuidadoras de los adultos mayores es posible que exista algún tipo de afectación en su salud, por ello se interroga acerca de: ¿De qué manera se ha visto afectada su salud desde que ejerce como cuidadora? Ellas responden que creen que se han visto afectada ya que no responden en las cosas como antes, que se sienten sin fuerzas, también es por los años. Una participante refiere que desde los 29 años ha sido muy enferma, que la operaron de la vesícula, que al año le dio peritonitis, después padeció un tumor en el estómago, y que aún le afecta mucho para comer, después la operaron de las amígdalas, también una vez</p>

	<p>se cayó y sufrió una fractura en la columna, también le realizaron una histerectomía completa.</p>
	<p>Por los anteriores antecedentes con respecto a la salud de las religiosas se hace importante conocer cómo se encuentra su estado de salud en la actualidad, y se les pregunta: ¿en el momento padece de alguna enfermedad a causa de su rol como cuidadora?, responde una religiosa que tiene el azúcar alto, que sufre de presión y de artrosis. Otra religiosa quedo con pancreatitis, y problemas digestivos, otra hace referencia que sufre de gastritis y la espalda le molesta mucho, también el colesterol lo tiene alto, otra religiosa dice que sufre de sordera, gripa muy fuerte, dolor de espalda, la última religiosa comenta que en el momento no sufre ninguna deficiencia en cuanto a su salud.</p>
	<p>Para concluir las respuestas de la entrevista semiestructurada se hace la pregunta: ¿En la actualidad toma algún medicamento? En la cual por las afecciones de salud que las religiosas han tenido, ellas refieren que en el momento toman medicamentos como: meformina, losarten, naproxeno, artosbastatina, para el colesterol, para el azúcar, para la presión y para desinflamar, también una religiosa asiste a citas de fisioterapias por problemas en la rodilla, otra religiosa toma lorvastatina para el colesterol, otra religiosa toma renitidita, acetaminofén, calcio, trimebutina, aspirinita y tramadol. La siguiente afirma que en el momento toma acetaminofén, tiamina, vitamina C y metocarbamol. El tiempo de consumo oscila entre 2 a 18 años dependiendo de las enfermedades padecidas.</p>

Análisis y Discusión de Resultados

Por medio del presente estudio titulado “Síndrome del cuidador en las religiosas del Asilo San José de Pamplona” se realizó la búsqueda de instrumentos a nivel metodológico de tipo mixto, y se obtuvo información por parte de la población estudiada, por medio de una entrevista semiestructurada que hace parte del análisis cualitativo, en la cual se estudian las categorías: vocación religiosa, estrategias de afrontamiento y estado de salud, esto con el fin de conocer más a profundidad las perspectivas de la población en cuanto a su labor como cuidadora del adulto mayor, En este sentido, la creatividad debe estar a presente y constante, pues se debe evitar hacer preguntas directas o cerradas, amenazantes o ambiguas. (Sampieri, 2015).

De acuerdo a que el estudio se realizó tipo mixto, se aplica el test sobre la carga del cuidador (Zarit Zarit), que consta de 22 preguntas con cinco, donde un resultado superior a 56 puntos arroja que el participante esta con sobrecarga intensa; sin embargo se hace necesario constatar con una segunda prueba, para lo cual se realizó la escala sobre Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout) EDO, el cual mide tres factores principales, agotamiento emocional, despersonalización e insatisfacción al logro, para con ello analizar el síndrome del cuidador en la población estudiada, ya que son religiosas a cargo del cuidado del adulto mayor, se tendrá en cuenta la vocación religiosa y el afrontamiento de las mismas, ante eventos de sobrecarga laboral, evaluando la afectación que genera el desempeño como cuidador y el apoyo social recibido por medio de un abordaje holístico de las participantes (Polanco, 2014).

Dentro de las tres dimensiones que se estudian en la anterior escala mencionada, se encuentra el cansancio emocional o agotamiento, en la cual la población mostro que tiene niveles altos en cuanto al poco descanso que tiene tras el trabajo de cuidadora, a esto se le suma que las pocas horas de sueño no son suficientes para recuperar la energía agotada, ya que experimentan una situación de agotamiento de la energía o de los recursos emocionales propios; es por esto que la experiencia de estar emocionalmente agotado puede afectar tanto a la persona que se cuida como así mismo. Maslach & Jackson (1982).

Seguido a la anterior categoría, la misma escala de evaluación mide la despersonalización, ya que es una categoría que se manifiesta por medio de la irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas, por lo tanto se hizo evidente en las respuestas de las participantes, sentimientos negativos y de frustración entre ellas mismas, a causa de eventos estresores, del agotamiento y sobrecarga por su labor, confirmando con ello lo expuesto por, Maslach & Jackson (1982). estas personas en ocasiones son vistas por profesionales de forma deshumanizada debido al endurecimiento afectivo, lo que conlleva a que se les culpe de sus problemas, es por ello que se habla de un proceso porque el trabajador ni logra solucionar los percances relacionados con el síndrome del cuidador mediante las técnicas personales a su alcance.

La tercera categoría principal que se evaluó fue la insatisfacción al logro, dentro de la entrevista se resalta el hecho que deben hacer mejor las cosas, que pueden tratar mejor al adulto mayor, parte de la población ve como deficiencia el carácter que en ocasiones emplean dentro de su función como cuidadoras, dejando a ver el hecho que sus estrategias de afrontamiento son escasas o nulas, como lo menciona Maslach & Jackson (1982). ya que las respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo, es la tendencia de los trabajadores a evaluarse negativamente, y de manera especial, esa evaluación afecta la habilidad de la realización en el trabajo y la relación con las personas a las que atienden, que en ocasiones se da por la falta de estrategias de afrontamiento y el mismo compromiso personal exigible en el trabajo.

Dicho lo anterior, el presente estudio se aborda también desde un tipo cualitativo por medio de una entrevista semiestructurada, en la cual se permitirá la exploración a fondo de los síntomas relacionados con el síndrome de Burnout, y correlacionar lo anteriormente nombrado. Ya que es importante revisar el funcionamiento físico, psicológico y social de quien presenta dentro de la población, no obstante se tendrá en cuenta el tipo de afrontamiento que tiene la población frente a la sobrecarga de sus labores y eventos estresores, en cuanto a su vocación religiosa y estado de salud.

Para la recolección de datos del presente estudio, se utilizó una entrevista semiestructurada, que tuvo como objetivo Analizar el síndrome del cuidador en las religiosas del asilo hogar San José de Pamplona, a cargo de los adultos mayores pertenecientes a esa institución. De la cual se evidenciaron eventos que causan estrés y sobrecarga, como lo indica (Pérez, et. al, 2017). Ya que es importante analizar desde este punto que el síndrome de sobrecarga en el cuidador primario, que está mediado por una serie de factores que interactúan entre sí desembocando en su consolidación de oficios diarios.

Dentro de la categoría de vocación religiosa, fue necesaria estudiarla dentro del presente estudio ya que según lo indica Cardia, (2010)". Desde el punto de vista religioso la vocación de servicio, se trata de un llamado o una invitación de Dios a dedicarse a la vida consagrada. Como se evidenció en las respuestas de la población abordada, ya que para las ya nombradas el hecho de servir voluntariamente al cuidado de los adultos mayores, es una vocación que surge desde el llamado que sienten a consagrarse y servir desinteresadamente.

Pasando a las categorías de afrontamiento a eventos estresores y sobrecarga ante el cuidado del adulto mayor dentro del asilo San José, se resalta que las religiosas son las cuidadoras primarias de dicha población, las cuales están propensas a “reacciones psicológicas como angustia, irritabilidad, temores, desesperanza, percepción de soledad o abandono, entre otras, que generan un correspondiente impacto sobre la salud física relacionándose a su vez con dolores musculares y articulares, fatiga, alteraciones del sueño, problemas digestivos, cardíacos y respiratorios en medio de sensación constante de tensión emocional”. Según lo refiere, (Guzmán & Guzmán, 2014; Pérez, et. al, 2017).

A lo anterior se le suma la tercera categoría evaluada, que dentro del presente estudio hace referencia al estado de salud de las religiosas del asilo San José de Pamplona, en donde se evidencia que la salud de las mismas se ha visto afectada por labores referentes a su trabajo diario como cuidadoras, siendo los trastornos de sueño más relevantes al igual que los dolores de espalda y

alteraciones en articulaciones, además del cansancio emocional y esfuerzos físicos en cuanto a algunos adultos que necesitan ayudas específicas, como ponerse en pie o caminar.

Es por esto que se hace necesario fomentar un abordaje integral a las religiosas del asilo San José, donde se enfoque en la prevención de este síndrome a través de la promoción del autocuidado, el bienestar y la salud, además de la prevención de sus complicaciones mediante la intervención oportuna sobre sus manifestaciones primarias, para capacitar, orientar y ofrecer a los cuidadores el apoyo necesario para continuar con su ritmo de vida normal y el desempeño satisfactorio de sus actividades de cuidado. Como lo refiere, (Guzmán & Guzmán, 2014).

Resultados del test de sobre la carga del cuidador “ZARIT”

La puntuación máxima de 88 puntos. Se considera indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

Sujeto 1

Frecuencia Puntuación	Puntuación	Mayor a 56 = sobrecarga intensa
Nunca	0	
Casi nunca	14	
A veces	6	
Bastantes veces	18	
Casi siempre	20	
Total	58	Con sobrecarga intensa

Según la máxima puntuación de la escala Zarit, el puntaje máximo en la aplicación es de 88 puntos, y se considera sobrecarga intensa, a la puntuación superior a los 56 puntos, por consiguiente el sujeto 1, es considerado como una persona con sobrecarga intensa, ya que se determina que la sumatoria del test, corresponde a un total de 58 puntos, lo cual se puede presentar por falta de tiempo para sí mismo, debido al tiempo dedicado a los adultos mayores, o que en ocasiones los eventos que le generan estrés le pueden producir enfado y pueden estar afectando negativamente la relación con las demás cuidadoras.

