

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

*Tesis para optar por el grado de Licenciatura en
Psicología*

**PERFIL DE CARACTERÍSTICAS DE
LOS CUIDADORES INFORMALES DE
PACIENTES DEL GRAN ÁREA
METROPOLITANA**

SUSTANTE:

BEATRIZ ALEJANDRA CORDERO PÉREZ

TUTORA:

INTI ÁLVAREZ CASTRO

Enero, 2018.

DEDICATORIA

A mis padres, quienes han sido mis pilares tanto en el ámbito profesional como personal, mi madre, Norma Patricia Pérez ha estado en cada paso que he dado, su ayuda y amor incondicional me mantuvo fuerte durante todo el proceso, mi padre Juan Carlos Cordero, quien se encuentra con Dios desde hace algunos años, me inculcó esfuerzo, perseverancia y pasión para conseguir todas mis metas y sueños propuestos.

A mis hermanos, Marco Cordero y Daniel Núñez, quienes me ayudaron y orientaron mucho en todos los años de carrera universitaria, además estuvieron en momentos claves que me motivaron a realizar esta investigación.

A mi abuela, Norma Salazar, quien siempre le pide a Dios por mí y me da fuerzas para seguir adelante en todas mis metas y mis proyectos, además, quien me ha consentido todos los años de mi vida.

A mi pareja Alonso Villalobos, quien con su apoyo, amor y comprensión incondicional me ayudo a mantenerme enfocada y persistente para realizar este hermoso proyecto.

Por último, esta investigación va dedicada a todas aquellas personas que están o estuvieron fungiendo como cuidadores de algún familiar enfermo, su dedicación, compromiso y amor

hacia su familiar son las bases para brindar una mejor calidad de vida a quienes dependen de sus cuidados continuos.

AGRADECIMIENTO

A Dios, quien me ha brindado la fortaleza, la fe y la perseverancia necesaria para afrontar los duros obstáculos que se han presentado durante algunos momentos de mi vida y poder así culminar mis estudios universitarios.

A mi familia, quienes me ayudaron y apoyaron durante todos los años de estudio, me alentaron en momentos difíciles y me recordaron el potencial que tenía para afrontar diversas situaciones, además, siempre confiaron en mí y esa confianza depositada fue esencial para culminar esta meta.

A mi tía Flora Pérez y mi amiga Joselyn Salas, quienes me ayudaron con la obtención de la muestra de estudio, ya que ambas me brindaron la información de cuidadores que se encontraban anuentes en la participación de la investigación.

A mi tutora Inti Álvarez, quien con su compromiso, entrega, conocimiento y empatía fue fundamental para la culminación de este proyecto.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE DE TABLAS.....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	x
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1.1 Antecedentes del problema.....	14
Antecedentes Internacionales.....	14
Antecedentes Nacionales.....	20
1.1.2 Delimitación del problema.....	24
1.1.3 Justificación.....	24
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	27
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	27
1.3.1 Objetivo general.....	27
1.3.2 Objetivos específicos.....	28
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	29
2.1. EL CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	30
2.1.1 Cuidadores.....	30
2.1.2 Tarea principal del cuidador.....	34
2.1.3 Características de los cuidadores.....	35
2.1.4 Tipos de cuidadores.....	39
2.2. Depresión.....	42
2.2.1 Depresión en cuidadores.....	42
2.2.2 Síntomas de depresión en el cuidador.....	44
2.2.3 Causas de la depresión en cuidadores.....	45
2.2.4 Modelo para la depresión.....	47
2.3 Sobrecarga del cuidador informal.....	50
2.3.1 Síntomas de la sobrecarga en cuidadores.....	52

2.3.2 Causas y consecuencias de la sobrecarga en cuidadores informales	53
2.3.3 Modelos para la sobrecarga.....	56
CAPÍTULO III.MARCO METODOLÓGICO	58
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	59
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	60
3. 3 UNIDADES DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	60
3.3.1 Muestra	61
3.3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	62
3.7 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	72
3.7.1 Primera Fase: Análisis bibliográfico.....	72
3.7.2 Segunda Fase: Selección de instrumentos y de muestra.....	72
3.7.3 Tercera Fase: Recolección de Datos.....	72
3.7.4 Cuarta Fase: Análisis de Datos.....	73
CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	74
4.1 Generalidades	75
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	101
5.1 Interpretación o explicación	102
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	110
6.1 Conclusiones.....	111
6.2 Recomendaciones.....	113
BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA	115
GLOSARIO Y ABREVIATURAS	123
ANEXOS	124
Anexo N° 1. Ficha sociodemográfica.....	124
Anexo N° 2 Escala de Depresión de Beck.....	125
Anexo N° 3 Escala de Sobrecarga de Zarit.....	128
Anexo N° 4 Declaración Jurada.....	130
Anexo N° 5 Carta del Tutor	132
Anexo N°6 Carta de aprobación del Lector.....	133
Anexo N°7 Carta de aprobación del Filólogo.....	134