Al igual esta persona piensa que el adulto mayor necesita en la mayoría de tiempo de sus cuidados y atención, lo cual en ocasiones le afecta la vida social, y se ve en deterioro su salud, no obstante siente que debería dar mucho más de sí, y atenderlos mejor.

Sujeto 2

Frecuencia Puntuación	Puntuación	Mayor a 56 = sobrecarga intensa
Nunca	0	
Casi nunca	2	
A veces	14	
Bastantes veces	0	
Casi siempre	44	
Total	60	Con sobrecarga intensa

Se determina según el puntaje del 2 sujeto que corresponde a 60 puntos dentro del test de Zarit que padece de sobrecarga intensa, lo cual puede ser consecuencia del cansancio y de eventos estresores que se presentan por su labor diaria como cuidadora del adulto mayor, también se le suma la relación deficiente entre las demás cuidadoras y el tiempo que ejerce cuidando a la población mayor que está bajo su responsabilidad, durante largas jornadas.

Sujeto 3

Frecuencia Puntuación	Puntuación	Mayor a 56 = sobrecarga intensa
Nunca	0	
Casi nunca	2	
A veces	4	
Bastantes veces	9	
Casi siempre	20	
	35	Sin sobrecarga

Con respecto al 3 sujeto se puede evidenciar que no hay sobrecarga, ya que la sumatoria de los puntos refleja un resultado de 35 en su totalidad, por ende se puede decir que esta persona no tiene desgaste y su estado es sano, frente al test Zarit.

Sujeto 4

Frecuencia Puntuación	Puntuación	Mayor a 56 = sobrecarga intensa
Nunca	0	
Casi nunca	0	
A veces	14	
Bastantes veces	6	
Casi siempre	40	
Total	60	Con sobrecarga intensa

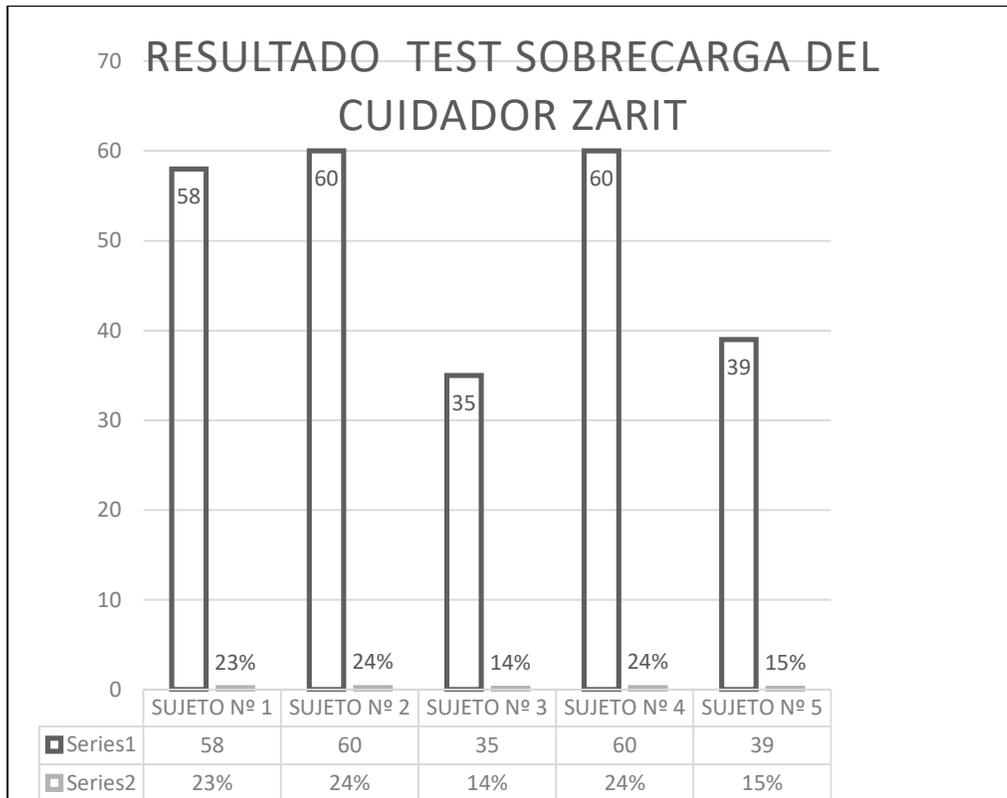
Debido a los puntajes que refleja el 4 sujeto, se considera que tiene sobre carga intensa ya que su puntuación fue de 60 en total, lo que indica que está bajo eventos estresores que le genera el cuidado de los adultos mayores dentro de su labor diaria, ya que globalmente manifiesta estar con sobrecarga.

Sujeto 5

Frecuencia Puntuación	Puntuación	Mayor a 56 = sobrecarga intensa
Nunca	0	
Casi nunca	2	
A veces	6	
Bastantes veces	3	
Casi siempre	28	
Total	39	Sin sobrecarga

Dentro de la evaluación del 5 sujeto se establece que no tiene nivel de sobrecarga alguno, ya que no se ve expuesto a eventos que le generen estrés, por lo cual, refiere que globalmente no se siente agotada, ni que experimenta sobrecarga debido a sus labores diarias como cuidadora del adulto mayor institucionalizado del asilo San José de Pamplona.

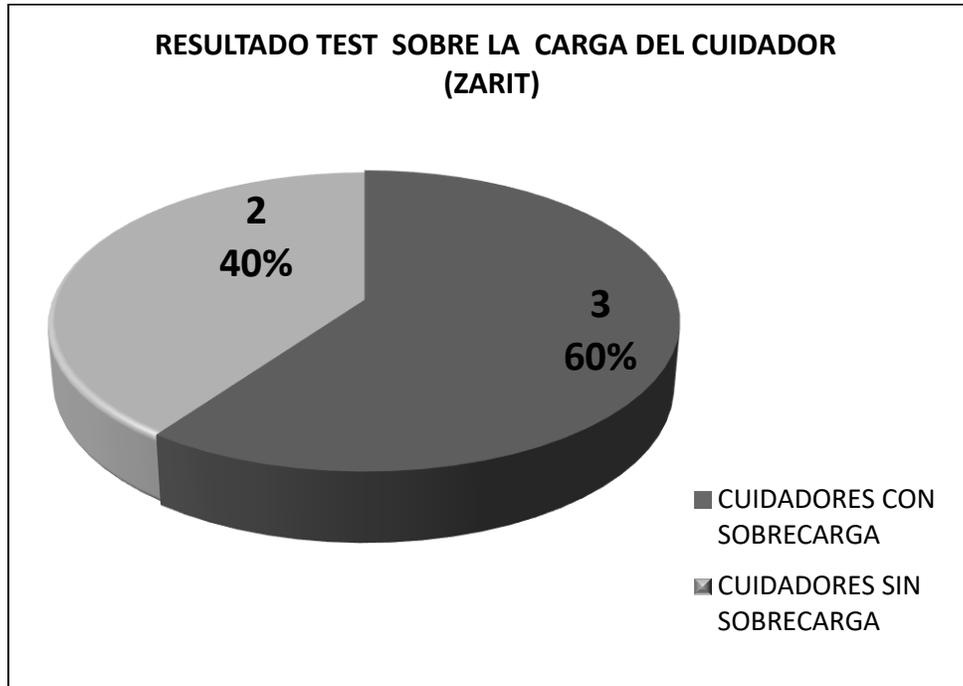
Grafica de porcentaje y puntuación superior a 56 puntos se considera sobrecarga intensa.



Con respecto a los resultados en porcentaje que arroja el test de sobrecarga Zarit, se determina que el primer sujeto obtuvo como resultado 58 puntos para un total de 23%, lo que representa que tiene sobrecarga intensa, al igual que el 2º sujeto, que suma 60 puntos lo cual corresponde a un 24% de sobrecarga intensa, los resultados del 3º sujeto arrojan un total de 35 puntos y 14% dentro del test Zarit, lo cual sirve como indicador que no posee sobrecarga, sin embargo el 4º sujeto demuestra con sus respuestas que tiene sobrecarga intensa ya que la suma de los puntos le arroja un 24% y un total de 60 puntos, y para el sujeto 5, se advierte que no tiene

nivel de sobrecarga, ya que la sumatoria de sus repuestas es inferior al puntaje que indica sobrecarga, sus respuestas suman 39 puntos, para un porcentaje de un 15% en total.

Tabla de resultados del porcentaje general del test Zarit.



La población con la que se realizó el test de sobre carga (Zarit) fue con 5 religiosas del asilo San José de Pamplona, las cuales respondieron al test anteriormente nombrado libremente y de la manera más sincera, de los resultados obtenidos se evidencia que 2 participantes, que corresponden al 40% de la población no experimenta sobrecarga ya la suma de sus respuestas correspondían a menos de 46 puntos, sin embargo, el 60% de la población la cual corresponde a 3 participantes demuestra que tienen sobrecarga intensa, según lo indica el test Zarit, ya que de 88 puntos en total, si el sujeto supera 56 puntos, corresponde a sobrecarga intensa.

Resultados de la Escala de Desgaste Ocupacional EDO (burnout)

En la escala EDO mide los siguientes factores de desgaste ocupacional: agotamiento, despersonalización, insatisfacción de logro, y los factores psicósomáticos: trastornos del sueño, trastornos psicosexuales, trastornos gastrointestinales, trastornos psiconeuróticos, trastornos de dolor, indicador de ansiedad, indicador de depresión y trastornos psicósomáticos en general.

Resultados Sujeto 1

FACTOR	RESULTADO PASO 1 (X)	PROMEDIO NORMAS (M)	DES. EST. NORMAS (S)	VALOR Z	ÁREA BAJO LA CURVA	T
F1 Agotamiento	3,77	2.27	.98	1.53	43.7	65
F2 Despersonalización	1,33	1.98	1.00	-0.65	-24.22	44
F3 Insatisfacción de logro	1,58	2.10	.96	-0.54	-20.54	45
F4a Trastorno del sueño	1,09	1.69	.44	-1.36	-42.31	37
F4b T. Psicosexuales	1	1.12	.38	-0.31	-12.17	47
F4c T. Gastrointestinales	1,5	1.61	.55	-0.2	-7.93	48
F4d T. psiconeuróticos	1,16	1.45	.45	-0.64	-23.89	44
F4e T. Dolor	1,6	1.99	.94	-0.88	-31.06	42

F4f Indicador de ansiedad	2	1.66	.82	0.41	-15.91	46
F4g Indicador depresión	1	2.08	.90	-1.2	-38.45	38
F4 Total psicossomático	5,85	1.66	.43	9.74	49.9	100

Resultado Área bajo la curva.

Calificación /factor	Área bajo	T	F1	F2	F3	F4a	F4b	F4c	F4d	F4e	F4f	F4g	F4 T
Muy alto	47.73 a 50	71 a 100											
Alto	34.14 a 42.72	61 a 70											
Arriba término medio	0 a 34.13	51 a 60											
Abajo término medio	0 a 34.13	40 a 49											
Bajo	-34.14 a 47.72	30 a 39											
Muy bajo	-47.73 a 50	0 a 29											

Dentro de la anterior tabla se puede evidenciar que el factor F1, agotamiento se clasifica como muy alto al igual que el F4T, que hace referencia al factor psicossomático, lo que indica desgastes en estas dos áreas.

Conversión de promedio individual a valores Leiter

	X - Y	X + Y	Calificación
F1 Y1 = 2.8784	1	3	3
F2 Y2=2.0730	1	2	2
F3 Y3= 2.1071	1	2	2
Suma total			7

La anterior tabla demuestra que el sujeto 1, obtuvo el máximo puntaje de la escala (EDO).

Tabla de diagnóstico Leiter

suma	Fase Leiter	Diagnostico modelo Leiter	marcar
3	Fase 1	Desgaste ocupacional “sano”	
4	Fase 2	Desgaste ocupacional regular “normal”	
5 o 6	Fase 3	Desgaste ocupacional alto “en peligro”	
7	Fase 4	Desgaste ocupacional muy alto “quemado”	X

Según el diagnóstico Leiter este sujeto se encuentra con desgaste ocupacional muy alto, lo cual indica que esta “quemado”, y hace referencia que tiene el más alto nivel de agotamiento emocional, ya que puede presentar dificultad para despertar y levantarse de la cama por las

mañanas, y que las horas que descansa no son suficientes para reponer el desgaste diario, así que siente gran necesidad de descanso.

Resultados sujeto 2

FACTOR	RESULTADO PASO 1 (X)	PROMEDIO NORMAS (M)	DES. EST. NORMAS (S)	VALOR Z	ÁREA BAJO LA CURVA	T
F1 Agotamiento	4.55	2.45	.94	2.23	48.71	72
F2 Despersonalización	3.22	1.84	.78	1.23	39.07	62
F3 Insatisfacción de logro	2.66	1.79	.76	1.14	37.29	64
F4a Trastorno del sueño	3.18	1.67	.45	3.35	49.87	85
F4b T. Psicosexuales	1	1.13	.41	-2.73	-49.68	23
F4c T. Gastrointestinales	1.83	1.61	.54	0.40	15.54	54
F4d T. psiconeuróticos	2	1.44	.45	1.24	34.25	62
F4e T. Dolor	2.8	2.08	.67	1.07	35.77	60
F4f Indicador de ansiedad	1	1.91	.93	-0.91	-31.86	41

F4g Indicador depresión	2	2.20	.83	-0.24	-9.48	4 8
F4 Total psicosomático	2.34	1.72	.45	1.37	41.47	6 3

Resultado Área bajo la curva.

Calificación /factor	Área bajo	T	F1	F2	F3	F4a	F4b	F4c	F4d	F4e	F4f	F4g	F4 T	
Muy alto	47.73 a 50	71 a 100												
Alto	34.14 a 42.72	61 a 70												
Arriba término medio	0 a 34.13	51 a 60												
Abajo término medio	0 a 34.13	40 a 49												
Bajo	-34.14 a 47.72	30 a 39												
Muy bajo	-47.73 a 50	0 a 29												

Dentro de los análisis de resultados del sujeto 2, se establece que el factor F1, que pertenece al agotamiento lo tiene muy alto, indicando que es una persona con agotamiento emocional, que se siente sumamente cansado y que sus labores le generan mucha tensión y estrés, la cual sufre de diversos dolores y siente gran necesidad de descansar, dentro del factor, F2 que hace referencia a la despersonalización, se obtiene un puntaje de alto, lo cual se determina que es una persona que deja de ser cortés, y es poco comunicativa, y poco se relaciona con quienes requieren de su servicio,

al igual que puede llegar a ser fría, irritable y con actitudes negativas, dentro del F3, se determina que es una persona que siente cierta monotonía, pues por la frecuencia en que lo hace ha llegado a perder la pasión al mismo, por otro lado el factor F4a, demuestra que se siente agotada y necesita más horas de descanso.

Conversión de promedio individual a valores Leiter

	X - Y	X + Y	Calificación
F1 Y1 = 2.8784	1	3	3
F2 Y2=2.0730	1	2	2
F3 Y3= 2.1071	1	2	2
Suma total			7

En el anterior cuadro se demuestra que el puntaje obtenido del sujeto 2 es de 7, el cual es el máximo dentro de la escala EDO.

Tabla de diagnóstico Leiter

suma	Fase Leiter	Diagnostico modelo Leiter	marcar
3	Fase 1	Desgaste ocupacional “sano”	
4	Fase 2	Desgaste ocupacional regular “normal”	
5 o 6	Fase 3	Desgaste ocupacional alto “en peligro”	
7	Fase 4	Desgaste ocupacional muy alto “quemado”	X

El sujeto 2 tiene una sumatoria de 7, la cual es el nivel máximo dentro de la escala EDO, lo cual indica que esta “quemado” ya que tiene desgaste ocupacional muy alto.

Resultados sujeto 3

FACTOR	RESULTADO PASO 1 (X)	PROMEDIO NORMAS (M)	DES. EST. NORMAS (S)	VALOR Z	ÁREA BAJO LA CURVA	T
F1 Agotamiento	3.55	2,27	.98	1.30	40.32	63
F2 Despersonalización	2.33	1.98	1.00	0.35	13.68	53
F3 Insatisfacción de logro	1.58	1.95	1.07	-0.34	-13.31	47
F4a Trastorno del sueño	1.81	1.69	.44	-0.37	-14.23	47
F4b T. Psicosexuales	2	1,12	.38	2.31	48.93	23
F4c T. Gastrointestinales	2,66	1.61	.55	1.90	47.13	69

F4d T. psiconeuróticos	2	1.45	.45	1	34.13	60
F4e T. Dolor	3	1.99	.64	1.57	44.18	65
F4f Indicador de ansiedad	1	1.66	.82	-0.82	-29-39	42
F4g Indicador depresión	1	2.08	.90	-1.2	-38.49	38
F4 Total psicossomático	11,28	1.66	.43	0.74	49.9	100

Resultado Área bajo la curva.

Calificación /factor	Área bajo	T	F1	F2	F3	F4a	F4b	F4c	F4d	F4e	F4f	F4g	F4 T
Muy alto	47.73 a 50	71 a 100											
Alto	34.14 a 42.72	61 a 70											
Arriba término medio	0 a 34.13	51 a 60											
Abajo término medio	0 a 34.13	40 a 49											
Bajo	-34.14 a 47.72	30 a 39											
Muy bajo	-47.73 a 50	0 a 29											

Los resultados de la escala EDO el 3 sujeto demuestran que el nivel de agotamiento emocional factor F1, es alto, lo cual revela que tiene necesidad de descansar más de lo acostumbrado ya que siente mucha presión en su trabajo, tiene algunos trastornos en cuanto al sueño y diversos problemas gastrointestinales de tipo psiconeurítico, también experimenta dolor de cuerpo, auto percepción de ansiedad, está cansada y necesita descansar.

Conversión de promedio individual a valores Leiter

	X - Y	X + Y	Calificación
F1 Y1 = 2.8784	1	3	3
F2 Y2=2.0730	1	2	2
F3 Y3= 2.1071	1	2	1
Suma total			6

El sujeto 3 se clasifica dentro de la fase 3, con una sumatoria de 6 puntos.

Tabla de diagnóstico Leiter

suma	Fase Leiter	Diagnostico modelo Leiter	Marcar
3	Fase 1	Desgaste ocupacional “sano”	
4	Fase 2	Desgaste ocupacional regular “normal”	
5 o 6	Fase 3	Desgaste ocupacional alto “en peligro”	X
7	Fase 4	Desgaste ocupacional muy alto “quemado”	

El 3 sujeto se encuentra en desgaste ocupacional alto, “en peligro” de quemarse por las labores que desarrolla, dentro de su ejercicio como cuidadora del adulto mayor.

Resultados sujeto 4

FACTOR	RESULTADO PASO 1 (X)	PROMEDIO NORMAS (M)	DES. EST. NORMAS (S)	VALOR Z	ÁREA BAJO LA CURVA	T
F1 Agotamiento	5	2.27	1.03	2.65	49.6	76
F2 Despersonalización	3.55	2.07	.84	1.76	46.08	67
F3 Insatisfacción de logro	2.83	2.10	.96	0.76	27.64	57
F4a Trastorno del sueño	2.90	1.69	.44	2.86	49.76	78
F4b T. Psicosexuales	1	1.12	.38	-0.31	-11.79	47
F4c T. Gastrointestinales	1.66	1.61	.55	0.09	3.59	50
F4d T. psiconeuróticos	3.33	1.45	.45	4.17	49.94	95
F4e T. Dolor	2.4	1.99	.69	0.59	22.24	55
F4f Indicador de ansiedad	4	1.66	.82	2.85	48.12	70
F4g Indicador depresión	3	2.08	.90	1.02	34.61	60
F4 Total psicósomático	12.57	1.66	.43	25.37	47.98	70

Resultado Área bajo la curva.