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LA MUESTRA.....	62
TABLA N° 2 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	67
TABLA N° 3 FRECUENCIA DE LAS EDADES QUE COMPRENDEN LA MUESTRA OBTENIDA DEL GAM, 2017.....	77
TABLA N° 4 FRECUENCIA DEL NIVEL EDUCATIVO QUE POSEEN LA MUESTRA DE LOS CUIDADORES INFORMALES OBTENIDA DEL GAM, 2017.	78
TABLA N° 5 FRECUENCIA DEL ESTADO CIVIL DE LOS CUIDADORES INFORMALES, 2017.....	80
TABLA N° 6 FRECUENCIA DEL PARENTESCO DE LA MUESTRA DE LOS CUIDADORES INFORMALES Y LOS PACIENTES QUE CUIDAN, 2017.....	84
TABLA N° 7 FRECUENCIA DE LAS EDADES QUE COMPRENDEN LOS PACIENTES, 2017.	85
TABLA N° 8 FRECUENCIA DE LAS DIFERENTES ENFERMEDADES QUE POSEEN LOS PACIENTES, 2017.....	86
TABLA N° 9 FRECUENCIA DEL HORARIO DE CUIDO QUE POSEEN LA MUESTRA DE LOS CUIDADORES INFORMALES OBTENIDOS EN EL GAM, 2017.	88

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N° 1 SEXO DE LOS CUIDADORES INFORMALES QUE COMPRENDEN LA MUESTRA OBTENIDA EN EL GAM, 2017.	76
FIGURA N° 2 NIVEL EDUCATIVO DE LOS CUIDADORES INFORMALES QUE COMPRENDEN LA MUESTRA OBTENIDA EN EL GAM, 2017.	79
FIGURA N° 3 ESTADO CIVIL DE LOS CUIDADORES INFORMALES QUE COMPRENDEN LA MUESTRA OBTENIDA EN EL GAM, 2017.	81
FIGURA N° 4 PORCENTAJE DE MUESTRA DE CUIDADORES INFORMALES OBTENIDOS EN EL GAM QUE TRABAJAN, 2017.	82
FIGURA N° 5 CANTIDAD DE PACIENTES QUE CUIDAN LOS CUIDADORES INFORMALES QUE COMPRENDEN LA MUESTRA OBTENIDA EN EL GAM, 2017.....	83
FIGURA N° 6 NIVELES DE DEPRESIÓN QUE PRESENTAN LA MUESTRA DE LOS CUIDADORES INFORMALES OBTENIDA EN EL GAM, 2017.	89
FIGURA N° 7 NIVELES DE SOBRECARGA DE LOS CUIDADORES INFORMALES QUE COMPRENDEN LA MUESTRA OBTENIDA EN EL GAM, 2017.	95
FIGURA N° 8 PORCENTAJES DE LA MUESTRA DE CUIDADORES INFORMALES QUE PRESENTA AMBAS PATOLOGÍAS EN EL GAM, 2017.	100

RESUMEN

Cuando surge alguna enfermedad que amerite cuidado continuo en un miembro del núcleo familiar, alguno de estos en forma voluntaria asume el rol de cuidador informal, con el fin de suplir las demandas y necesidades del paciente dependiente, esto sin retribución económica, lo que cambia así su estilo de vida y su autonomía. Debido a esto, el cuidador informal tiende a desarrollar algún nivel de depresión y/o sobrecarga.

La presente investigación tiene como objetivo describir el perfil de las y los cuidadores informales de pacientes, sus características sociodemográficas y los niveles de depresión y sobrecarga que poseen.

Esta investigación se realiza con un enfoque cuantitativo y de tipo descriptivo, con una muestra de 100 cuidadores informales de pacientes del Gran Área Metropolitana.

Los datos obtenidos se dieron a raíz de tres instrumentos utilizados, los cuales fueron un cuestionario sociodemográfico, con el fin de conocer las diferentes características que poseen la muestra obtenida de la población de cuidadores informales, el cuestionario de depresión de Beck utilizado con el fin de determinar los niveles de depresión de los participantes que conforman la muestra y la escala de sobrecarga de Zarit utilizada para medir los niveles de sobrecarga de los cuidadores informales que participaron en el presente estudio.