Calificación /factor	Área bajo	T	F1	F2	F3	F4a	F4b	F4c	F4d	F4e	F4f	F4g	F4 T
Muy alto	47.73 a 50	71 a 100											
Alto	34.14 a 42.72	61 a 70											
Arriba término medio	0 a 34.13	51 a 60											
Abajo término medio	0 a 34.13	40 a 49											
Bajo	-34.14 a 47.72	30 a 39											
Muy bajo	-47.73 a 50	0 a 29											

Según el cuadro anterior el 4 sujeto tiene el factor de agotamiento F1, muy alto, por lo cual se puede describir como una persona que está muy cansada de realizar las labores que ejecuta, esto, debido al poco tiempo que dedica al descanso, ya que duerme muy poco y esas horas no le son suficientes para reponer el desgaste, lo cual se demuestra en el factor f4a, el cual indica que posiblemente tenga un trastorno del sueño, también se determina que el factor F4d, esta alto, lo que indica que tiene problemas de tipo neurótico, y el factor F4T, indica que tiene dolores en diferentes partes del cuerpo, percibiéndose ansiosa y depresiva.

Conversión de promedio individual a valores Leiter

	X - Y	X + Y	Calificación
F1 Y1 = 2.8784	1	3	3

F2 Y2=2.0730	1	2	2
F3 Y3= 2.1071	1	2	2
Suma total			7

La anterior tabla demuestra que la sumatoria de los 3 factores principales dio 7, el cual es el número más alto dentro de la escala EDO.

Tabla de diagnóstico Leiter

suma	Fase Leiter	Diagnostico modelo Leiter	marcar
3	Fase 1	Desgaste ocupacional “sano”	
4	Fase 2	Desgaste ocupacional regular “normal”	
5 o 6	Fase 3	Desgaste ocupacional alto “en peligro”	
7	Fase 4	Desgaste ocupacional muy alto “quemado”	X

En el caso de este sujeto, se evidencia que está en la fase 4, con desgaste ocupacional muy alto, por lo cual se identifica como una persona “quemada”

Resultado sujeto 5

FACTOR	RESULTADO PASO 1 (X)	PROMEDIO NORMAS (M)	DES. EST. NORMAS (S)	VALOR Z	ÁREA BAJO LA CURVA	T
F1 Agotamiento	2.22	2.45	.94	-0.24	-9.48	48
F2 Despersonalización	1.11	1.84	.78	-0.93	-32.38	41

F3 Insatisfacción de logro	1.08	1.79	.76	-0.86	-30.51	4 2
F4a Trastorno del sueño	1.27	1.67	.45	-0.88	-31.06	4 2
F4b T. Psicosexuales	1	1.13	.41	-0.31	-12.17	4 7
F4c T. Gastrointestinales	1.85	1.61	.54	0.40	-15.54	4 6
F4d T. psiconeuróticos	2.83	1.44	.54	-0.44	-17	4 6
F4e T. Dolor	1.2	2.08	.67	1.31	-40.49	3 7
F4f Indicador de ansiedad	4	1.91	.93	2.24	48.75	7 2
F4g Indicador depresión	1	2.20	.83	-1.44	42.51	3 6
F4 Total psicosomático	8.14	1.72	.45	14.26	35.08	6 0

Resultado Área bajo la curva.

Calificación /factor	Área bajo	T	F1	F2	F3	F4a	F4b	F4c	F4d	F4e	F4f	F4g	F4 T
Muy alto	47.73 a 50	71 a 100											
Alto	34.14 a 42.72	61 a 70											
Arriba término medio	0 a 34.13	51 a 60											

Abajo término medio	0 a 34.13	40 a 49											
Bajo	-34.14 a 47.72	30 a 39											
Muy bajo	-47.73 a 50	0 a 29											

Ya para concluir, se identifica al 5 sujeto, la cual representa un estado de desgaste bajo, sano, por lo cual se describe como una persona que demuestra bajo nivel de agotamiento emocional, indicando que le es sencillo levantarse por las mañanas, pues no tiene pérdida de energía ni cansancio, conserva la pasión por su trabajo y le gusta lo que hace, sin embargo muestra un muy alto grado de percepción del trastorno de ansiedad, como se observa en el factor F4f, sin embargo, se debe a los compromisos que debe cumplir cada día.

Conversión de promedio individual a valores Leiter

	X - Y	X + Y	Calificación
F1 Y1 = 2.8784	1	3	1
F2 Y2=2.0730	1	2	1
F3 Y3= 2.1071	1	2	1
Suma total			3

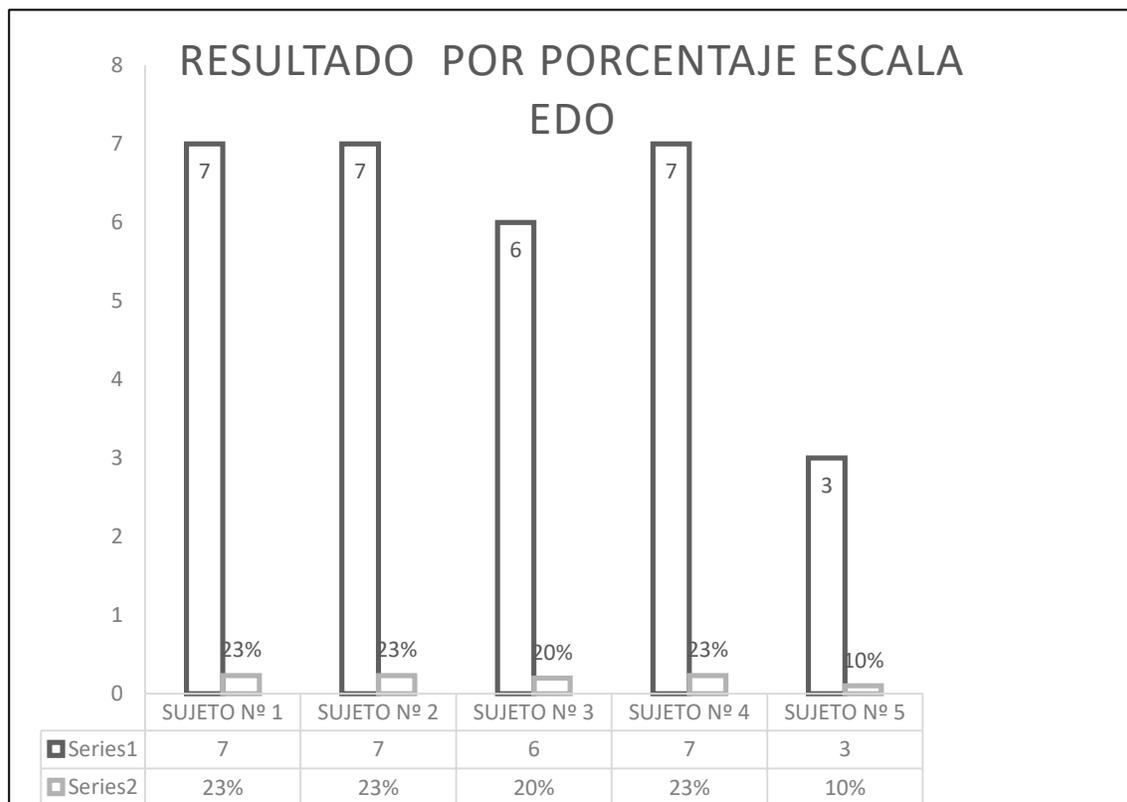
La sumatoria de respuestas de este sujeto es mínima, 3 del total de la escala EDO.

Tabla de diagnóstico Leiter

suma	Fase Leiter	Diagnostico modelo Leiter	marcar
3	Fase 1	Desgaste ocupacional “sano”	X
4	Fase 2	Desgaste ocupacional regular “normal”	
5 o 6	Fase 3	Desgaste ocupacional alto “en peligro”	
7	Fase 4	Desgaste ocupacional muy alto “quemado”	

La anterior escala indica que no tiene desgaste ocupacional, que está sana.

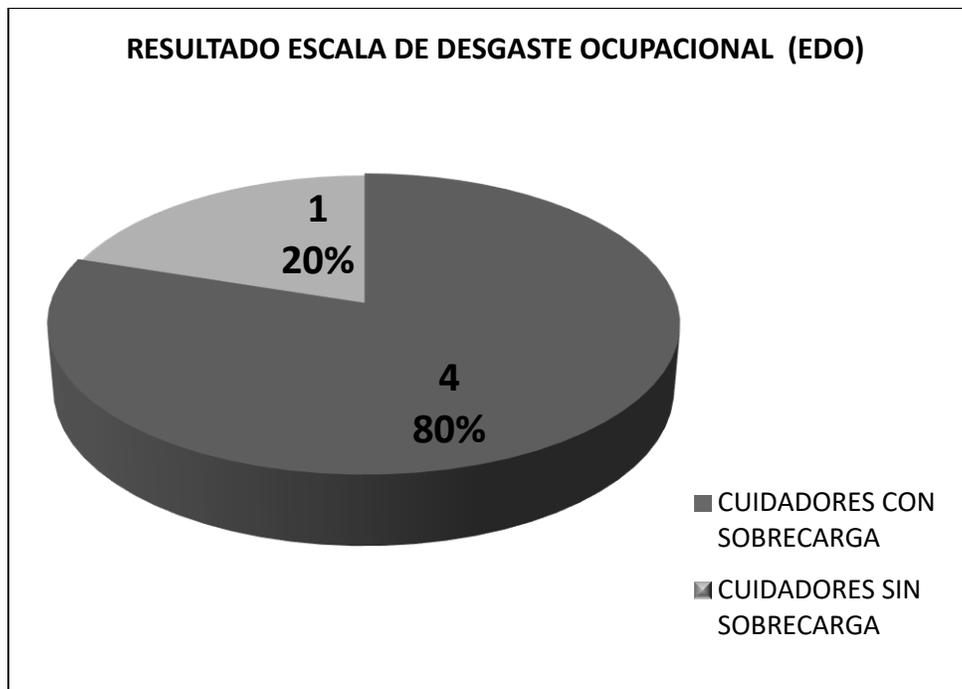
Resultado De Escala Edo Porcentaje entre 5 a 7 desgaste ocupacional muy alto