Los resultados obtenidos evidenciaron que el perfil de la muestra de cuidadores del GAM mayoritariamente, el 84% son de sexo femenino, el 38% están casados (as), además, el 26% poseen solamente la secundaria completa, el 57% se dedica a quehaceres del hogar, como cuidadores, el 53% cuida a los padres, además, las enfermedades más frecuentes son el deterioro cognitivo, con una frecuencia de 23 veces y el síndrome de fragilidad, con una frecuencia de aparición de 19 veces, a su vez, los cuidadores tienden cuidar a su familiar en jornada completa.

Según Crespo-López y López –Martínez (2007) pertenecer al sexo femenino puede ser determinante para el rol de cuidador, ya que en términos culturales, la mujer se ha visto afectada por los dogmas sociales a partir del estereotipo de “cuidadora” y “madre”, por lo cual, mayoritariamente se le asocia con la adopción del rol de cuidadora.

Respecto a los niveles de depresión, los resultados obtenidos de la muestra revelan que 4% posee depresión grave, el 7% depresión moderada, el 19% depresión leve y el 70% no presenta ningún nivel depresión. Adicionalmente, los resultados de los niveles de sobrecarga indican que el 44% de la muestra no posee sobrecarga, el 22% posee sobrecarga leve y el 34% restante posee sobrecarga intensa.

Por último, los datos evidencian que solamente el 25% de la muestra presenta ambas patologías.

Palabras clave: Cuidadores informales, características sociodemográficas, depresión, sobrecarga.

ABSTRACT

When a disease arises that merits continued care in a member of the family nucleus, some member voluntarily assumes the role of informal caregiver, in order to meet the demands and needs of the dependent patient without economic retribution, thus changing their lifestyle and your autonomy Because of this, the informal caregiver tends to develop some level of depression and / or overload.

The objective of this research is to describe the profile of informal caregivers of patients, their sociodemographic characteristics and the levels of depression and overload they have.

This research is carried out with a quantitative and descriptive approach, with a sample of 100 informal caregivers of patients from the Greater Metropolitan Area.

The data obtained were based on three instruments used, which were a sociodemographic questionnaire, in order to know the different characteristics of the sample obtained from the population of informal caregivers, the Beck depression questionnaire used in order to

determine the depression levels of the participants that make up the sample and the Zarit overload scale used to measure the levels of overload of the informal caregivers who participated in the present study.

The results obtained showed that the profile of the sample of GAM caregivers, 84% are female, 38% are married (as), in addition, 26% have only complete high school, 57% are dedicated to chores of the home, as caregivers, 53% take care of the parents, in addition, the most frequent diseases are the cognitive deterioration, with a frequency of 23 times and the syndrome of fragility, with a frequency of appearance of 19 times, in turn , caregivers tend to take care of their family member full-time.

According to Crespo-López and López -Martínez (2007) belonging to the female sex can be determinant for the role of caregiver, since in cultural terms, women have been affected by social dogmas from the stereotype of "caregiver" and " mother ", for which reason, it is mostly associated with the adoption of the role of caregiver.

Regarding levels of depression, the results obtained from the sample reveal that 4% have severe depression, 7% have moderate depression, 19% have mild depression and 70% have no depression level. Additionally, the results of the overload levels indicate that 44% of the sample does not have an overload, 22% have a slight overload and the remaining 34% have an intense overload.

Finally, the data show that only 25% of the sample shows both pathologies.

Key words: Informal caregivers, sociodemographic characteristics, depression, overload.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

En Costa Rica se han realizado diversas investigaciones acerca de los cuidadores informales, sin embargo, estas no se encuentran enfocadas en la descripción de su perfil como en la presente investigación, los abordajes tienen que ver más con otras ciencias de la salud, como desde la Medicina y Enfermería, que han desarrollado diversas guías para el cuidador (Murillo-Badilla, 2015), (Álvarez-Briceño, 2015), (Araya-Sandoval, 2015), desde el aspecto de necesidad primaria para el paciente, ante lo cual, las características de los cuidadores así como los efectos del cuidado se han dejado por fuera de las investigaciones, a pesar de que la capacidad de cuidado va a depender más de las características de la persona y de los niveles de sobrecarga que de los conocimientos técnicos que tenga.

Específicamente, desde la Psicología, se pueden observar estudios que tratan acerca del cambio y estilo de vida, el autocuidado en los cuidadores y el cambio de roles, (Alfaro-Vargas, 2016), (Salazar-Rojas, 2015), (Montero-Cascante & Guzmán-Díaz, 2015), adicionalmente, hay poca reproducción investigativa acerca del perfil y los niveles de sobrecarga y/o depresión que puede experimentar el cuidador informal.

Antecedentes Internacionales

A nivel internacional se han realizado algunos estudios acerca del perfil de los cuidadores informales y los diferentes estados de ánimo como los niveles de depresión y los niveles de sobrecarga que pueden presentar, estos se presentan a continuación.