Con respecto a los resultados en porcentaje que arroja la escala EDO, se determina que el prime sujeto obtuvo como resultado el punto más alto de la escala, lo cual lo identifica como quemado, y corresponde a un 23% del total de la escala, al igual que el 2 sujeto, que suma la misma cantidad 7, y su porcentaje es de 23% puntos lo cual corresponde a un desgaste ocupacional

muy alto, los resultados del 3 sujeto arrojan un total de 6 puntos y 20% dentro de la escala EDO, lo cual sirve como indicador que tiene desgaste ocupacional alto, y que está en peligro de quemarse, sin embargo, el 4 sujeto demuestra con sus respuestas que tiene desgaste ocupacional muy alto, lo cual se percibe que esta quemado, ya que la suma de los puntos le arrojó un 23% y un total de 7 puntos, el cual es la fase más alta dentro de la escala, y para el sujeto 5, se advierte que no tiene desgaste ocupacional, ya que la sumatoria de sus repuestas es inferior al puntaje que indica sobrecarga, sus respuestas suman 3 puntos, para un porcentaje de un 10% en total, lo que indica que es una persona sana y sin peligro de desgaste ocupacional.

Resultados de porcentaje de la escala EDO



Los sujetos en los que se realizó la escala de desgaste ocupacional fueron 5 religiosas del asilo San José de Pamplona, de los resultados obtenidos se evidencia que 1 participantes, que corresponden al 20% de la población no tiene desgaste ocupacional y no está quemada, sin embargo, el 80% de la población la cual corresponde a 4 participantes demuestra que tienen desgaste ocupacional alto y muy alto, lo cual indica que la mayoría de la población esta quemada, debido a sus labores como cuidadora de los adultos mayores del asilo San José de pamplona.

CONCLUSIONES

El presente estudio lleva por título, Síndrome Del Cuidador En Las Religiosas Del Asilo San José, como objetivo general se propuso “analizar el síndrome del cuidador en las religiosas del Asilo Hogar San José de Pamplona, por medio de un estudio de corte mixto, determinando su influencia en la salud mental de las mismas”. La investigación se realizó de manera mixta, utilizando una entrevista semiestructurada como instrumento cualitativo, y para la evaluación cuantitativa se tuvo en cuenta la realización del test Zarit, el cual evalúa la existencia de sobrecarga en la población, no obstante, se llevó a cabo un segundo instrumento, el cual fue la escala de desgaste ocupacional EDO.

De igual manera se estudian las categorías: vocación religiosa, estrategias de afrontamiento y estado de salud, en las participantes de la investigación, teniendo en cuenta que son cuidadoras religiosas del adulto mayor institucionalizado, y se hizo importante para la investigación conocer de qué manera afrontan síntomas del síndrome del cuidador desde cada una de las anteriores categorías, donde las participantes expresaban que su vocación religiosa fue un llamado por parte de Dios, que al momento de tomar sus votos como religiosas también aceptaron los de pobreza, obediencia y castidad, lo cual le permite mantenerse dispuestas ante labores y circunstancias que en ocasiones les generan sobrecarga.

Ante las estrategias de afrontamiento que poseen las religiosas con respecto de eventos estresores, que las afecta en ocasiones, la población hace referencia a que se refugian en la oración a solas y que esto les hace tener fortaleza espiritual y ánimo para seguir día tras día en su labor, también comentan que el diálogo entre las demás cuidadoras del adulto mayor les sirve para mejorar aspectos negativos en su función como cuidadoras, lo anterior deja como evidencia la falta de habilidades para afrontar situaciones de sobrecarga, que les permita la disminución de los síntomas propios del síndrome del cuidador y con ello, la prevención a nuevos episodios y promoción de su bienestar emocional y físico.

A lo anteriormente nombrado, se le suma la difícil labor diaria dentro del asilo San José, lo cual hace referencia a la categoría del estado de salud de las participantes, ya que describen que su salud se ha visto afectada de diferentes maneras desde que ejercen su rol como cuidadoras ya que son muchos los años dedicados como cuidadoras del adulto mayor. A su vez, se le suma el consumo de diferentes medicamentos consumidos por años y enfermedades en la actualidad. Sin embargo el deseo de seguir sirviendo es más grande comentan las participantes y añaden que seguirán trabajando como cuidadoras pese a no contar con las estrategias de afrontamiento adecuadas, ni la salud de años anteriores.

Por otra parte se aplicó el test Zarit como instrumento de tipo cuantitativo a la población, en el que se pudo identificar que el 60% de las participantes obtuvo como resultado sobrecarga intensa en la aplicación, contando con tan solo 2 participantes de 5 de la muestra sin sobrecarga, lo cual se debe a que una de ellas se desempeña en oficios religiosos y su dedicación al cuidado del adulto mayor es menor al de las otras 3 participantes, y la 5 religiosa queda también descartada de sobrecarga ya que sus labores diarias hacen parte de un cargo administrativo y su exposición ante eventos estresores con la población es reducida, por lo tanto en 3 de las religiosas de evidencia sobrecarga intensa.

Para la complementación del estudio cuantitativo también se aplicó la escala EDO, de la cual se obtuvo un 80% de desgaste ocupacional, entre las participantes, lo cual es un indicador que se evidenció cansancio emocional (agotamiento), despersonalización y falta de realización personal, (insatisfacción al logro), en este caso de las 5 participantes, 1 se diagnosticó sin desgaste ocupacional, confirmando los resultados del test Zarit, donde se precisó sin sobrecarga, atribuido a su labor administrativa, sin embargo, la 3 participante se diagnosticó con desgaste ocupacional alto, “en peligro” de quemarse, y las otras 3 personas parte de la población se encuentran con desgaste ocupacional muy alto, “quemadas” como hace referencia la escala EDO.

entre las participantes, evidenciando características del síndrome del cuidador, que se logran describir teniendo en cuenta las tres dimensiones ya mencionadas, dentro de las cuales sobre sale la pérdida progresiva de energía en algunas participantes, así como el desgaste por la labor que realizan como cuidadoras del adulto mayor, lo cual les genera cansancio y fatiga la mayor parte del tiempo, por lo cual en situaciones sienten que no pueden dar más de sí mismas a nivel afectivo, lo que indica desgaste muy alto o en estado de “quemado”.

Las características evidenciadas en la dimensión de despersonalización entre las participantes, se manifiestan por medio de la irritabilidad y actitudes negativas hacia las personas que están bajo su cuidado o bajo su cargo. Por lo cual se refleja endurecimiento ante situaciones que les producen estrés, sin embargo, se refleja que las cuidadoras evitan dar respuestas impersonales y tener actitudes y sentimientos de cinismo ante el adulto mayor.

Parte de la población estudiada, tiende a evaluarse de manera deficiente en cuanto a la labor de su trabajo como cuidadoras del adulto mayor, ya que manifiestan que pueden realizarlo de mejor manera, lo que demuestra que la insatisfacción al logro se manifiesta por medio de evaluaciones negativas hacia si mismas, afectando en ocasiones la óptima realización de sus labores diarias y las relaciones interpersonales con las demás cuidadoras y el personal que laboran dentro de la institución.

Recomendaciones

Se recomienda a la sociedad ampliar el interés hacia la temática del síndrome del cuidador, destacando que la población de adulto mayor que está bajo el cuidado de las religiosas pertenecientes a la congregación “las hermanitas de los ancianos desamparados” es amplia y tanto la congregación como las cuidadoras, pertenecen a una institución sin ánimo de lucro y carente de ingresos económicos.

Es trascendente dar a conocer las diferentes características que puede sufrir el cuidador de adulto mayor en su ejercicio diario, a fin de que se instruya a las instituciones de atención en salud sobre la importancia del bienestar físico y emocional del cuidador, favoreciendo así el proceso de estrategias de afrontamiento ante los síntomas que puedan presentarse.

Se recomienda al programa de psicología de la universidad de Pamplona, implementar estrategias psicoeducativas en los cuidadores de adultos mayores que se basen en la confrontación, planificación y búsqueda de apoyo social para favorecer un mejoramiento en su calidad de vida.

Finalmente se sugiere a la universidad de Pamplona la realización de estudios investigativos a cuidadores de adultos mayores, con el fin de abarcar mayor número de población, para con ello iniciar un proceso de afrontamiento que disminuya los síntomas y las afectaciones físicas y emocionales a dicha población.

Referencias Bibliográficas

- Agudelo, E., Ríos, M., González, M., Rivera, E., & Vélez, H. (2011). *Resultados de la capacitación a cuidadores de Adultos Mayores en el Departamento de Risaralda 2011 (Colombia)*. Recuperado el 26 de Marzo de 2018, de Revista Investigaciones Andina. 27. (15). pp. 825 - 837): <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v15n27/v15n27a09.pdf>
- Alejo, J., Nieves, A., & Ruiz, L. (2016). *Percepciones de los Adultos Mayores Institucionalizados en un Hogar Geriátrico de la Ciudad de Barrancabermeja*. Recuperado el 27 de Marzo de 2018, <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/20443/AlejoGutierrezJennifer2016.pdf?sequence=1>
- Alvarado, F. (2013). Nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto Mayor frágil. Centro de atención Del adulto mayor “taya Wasi”. Lima – Perú. (2013). recuperado el 26 de Marzo de 2018.
- Araya, A. (2012). Cartillas educativas calidad de vida en la vejez. Autocuidado de la Salud. Recuperado el 8 de Abril del 2018. Disponible en: http://adultomayor.uc.cl/docs/autocuidado_salud.pdf.
- Ardila, R. (2014). *El papel de la investigación científica en psicología*. Recuperado el 24 de Marzo de 2018, de <http://www.rubenardila.com/EL%20PAPEL%20DE%20LA%20INVESTIGACION%20CIENTIFICA%20EN%20PSICOLOGIA.pdf>
- Baptista, P., Fernández, C., & Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación (6ª Edición)*. Ciudad de México: McGrawHill.
- Crespo López M, López Martínez J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar. Madrid: Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado el 14 de Marzo de 2018 de: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad. IMSERSO; 2007.
- Cerquera, A., Matajira, J., & Pabón, D. (2016). *Caracterización de una muestra de cuidadores formales de pacientes con trastorno neurocognitivo mayor en Bucaramanga*. Recuperado

el 26 de Marzo de 2018, de Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 47, 4-19:
<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/739/1265>

Congreso de Colombia proyecto de acuerdo no. 027 de 2014

Congreso de Colombia. (2013). *Ley N° 1616 de 2013*. Recuperado el 1 de Abril de 2018, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>.

Da Silva, MJ, (2009). Evaluación De La Presencia Del Síndrome De Burnout En Cuidadores De Ancianos. recuperado el 05 de 04 de 2008.

Delgado, E., Suarez, o., de Dios, R., Valdespino, I., Sousa, Y. y, Braña, G. (2014). Características y factores relacionados con sobrecarga en una muestra de cuidadores principales de pacientes ancianos con demencia. Recuperado el 14 de Marzo de 2018, *SEMERGEN – Medicina de familia* 40(2), 57 – 64 doi:101016/j.sumerg.2013.04.006.

De Haro, A. (2011). *La ética del cuidado entre las personas mayores. Un estudio etnográfico en una institución residencial*. Recuperado el 26 de Marzo de 2018, de *Gazeta de Antropología*, 2011, 27 (1): http://www.ugr.es/~pwlac/G27_03Alejandro_deHaro_Honrubia.html

Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). *Nivel de Sobrecarga en el Desempeño del rol del Cuidador Familiar de Adulto Mayor con Dependencia Severa*. Recuperado el 26 de Marzo de 2018, de https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v18n1/art_04.pdf

Fuller, A.R *Psychology Of Religion*. New York Lanham, 1 g/7 Y A. Jiménez, *Análisis psicológico de la madurez religiosa*. Revista Javeriana. Recuperado el 8 de Abril del 2018.

Mateo V. Mankeliunas. (1960). Fuentes y Documentos oficiales, Pio XI, Enciclica Ad Oathollcl Sacerdotii: *orientacion profesional y vocacion religiosa* Exhortación Menti Nostrae: AAS Enchiridion Recuperado el 8 de Abril del 2018.

Gómez-Fraguela, J., Luengo, A., Romero, E., Villar, P., & Sobral, J. (2006). *Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y*

- la conducta problemática*. Recuperado el 26 de Marzo de 2018, de International Journal of Clinical and health Psychology, 6 (3): <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760305>
- Gómez-Martinho, M. (2016). *Cuidado Formal e Informal de Personas Mayores Dependientes. Trabajo de Grado*. Recuperado el 26 de Marzo de 2018, de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/13437/TFM000507.pdf?sequence=1>
- Guzmán, E., & Guzmán, A. (2014). *Manifestaciones del Síndrome del Cuidador en Familiares de Pacientes con Enfermedades Crónicas Incapacitantes Vinculados a Coomeva EPS Seccional Ibagué - Trabajo de Grado de Pregrado*. Recuperado el 26 de Marzo de 2018, de <http://stadium.unad.edu.co/preview/UNAD.php?url=/bitstream/10596/2623/1/28544822.pdf>
- Inmerso, (2009). Guía de prestaciones para personas, personas con discapacidad y personas en situación de dependencia mayor. Recuperado el 14 de marzo de 2018, Recursos estatales Autónomos Madrid: INMERSO.
- Laguado, E., Camargo, K., Campo, E., & Martín-Carbonell, M. (2017). *Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar*. Recuperado el 27 de Marzo de 2018, de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>
- López, E. (2016). *Puesta al día: Cuidador informal*. Recuperado el 26 de Marzo de 2018, de <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/164/144>
- López, J. (2005). *Entrenamiento en Manejo del Estrés en Cuidadores de Familiares Mayores Dependientes*: Recuperado el 1 de Abril de 2018, *Desarrollo y Evaluación de la Eficacia de una Programa- Tesis Doctoral*. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid.
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Mijo, L.C., Rico, J.M., Lanz, P. y Taussig, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Recuperado el 05 de 04 de 32028. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.

Ministerio de Salud de Colombia. (2014). *Política Colombiana de Envejecimiento y Vejez*. Recuperado el 1 de Abril de 2018, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/POCEHV-2014-2024.pdf>

Ministerio de salud y proteccion social de colombia ley 1616 de 2013 recuperado el 06 de abril de 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/POCEHV-2014-2024.pdf>

Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas / un informe de la Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004. 7 de abril de 2018

Organización Mundial de la Salud. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health GAP Action Programme (mhGAP). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010. 7 de abril de 2018

OMS (2002). Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 7 de abril de 2018

Organización mundial de la salud. (2014). Envejecimiento y ciclo de vida. OMS Recuperado de: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>. El 14 de marzo de 2018,

OMS, (SF) bienestar mental, recuperado 7 de abril de 2018. de http://www.institutoaltorendimiento.com/index.php?option=com_content&view=article&id=34&Itemid=190

OMS, (2013) bienestar mental, recuperado el 7 de abril de 2018. Disponible en http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

- OMS, (sf) bienestar mental, recuperado el día 7 d Abril de 2018. Disponible en <http://rcmhc.org/wp-content/uploads/2013/12/Mental-Health-is-Everyone-Document-Spanish.pdf>
- Pérez & Alarcón 2009 Formación de Psicología de la salud en Colombia recuperado 07 de Abril de 2018 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224086005>
- Pérez, M., Álvarez, A., Martínez, E., Valdivia, S., Borroto, I., & Pedraza, H. (2017). *El síndrome del cuidador en cuidadores principales de ancianos con demencia Alzheimer*. Recuperado el 27 de Marzo de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000100007
- Pinzón, E., Achicanoy, M., & Chaves, M. (2016). *El ocio y tiempo libre del adulto mayor institucionalizado*. Recuperado el 27 de Marzo de 2018.
- Porras N. Variables psicosociológicas y burnout en sanitarios. España, Salamanca: Universidad de Salamanca; 2014. Recuperado el 06 de Abril de 2018.
- Roca, M., Úbea, I., Fuentelsaz, C., López, R., Pont, A., García, L. y Pesreni, R. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. Recuperado el 14 de marzo de 2018 *Atención primaria*, 26(4), 217-223.
- Rodríguez, O. (2005). *La Triangulación como Estrategia de Investigación en Ciencias Sociales*. Recuperado el 6 de Marzo de 2018, de <https://www.madrimasd.org/revista/revista31/tribuna/tribuna2.asp>
- 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. Recuperado el 14 de marzo de 2018 *Revista Española de geriatría y gerontología*, 40, (3), 5-15. Doi: 10.1016/so211-139X (05)75068-X.
- Rodríguez, X. (2013). *Síndrome del Cuidador en Personas a Cargo de Adultos Mayores en la Ciudad de Pamplona (Estudio de Casos)* . Pamplona, Norte de Santander, Colombia: Universidad de Pamplona.

- Rogero-García, J. (2009). *Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia*. Recuperado el 26 de Marzo de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000300005
- Rota, A. (2014). *La Demencia Senil: Guía de Apoyo al Cuidador Profesional en el Manejo de las Actividades Básicas de la Vida Diaria*. Recuperado el 24 de Marzo de 2018, de Universidad Pública de Navarra: <http://academica.e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11228/AlejandraRotaZaratiegui.pdf?sequence=1>
- Sánchez Griese, Germán. (2015) «La vida consagrada». Catholic.net. Consultado el 9 de abril de 2018.
- Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Ley 1276 DE 2009. Available Recuperado el 14 de marzo de 2018 from:<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=34495>.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1990). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Barcelona: Paidós. recuperdo el 03 de 04 de 2018.
- Tamayo y Tamayo, M. (2003). Recuperado el 03 de abril de 2018. *El Proceso de la Investigación Científica*. Bogotá, Colombia: Limusa.
- Valle-Alonso, M. (2014), *Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor*. www.elsevier.es/reu recuperado el 05 de 04 de 2018.
- Vargas-Escobar, L. (2012). *Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer*. Recuperado el 21 de Marzo de 2018, de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/62-76/pdf>
- Vega-Angarita OM, Garnica-Flórez MV, Rincón-Sepúlveda JJ, Rincón-Aguirre LM. Calidad de vida de los cuidadores familiares de los adultos mayores con enfermedad crónica. *Rev. cien. ciudad*. 2014; 11(2): 84-95. Recuperado el 08 de abril de 2018

Apéndices

Apéndice A: entrevista semiestructurada

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

TRABAJO DE GRADO

Objetivo: determinar de qué manera influye la vocación religiosa de la población a estudiar, con respecto al afrontamiento de eventos estresores por su labor como cuidadoras, y de qué manera su salud se ha visto afectada ejerciendo dicha labor

Entrevista Semiestructurada	
1.	¿De qué manera decidió ser religiosa?
2.	¿Cómo novicia como fue su experiencia con la población de adultos mayores por primera vez?
3.	¿Desde su ingreso a la congregación que proceso formativo ha tenido para desempeñarse como cuidadora del adulto mayor?
4.	¿Cuál ha sido el mayor aporte dentro de la congregación?
5.	¿Cuál ha sido el mayor desafío dentro de la congregación?
6.	¿Cuáles son sus respuestas como religiosa cuando enfrenta situaciones de estrés o sobre carga en el trabajo?
7.	¿Se han cumplido las expectativas que tenía como religiosas frente al cuidado del adulto mayor?