1. Cabada-Ramos y Martínez-Castillo (2017) “Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor” . Esta investigación tuvo como objetivo identificar la prevalencia del síndrome de sobrecarga y la sintomatología ansiosa depresiva en los cuidadores del adulto mayor mediante la aplicación de la Escala de Sobrecarga de Zarit y las Escalas de Depresión y de Ansiedad de Beck, además, se realizó un cuestionario sociodemográfico con el fin de realizar el perfil de los cuidadores que conformaban la muestra.

En el método utilizado para la recolección de datos se aplicó un formato de entrevista estructurada con datos acerca de sexo, edad, escolaridad y parentesco con el enfermo; estado civil, ocupación. Además, se aplicaron los instrumentos: Escala de Sobrecarga de Zarit y las Escalas de Depresión y de Ansiedad de Beck en una muestra de 56 cuidadores primarios inscritos en el programa de Atención Domiciliaria al Enfermo Crónico Degenerativo (ADEC), puesto en práctica en la Clínica Hospital ISSSTE de la ciudad de Orizaba (México).

Los resultados acerca del perfil de los cuidadores destacó que el 20% de la muestra eran hombres y el 80% restante eran mujeres, respecto a la ocupación, se indicó que el 61% de la muestra se ocupaba de las tareas del hogar a diferencia del 39% que poseía un trabajo, en el estado civil se demostró que el 46% eran casados y el 54% eran solteros, la escolaridad de los cuidadores en la investigación indicó que el 13% de la muestra tenía la primaria, el 18% la secundaria, y el 39% la licenciatura. El resultado según el parentesco de los cuidadores y sus pacientes indicó que el 66% eran hijos, el 8% cónyuge, el 13% nietos y otros (nueras, tios, etc) eran el 13%. Adicionalmente se indicó que el 52% de los cuidadores mostraba el síndrome del cuidador, 36% depresión y 98% ansiedad.

2. La investigación cubana de Pérez-Perdomo, Cartaya-Poey y Olano-Montes de Oca (2012), “Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer”. Esta investigación tuvo por objetivo identificar las variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores de adultos mayores con deterioro cognitivo leve y moderada que asistieron a la Consulta de Trastornos Cognitivos del Hospital Carlos J. Finlay.

La investigación fue de naturaleza descriptiva que incluyó una muestra de 100 cuidadores de adultos mayores con deterioro cognitivo leve y moderado de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV. El método de recolección de datos que se utilizó fue mediante la aplicación de un cuestionario sociodemográfico que tenía por objetivo recolectar datos que

permitieran caracterizar la población objeto del estudio, posteriormente se aplicó el cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit.

El resultado que brindó esta investigación, muestra que dentro de las características socio-demográficas se puede observar que el 84 % correspondieron al género femenino, para el estado civil se indicó que el 61 % eran casados, el 28% eran solteros y el 11% eran viudos. En relación al nivel educativo, predominó el nivel superior con un 47%, seguido con un 43% el preuniversitario completo y un 10 % correspondió al nivel educacional de hasta secundaria completa, además, se pudo observar que el 71 % de los cuidadores principales no poseen un trabajo y solo el 29% de ellos se mantenían vinculados laboralmente, adicionalmente, el 49% de los cuidadores principales son los hijos de los pacientes, seguidos de los cónyuge con un 28% y un 23% otros, categoría que agrupa a las nueras, hermanos, nietos, sobrinos y amigos o vecinos.

Además, en relación con la sobrecarga, el 74 % de la muestra experimentó algún nivel de sobrecarga, de los cuales el 70 % presentó una sobrecarga leve y el 30 % una sobrecarga intensa en el momento de la investigación. El 26 % de cuidadores principales estudiados no presentaban sobrecarga en el momento del estudio.

3. En Colombia se realizó una investigación por parte de Pinzón-Rocha, Aponte-Garzón y Galvis-López (2012) denominada “Perfil de los cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas y calidad de vida, Villavicencio, Meta, 2011”,

que tuvo por objetivo describir el perfil de los cuidadores informales de personas en cronicidad y la relación con la calidad de vida. Esta investigación fue un estudio descriptivo de tipo cuantitativo, observacional y transversal, con una muestra de 180 cuidadores informales de personas con enfermedad crónica inscritas en el programa de Promoción y Prevención del Adulto Crónico de la Empresa Social del Estado del municipio de Villavicencio, la población seleccionada por método no probabilístico de tipo intencional. Además, la recolección de información se realizó en base a un instrumento diseñado para tal fin que valora el perfil social, educativo, de salud y de desempeño del rol de cuidador y la medición de calidad de vida se hizo a partir de la aplicación del instrumento de calidad de vida de B. Ferrell.

Los resultados de la investigación muestran que la mayoría de los cuidadores son mujeres (79%), con edad promedio de 46,02 años, esposas o hijas de los enfermos crónicos, con niveles educativos bajos (entre primaria a bachillerato incompleto 64%), económicamente dependientes, quienes informan (86%) que no han recibido capacitación para ser cuidadores informales. El cuidador informal muestra en general respuesta adaptativa positiva a su rol pero demanda gran inversión de tiempo y esfuerzo por lo que se recomienda un acompañamiento para mantener la calidad de vida del cuidador y la mejor condición del enfermo crónico en su entorno domiciliario.

4. En México, se realizó una investigación por Rodríguez-Agudelo, Mondragón-Maya, Paz-Rodríguez , Chávez-Oliveros y Solís-Vivanco (2010) “Variables asociadas con ansiedad y depresión en cuidadores informales con enfermedades

neurodegenerativas”. Esta investigación tuvo como objetivo describir las variables demográficas y de cuidado asociadas con niveles de depresión y ansiedad en cuidadores informales con enfermedades neurodegenerativas en una muestra de un total de 125 cuidadores informales de pacientes con enfermedades neurodegenerativas (32% deterioro cognitivo, 31% enfermedad de Parkinson, 15% enfermedad vascular cerebral, 16% esclerosis múltiple, 6% ataxia) asistentes a los Grupos de Apoyo del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía ubicado en la Ciudad de México.

La obtención de datos se realizó mediante un cuestionario de datos demográficos donde se obtuvieron los datos de género, edad, escolaridad, estado civil, situación laboral, parentesco con el paciente, tiempo de cuidado en años y horas de cuidado al día, así como el inventario de Ansiedad de Beck (IAB) y el inventario de Depresión de Beck (IDB) para medir niveles de ansiedad y depresión en los cuidadores.

Los resultados de esta investigación indicaron que en los datos sociodemográficos el 75% de la muestra obtenida eran mujeres, además, el 25% de la muestra tenían edades entre 19 a 45 años de edad, el 43% se encontraba en 46 a 59 años de edad y el 32% tenían más de 60 años de edad. Adicionalmente, se presentó que el 67% de la muestra eran casados y el 65% tenía entre 10 a 19 años de escolaridad, y en cuanto a la situación laboral, el 50% de la muestra poseía un trabajo. El 36% de la muestra era la pareja del paciente y el 60% recibía ayuda de otras personas para cuidar al paciente y el 37% había cuidado a su paciente durante más de 5 años, además, el 40% dedicaba entre 13 y 24 horas en actividades de

cuidado al día. También se demostró que las mujeres presentaron mayor ansiedad y depresión en comparación a los hombres, además, los cuidadores con menor escolaridad presentaron mayor ansiedad y depresión, por último se encontró que los padres cuidadores tenían mayor ansiedad y depresión que otros familiares encargados del cuidado del paciente.

Antecedentes Nacionales

En Costa Rica, se han llevado a cabo algunas investigaciones que comprenden a la población de los cuidadores informales, sin embargo, estudios específicos que abarcan la descripción de las características que se pueden presentar en el perfil de los cuidadores informales, donde se incluyan los niveles de depresión y sobrecarga que pueden manifestar no se han realizado, debido a que las investigaciones de diversas universidades como lo son Universidad de Costa Rica, Universidad Católica, Universidad Iberoamericana, Universidad Nacional y las publicaciones en la Biblioteca Nacional, entre otras, se encuentran dirigidas a la calidad de vida de los pacientes con algún tipo de enfermedad, sin contemplar la salud mental de los cuidadores informales de estos pacientes, tomando a estos como objeto de bienestar del paciente, elaborando así guías de cuidado para brindar mejor calidad de vida.

En Abangares de Guanacaste, se desarrolló una investigación realizada por Rizo-Vega (2016) “Descripción de las características presentes del síndrome de burnout en cuidadores de adultos mayores con Alzheimer del cantón de Abangares, Guanacaste”, tuvo como

objetivo investigar el Síndrome de Burnout en cuidadores de personas adultas mayores con dicha patología dentro del sistema familiar, en una muestra seleccionada de 05 personas cuidadoras del Cantón de Abangares, Guanacaste. La naturaleza del estudio es de tipo descriptivo, con enfoque cualitativo, los instrumentos fueron entrevistas semi-estructuradas.