8.	¿Cómo ha sido su crecimiento personal y profesional dentro de su vocación religiosa?
9.	¿Qué situaciones le generan estrés en el ejercicio de su labor, y como las afronta dentro de su vocación?
10.	¿Cuál cree que es la diferencia entre el cuidado que pueda ofrecer al adulto mayor, una persona religiosa y quienes no lo son?
11.	¿Cómo maneja usted como religiosa los sentimientos negativos que en situaciones en su labor como cuidadora le generan?
12.	¿Cuáles son los mecanismos que utiliza para el manejo de situaciones cotidianas entre los adultos mayores?
13.	¿Qué capacidad de elección tiene frente a las labores dentro de la institución, y como le afectan las que no son de su agrado?
14.	¿habla con alguien de confianza cuando algo le disgusta en su trabajo?
15.	¿Cuándo tiene momentos de dificultad de qué manera busca solucionarlos?
16.	¿Qué alternativas busca cuando las cosas se tornan difíciles entre las demás cuidadoras?
17.	¿Con que regularidad asiste al médico?
18.	¿De qué manera se ha visto afectada su salud desde que ejerce como cuidadora?
19.	¿En el momento padece de alguna enfermedad a causa de su rol como cuidadora?
20.	¿En la actualidad toma algún medicamento?

Apéndice B: Formato consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA

La presente investigación tiene como finalidad analizar el síndrome de burnout en las religiosas del asilo Hogar San José a cargo del cuidado de los adultos mayores de esa institución.

Para realizar la investigación, se hace necesario conversar con las personas mediante la realización una entrevista semiestructurada, y luego serán transcritos para poder realizar el análisis de la información recolectada.

La entrevista se realizará de manera individual por la investigadora en un espacio privado, la investigadora además tomará los apuntes que considere necesarios.

Todos estos datos serán conocidos únicamente por la investigadora, en ellos no se incluirá información que permita identificar a las personas participantes en el estudio y serán utilizados con fines estrictamente académicos y científicos y se mantendrán en todos los casos el principio de **confidencialidad**, siguiendo los lineamientos de las normas científicas, técnicas administrativas y éticas para la investigación en salud del Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia resolución N° 0008430 de 1993 consignados en el título II de la investigación en seres humanos artículos 5,6,8,11,14. Una vez

La investigadora me han informado:

Que el instrumento que se utilizará para recoger la información es una entrevista semiestructurada, cuyas respuestas serán codificadas o categorizadas.

Que la participación en esta investigación no representa ningún peligro para mi salud física ni mental, que se pueden realizar preguntas en cualquier momento de la entrevista, las cuales serán atendidas por la psicóloga en formación que la está realizando; que estoy en la libertad de no responder si alguna pregunta me resulta incómoda.

Que mi participación es completamente libre y voluntaria, que como tal, puedo retirarme de la entrevista y/o de la investigación cuando lo considere pertinente, manifestando mis razones, las cuales serán respetadas a cabalidad.

Que durante la investigación no debo realizar ningún tipo de inversión económica, así como tampoco recibiré compensación monetaria por mi participación en ella.

Que si existiera duda o surgiera cualquier inquietud puedo aclararlas con cualquiera de los investigadores, cuyos datos se encuentran al pie de este formato.

En consecuencia, Yo, _____
_____ identificado con Cédula de Ciudadanía Número
_____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han
sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en
el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos y consiente de todo ello acepto
participar de manera voluntaria de esta investigación a través del desarrollo de una entrevista.

Participante. Fecha

Testigo. Fecha

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y
los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica
su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene
alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar
investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y
respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador Fecha

Investigadores: Julio Annicchiarico Lobo, Celular 3187542642; Monica Fajardo López, Celular
3108865254; Diva Jaimes Parada, 3112496664

Apéndice C: cartilla.



SINDROME DEL CUIDADOR

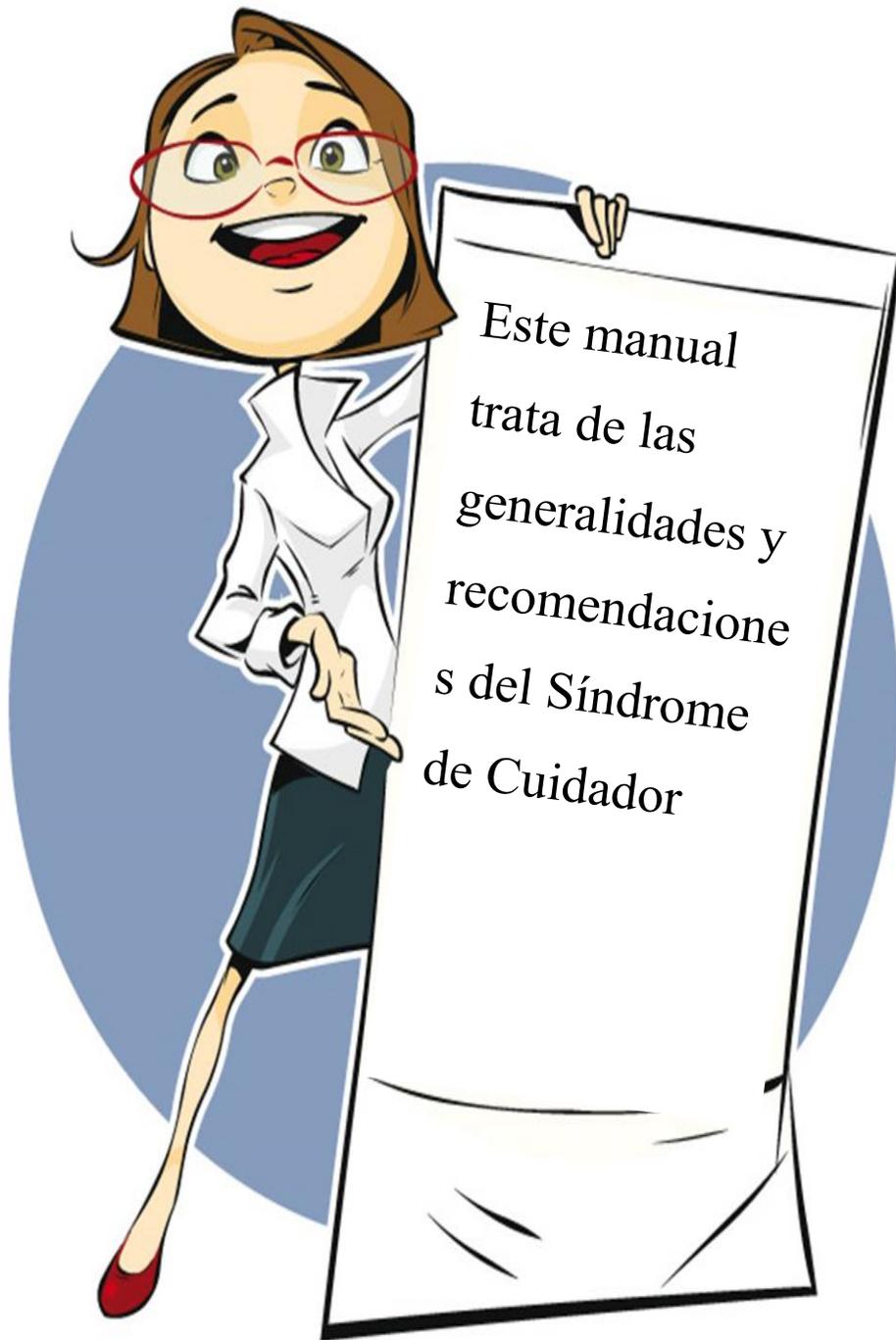
Gina Patricia Rodríguez Cuervo

Epígrafe



*Las cosas hechas con
el corazón son las
acciones más dulces
de la vida.*

**Pablo A. Barredo, Diario de un
Cuidador**



¿Qué es el Síndrome del Cuidador?

El síndrome del cuidador refiere a aquellas personas que sufren el desgaste físico, psicológico y de su salud en general en el cuidado constante y continuado del enfermo (usualmente de Alzheimer, aunque puede ser por cualquier otra enfermedad, usualmente crónica, mental, o los cuidados de la vejez).

- ❖ La enfermedad no sólo se interpone en la vida del afectado, sino que también es un mal con unas consecuencias psicológicas devastadoras para todos aquellos que le rodean y cuidan de él.
- ❖ El malestar psicológico puede derivar en otros de tipo físicos o agravar ese estado psicológico hasta el punto que la persona puede llegar a caer en depresión.
- ❖ Por eso se considera una premisa fundamental el darle todo el apoyo a aquella o aquellas personas encargadas al cuidado del enfermo.

¿...y a mí quién me cuida?



OTRA DEFINICIÓN:

El síndrome del cuidador es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente, ya sean familiares o profesionales de la salud.