Los resultados que brindó la mencionada investigación indican que: el Burnout se centran en que la mayoría de los cuidadores son de sexo femenino, cónyuge o hija del enfermo; los factores de riesgos asociados con la aparición del Burnout son el sexo femenino; la auto-eficacia es cuando el cuidador se exige en la realización de las tareas de cuidado, con el fin principal de demostrar su valor personal y dar lo mejor de sí al individuo enfermo; la interacción paciente-cuidador a raíz de los cambios de conducta del adulto mayor cuidado, que pueden producir sentimientos de enojo en el cuidador; el apoyo familiar que se considera de gran importancia para el bienestar del cuidador; y los estresores económicos.

Las áreas más afectadas de los cuidadores que sufren el síndrome se centran en el impacto a nivel psicológico como lo son el temor, tristeza, llanto, enojo, depresión, también, a nivel físico se centran en dolores de cabeza, dolores de espalda, dificultades para conciliar el sueño, además, a nivel laboral se pudo observar que se da la alteración en la economía del cuidador como una consecuencia directa del cambio en su rol de vida, adicionalmente, a nivel social, se evidencio una pérdida de autonomía, tiempo dedicado a sí mismo, a los familiares y amigos, sentimientos de soledad y aislamiento, por último, se pudo observar que a nivel familiar se presentan conflictos con los demás miembros de la familia, originados por opiniones diferentes respecto al tema y además por el poco apoyo brindado en el cuidado del adulto mayor.

La investigación realizada por Enriquez-Gómez (2015) “Fenómenos emocionales del cuidador primario en pacientes con cáncer en etapa terminal, en la provincia de Puntarenas, de enero a octubre 2014”. El objetivo de la investigación fue analizar los fenómenos emocionales del cuidador primario de pacientes con cáncer en etapa terminal en la provincia de Puntarenas, con el fin de dar a conocer las consecuencias psicológicas que conlleva el impacto de la enfermedad y los diferentes cuidados que demanda el paciente sobre el estado de ánimo de los cuidadores primarios. La naturaleza de la investigación fue de tipo descriptiva con enfoque cualitativo, donde se contemplaron 10 entrevistas individuales, conformadas por la participación de 07 mujeres y 03 hombres en edades entre 19 a los 74 años de edad, todos cuidadores de familiares con cáncer en etapa terminal. Los resultados obtenidos de este estudio muestran que esta población es de alto riesgo para el desarrollo del desgaste emocional y del estrés que el rol de cuidador desarrolla en cada una de ellos, esto ocasiona así diversas enfermedades en los participantes.

Otra de las investigaciones localizada fue realizada por Núñez-Jara (2013) “La prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en los familiares cuidadores informales diagnosticados con patologías hematológicas (linfomas y leucemias) usuarios de los servicios del departamento de hematología del Hospital México, durante el tercer trimestre del año 2012”, tuvo como objetivo determinar la prevalencia del síndrome de sobrecarga generada en los familiares cuidadores de los pacientes diagnosticados con patologías hematológicas, para lo cual se utilizó como muestra un total de 54 cuidadores, los cuales asistieron a la consulta externa del servicio de oncohematología durante el mes de

noviembre de 2012 . La naturaleza de la investigación fue de tipo descriptiva con enfoque cuantitativo, donde se implementó como método de recolección de datos un cuestionario de información socio-demográfica y la aplicación de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Los resultados que presentó la investigación explican que el 94% de los cuidadores son de sexo femenino, adicionalmente, el 89% de los cuidadores poseen como ocupación propias del hogar.

Adicionalmente, la investigación evidenció una prevalencia de un 37% de los entrevistados con sobrecarga, mientras que los que no presentan sobrecarga, exteriorizaban una actitud positiva y satisfacción por su rol de cuidado.

En la investigación realizada por Cerdas-González y Loría-Brünker (2012) “Cuidadores(as) familiares primarios(as) de adultos mayores: sus implicaciones y efectos en la vida de quienes asumen esta labor”, tuvo como objetivos estudiar los efectos emocionales, físicos y sociales que experimentan las y los cuidadores primarios de adultos mayores, derivados de la responsabilidad sobre ellos (as) y analizar las necesidades y demandas de los y las cuidadoras primarias de adultos mayores ante las condiciones que implica su situación como cuidadores (as). La naturaleza de esta investigación fue de tipo descriptiva y con enfoque cualitativo, debido a que la metodología se basó en recolectar las vivencias experimentadas de una muestra de 09 cuidadores primarios, adicionalmente dentro de la investigación se entrevistó a un grupo de un total de 08 profesionales de diversas áreas que se encontrarán relacionadas con los cuidadores. Dentro de los resultados

de esta investigación se evidenció que la mayor participación de cuidadores de adultos mayores era de sexo femenino, además, se pudo constatar en el grupo de cuidadores la existencia de efectos emocionales que se centran en sentimientos y emociones positivas ante la atención del adulto mayor, además de sentirse satisfechos de poder cuidar bien de este, sin embargo, una parte de la muestra si manifestó poseer sentimientos negativos ante su rol como cuidador, ya que manifestaron sentirse impotentes ante las enfermedades de los adultos mayores, los efectos físicos se originaron debido al horario del cuidado, ya que estos al haber sido constantes durante el día y la noche manifestaban efectos físicos a raíz de trastornos del sueño y cansancio excesivo y los efectos sociales se centran en el poco tiempo libre que poseen para realizar diferentes actividades fuera de su rol como cuidador.

1.1.2 Delimitación del problema

La presente investigación pretende realizar un estudio descriptivo acerca del perfil del cuidador informal de pacientes y la descripción de los niveles de depresión y sobrecarga en una muestra de 100 cuidadores informales del GAM, durante el período de Junio a Agosto del 2017.

1.1.3 Justificación

Cuando se detecta una enfermedad como el cáncer, deterioro cognitivo, accidentes cerebrovasculares, deficiencia cardíaca, discapacidad, entre otras, que ameriten el cuidado

continuo hacia el paciente, un miembro específico del grupo familiar adquiere un nuevo rol de cuidador informal.

El cuidador informal se define como:

Aquella persona principal responsable del cuidado no profesional del paciente. Reside en su gran mayoría en el mismo domicilio del enfermo, debe estar siempre disponible para satisfacer sus demandas y no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña (Feldberg et al., 2011 citado en Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2012, p. 24).

Según el concepto anterior, el cuidador informal, es aquella persona que está para suplir las demandas y necesidades del paciente dependiente sin retribución económica, por lo cual, este rol es adquirido principalmente por un miembro específico del núcleo familiar, como lo pueden ser: los cónyuges, fungiendo como cuidador de su pareja; padres como cuidadores de hijas o hijos; así como las hijas o hijos como cuidadores de padres y demás miembros fungiendo como cuidadores como abuelos, sobrinos, tíos, entre otros.

El cuidador informal muchas veces debe cambiar su rol y estilo de vida por estar al cuidado continuo de su familiar enfermo que no se encuentra en capacidad de valerse por sí mismo, por lo cual, este cambio de roles y pérdida de autonomía puede influenciar en la aparición de niveles de depresión y sobrecarga (Ruiz-Robledillo & Moya-Albiol, 2012).

Sin embargo, los cuidadores informales, a pesar de las circunstancias y sus cambios en el estado de ánimo, este impacto puede ser impredecible ya que es un cambio progresivo, donde se da la pérdida de autonomía, independencia, el aislamiento social, causado por el cuidado en la mayor parte del día. Estos cuidadores informales adquieren su rol de cuidador de manera voluntaria, debido a que el cuidador se “idolatra” al paciente enfermo, además, de los sentimientos de amor hacia este (Ruiz-Ríos & Nava- Galán, 2012).

Conocer el perfil de los cuidadores informales de pacientes es importante, ya que, en la mayoría de las enfermedades, se requiere una jornada diurna y otra nocturna, esto costaría al menos dos salarios base a cada familia si un familiar no lo asumiera, y también al estado le cuesta la institucionalización a un costo muy elevado, y desde los antecedentes, se ha evidenciado que el abordaje que se le da los cuidadores es solo en función de su familiar, por lo cual la sobrecarga y o depresión van a ser factores de riesgo tanto para el cuidador como para el cuidado y el resto de la familia, por esto es importante conocer el perfil de los cuidadores con el fin de delinear para las instituciones que trabajan con cuidadores en situaciones de riesgo, para minimizar afecciones y costos tanto públicos como privados.

A nivel nacional, diversas entidades como Fundación Ana Ross, Concejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), Asociación del Alzheimer y otras Demencias de Costa Rica (ASCADA) ,Casa del Cuidador, Asociación de Esclerosis Múltiple (ASOCOEM), Fundación Proyecto Daniel, entre otras, brindan capacitaciones para

cuidadores, sin embargo, muchas de estas tratan de temas directos de cómo cuidar a una persona con una enfermedad, sin embargo, muchas veces se deja de lado la interpretación de cómo se manifiesta este rol en las personas, por lo cual los cuidadores se encuentran a merced de cambios radicales en su vida, y sin el conocimiento ni el acompañamiento necesario para afrontar las situaciones que surgen a través del cuidado continuo, por lo cual los profesionales de la salud deben conocer y empatizar las vivencias de la población y poder así brindar un tratamiento tanto al enfermo como a su cuidador, beneficiando así la población de cuidadores para que estos puedan brindar una mejor calidad de vida.