Antecedentes

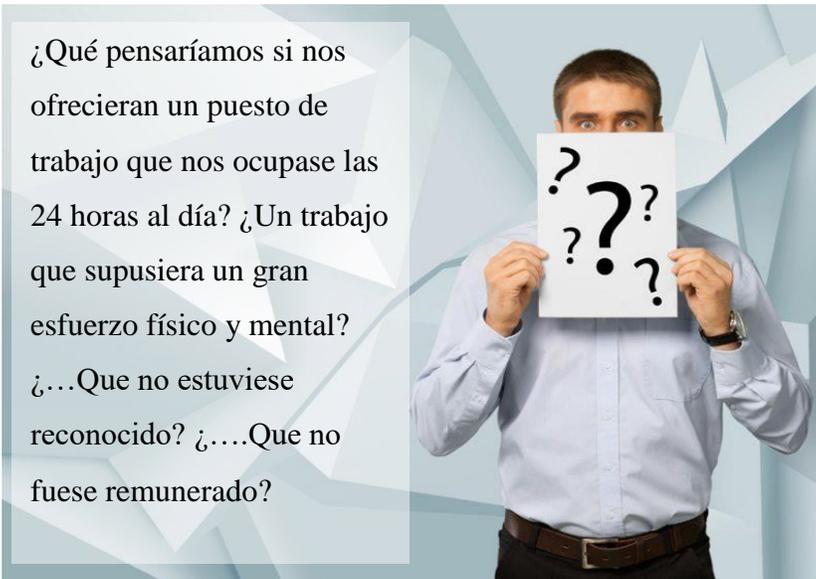
El síndrome del cuidador tiene su primera referencia en el síndrome de “Burnout”, descrito por Herbert J. Freudenberger, psicólogo estadounidense (Frankfurt am Main 1927 - New York, 1999). Quien fue uno de los primeros en describir los síntomas de agotamiento profesional y llevar a cabo un amplio estudio sobre el “Burnout”.

En 1980, publicó un libro que trata con el desgaste. Este libro se ha convertido en una referencia para todos aquellos interesados en este fenómeno.

La Asociación Estadounidense de Psicología le entregó la Medalla de Oro por una vida contribuyendo a la psicología en 1999.



¿Cómo se manifiesta el Síndrome del Cuidador?



¿Qué pensaríamos si nos ofrecieran un puesto de trabajo que nos ocupase las 24 horas al día? ¿Un trabajo que supusiera un gran esfuerzo físico y mental? ¿...Que no estuviese reconocido? ¿....Que no fuese remunerado?

La persona que “cuida” a otra puede desarrollar episodios de estrés de variable intensidad. Se trata de un trastorno con unas implicaciones graves tanto a nivel físico como psicológico.

Este es un síndrome poco conocido, también llamado “**fatiga de compasión**”, que afecta cada vez a más

trabajadores del mundo sanitario, así como familiares.

Perfil del cuidador

Mujer de edad media, familiar directo del afectado (pareja, madre, hija, o bien puede ser el padre, hijo...), muy voluntariosa/o, trata de compaginar el cuidado de su familiar con sus responsabilidades ordinarias, cree que ésta será una situación llevadera y que no se prolongará demasiado tiempo y espera ser ayuda por su entorno más cercano.



¿Tienes síndrome del cuidador?

Quien suele pasar por esta situación se responsabiliza de forma única la mayoría de las veces de un familiar enfermo dependiente. Este síndrome ha existido social y culturalmente en el silencio de las casas y arropado por el machismo que pues muchas veces se asume en ciertas culturas y sociedades que las esposas o hijas lo heredan como “su deber”.

Se tienen sentimientos como cansancio, desesperanza, depresión, y muchas veces sentimientos ambivalentes como rabia, hostilidad encubierta hacia el enfermo, y a la vez, sentimientos de culpa por generarse este tipo de emociones negativas.

Suele desconectarse totalmente de sus propias necesidades para entrar en una rueda de codependencia en el que solo puede vivir si uno se siente necesario para los demás.

La intensidad del síndrome varía según los apoyos familiares, sociales y el aislamiento. Las ayudas que otros miembros de la familia puedan dar serán imprescindibles para ayudar a la persona que padece el síndrome del cuidador, una persona que vive para cuidar de los demás pero no es capaz de cuidarse a sí misma.

Generalidades

Malestar físico y psicológico que pueden experimentar los cuidadores de pacientes con limitaciones. Se manifiesta como dificultades, malestar físico y mental y trastornos mentales.



Se dan dos tipos de cuidadores:

A: Familiares

B: Profesionales (enfermeras, trabajadores sociales, médicos, terapeutas, etc.)

Por lo general, son los hijos del paciente limitado, y por lo general mujeres las afectadas por este síndrome.

Factores predisponentes

- Acumulación de estresores.
- B. Actividades que exigen dependencia.
- C. Cambios conductuales del paciente.
- D. Costos económicos.
- E. Limitación de actividades.



Características

Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico.

La persona tiene que afrontar de repente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía.

Se considera producido por el estrés continuado (no por una situación puntual) en una lucha diaria contra la enfermedad (áreas monótonas y repetitivas), y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador.

Se presenta especialmente en quienes tienen que someterse a cuidar adultos mayores con algún grado de alteración o deficiencias de orden neurológico o psiquiátrico, como por ejemplo el Alzheimer.



- a. Trastornos del sueño.
- b. Irritabilidad.
- c. Altos niveles de ansiedad.
- d. Reacción exagerada a críticas.
- e. Dificultad en relaciones interpersonales.
- f. Desesperanza.
- g. Resentimiento.
- h. Ideación suicida o de abandono.
- i. Dolores.
- j. Cansancio.
- k. Aislamiento y pérdida de interés.
- l. Dificultades para concentrarse y alteración de la memoria.



¿Cuáles son los síntomas del Síndrome del Cuidador?

Síntomas Físicos:

Los cuidadores principales suelen tener peor salud que los miembros de la familia no cuidadores y corren riesgo de sufrir mayor incidencia de problemas orgánicos y fisiológicos tales como (Gallant y Connell, 1998; Schulz y cols, 1995; Webber y cols, 1994):

- Trastornos osteomusculares y dolores asociados
- Patologías cardiovasculares
- Trastornos gastrointestinales
- Alteraciones del sistema inmunológico
- Problemas respiratorios
-

No obstante, aun padeciendo estos trastornos, no suelen acudir a consultas médicas. Así mismo realizan menos “conductas de cuidado de la propia salud”, como no dormir lo suficiente, alimentarse de forma inadecuada, no vacunarse, no realizar ejercicio físico, abusar del tabaco o alcohol, consumir en exceso ansiolíticos e hipnóticos, incumplir los tratamientos médicos, etc.

Síntomas Psicológicos

La salud mental de los cuidadores principales suele verse más afectada que la salud física:

- Problemas clínicos: (Depresión, ansiedad, estrés, hipocondría, etc)
- Problemas psicosomáticos: (dolor de cabeza, pérdida de apetito, temblor, problemas gástricos, palpitaciones, vértigo, alergia inmotivada, insomnio, problemas de memoria y concentración, etc)
- Problemas emocionales: Si bien los sentimientos son algo natural, en el cuidador se convierten en algo perturbador, debido a que no saben controlarlos.

Las reacciones emocionales son variadas:

- a. Tristeza
- b. Preocupación
- c. Soledad
- d. Irritabilidad
- e. Culpabilidad
- f. Depresión



RECOMENDACIONES

La intervención psicológica recomendada es la cognitivo conductual, es decir, debería centrarse en la modificación de aspectos cognitivos (pensamientos y emociones que puedan estar facilitando el trastorno) y en la intervención sobre las determinadas conductas.



Para evitar caer en el síndrome del cuidador se recomienda

1. Informarse muy bien sobre los cuidados que precisa la persona a la que va a cuidar. Para ello puede consultar con su médico.
- 2 Descanse cada día lo suficiente.
- 3 Evite auto medicarse.
- 4 Vaya a su médico siempre que se encuentre mal, no lo deje para más adelante y no ponga excusas para no ir. Realice los seguimientos que sean necesarios si padece alguna enfermedad (hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, etc.).
- 5 Procure mantener sus amistades y acudir a reuniones sociales y actividades que le permitan seguir ampliando sus redes sociales.
- 6 Siga realizando algunas de las actividades y hobbies que siempre le han gustado (ir al cine, pasear, hacer ejercicio, ir a la piscina, hacer punto, hacer crucigramas,...).
- 7 No se sienta culpable por reírse o pasarlo bien, si usted es feliz le será más fácil sobrellevar la situación.
- 8 Cuide su aspecto físico, esto mejorará su bienestar psicológico.

9 Ha de tener un tiempo a la semana para usted mismo, de forma que debe buscar ayuda de un familiar, un amigo, o un asistente que cuide del enfermo durante ese tiempo que le pertenece.

10 También es importante tener unos días de vacaciones al año, después de lo cual verá las cosas de forma diferente.

11 Prepararle para la situación de duelo que deberá enfrentar en un futuro (si se valora que no cuenta con estrategias de afrontamiento efectivas).



Psicoterapia grupal

Esta terapia es muy importante, el objetivo es entrenarle en habilidades sociales y resolución de problemas ya sean internos (ej. decidir dedicar más tiempo a su propia salud) o externos (ej. pedir apoyo a familiares y amigos). El grupo tiene importantes beneficios:

1. El terapeuta les ofrece información detallada sobre el trastorno que padecen.
2. Encuentran el apoyo de otras personas en situaciones parecidas, de forma que pueden ver nuevas formas para resolver sus problemas.
3. Les ayuda a superar su aislamiento, lo cual puede animarles a buscar más contactos sociales fuera del grupo.

4. Escuchar y compartir experiencias con personas en situaciones similares les proporciona alivio emocional.

5. El hecho de saber que sus opiniones y conocimientos son escuchados y valorados puede aumentar su autoestima.



Bibliografía

http://search.yahoo.com/search?fr=chrgreentree_sf&ei=utf-&ilc=12&type=748931&p=s%C3%ADndrome%20del%20cuidador)

(<http://psicologoadistancia.com/wp/articulospsicologicosoriginales/el-sindrome-delcuidador/>)

(http://es.wikipedia.org/wiki/Herbert_Freudenberger)

(<http://www.siquia.com/2013/06/el-sindrome-del-cuidador-el-estres-de-ladependencia/>)

(<http://www.slideshare.net/jairoandrescastropenalaza/carga-del-cuidador>),

Revista colombiana de psiquiatría volumen XXXVI “Síndrome de carga del cuidador”.

(<http://psicologoadistancia.com/wp/articulospsicologicosoriginales/el-sindrome-delcuidador/>)

SINDROME DEL CUIDADOR



Universidad de Pamplona
Facultad de Salud
Departamento de Psicología