La presente investigación tiene como fin dar describir el perfil de los cuidadores informales y sus niveles de depresión y sobrecarga, en una muestra del Gran Área Metropolitana.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo es el perfil de los cuidadores informales del GAM y los niveles de depresión y sobrecarga que poseen?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Describir las características del perfil de las y los cuidadores informales de pacientes del GAM

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los cuidadores informales.
- Determinar los niveles de depresión de los cuidadores informales.
- Determinar los niveles de sobrecarga de los cuidadores informales.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. EL CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1.1 Cuidadores

Cuando se detecta una enfermedad en un miembro de la familia, se adquieren nuevos roles dentro del grupo familiar, debido a que cuidar a un familiar enfermo conlleva mucha tarea, sacrificios, cambios de roles de vida y esto puede traer consecuencias en el estado de ánimo del cuidador informal del familiar enfermo.

Según Ruiz-Ríos y Nava- Galán (2012), el cuidador es “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales” (p.164).

Según lo anterior mencionado, el cuidador opta por cambiar su estilo de vida con el fin de poder asistir a su familiar enfermo, debido a que estos poseen un nivel de devoción por la persona enferma, además de los lazos afectivos que comparten con su ser querido, por lo cual asume voluntariamente su cuidado continuo.

El cuidador informal se caracteriza por ser muy servicial, cuidadoso, pensativo y metido en sí, que dedica la mayor parte del tiempo al enfermo, además, este cuidador no es remunerado, por consiguiente muchas veces no poseen una capacitación adecuada para optar por el cuidado de su familiar, sin embargo, se encuentran muy comprometidos con su tarea (Ruiz-Ríos & Nava- Galán, 2012).

Dependiendo del tipo de enfermedad, fase y edad en la que se encuentre el paciente la responsabilidad del cuidador puede variar, ya que existen enfermedades como el Alzheimer en sus primeras etapas, donde el cuidador es más un “acompañante” que un “cuidador” para el paciente, ya que estos aún se pueden atender por sí mismos en sentido de alimentación, baño, necesidades fisiológicas, entre otros, a diferencia de una persona que tenga una enfermedad como el cáncer, este necesita ser acompañado a citas médicas, intervenido después de los procesos como quimioterapia o radioterapia que por ser tan invasivos y necesita cuidado o quienes se encuentran en estado terminal, debido a que necesitan cuidado constantemente ya que estos últimos no se pueden valer por sí mismos (López-Gil & otros, 2009).

Existen una serie de enfermedades que ameritan cuidado continuo la gran parte del día, debido a que el cuidador debe encargarse del suministro de medicamentos, citas médicas, alimentar al enfermo, ayudar al paciente para que pueda hacer sus necesidades, entre otras actividades que pueden desarrollar algún nivel de sobrecarga y/o depresión.

Para el presente estudio, las principales enfermedades de los pacientes que están con cuidados constantes son las siguientes:

Deterioro cognitivo: La Organización Mundial de la Salud (2017) define deterioro cognitivo como “un síndrome –generalmente de naturaleza crónica o progresiva– caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal”. Este síndrome afecta diversas funciones, entre las más afectadas se encuentran la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio, además, este síndrome también viene acompañado por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.

Cáncer: La OMS (2017) define el cáncer como “un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores malignos o neoplasias malignas”.

Traumatismo: La OMS (2017) define el traumatismo como “las lesiones causadas por el tránsito ocasionan pérdidas económicas considerables para las personas, sus familias y los países en su conjunto”. El traumatismo causa lesiones importantes el bienestar físico del paciente, por lo cual, en los casos de mayor importancia ameritan cuidado continuo durante mucho tiempo.

Accidentes cerebrovasculares: El National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2016) indica que:

Un ataque cerebral o derrame cerebral ocurre cuando se altera el flujo de sangre hacia el cerebro. Cuando se presenta un ataque cerebral, un área del cerebro empieza a morir porque deja de recibir el oxígeno y los nutrientes que necesita para funcionar.

Enfermedades cardiovasculares: La OMS(2015) indica que las ECV “son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos que afectan la salud de la población, este tipo de enfermedad es de sumo cuidado debido a que si la persona no tiene los cuidados necesarios puede morir de un infarto cardiaco” (párrafo. 1).

Discapacidad: La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud define la discapacidad como:

Un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes

negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado)
(Citado en OMS, 2016).

Síndrome fragilidad del adulto mayor: Según Romero- Cabrera (2011) el síndrome frágil se denomina como:

La fragilidad es un síndrome fisiológico que se caracteriza por la disminución de las reservas y reducción de la resistencia a los estresores como resultado de la declinación acumulativa de múltiples sistemas fisiológicos que incrementan la vulnerabilidad para resultados adversos de salud, entre los que se encuentran: riesgo de enfermedades agudas, caídas y sus consecuencias (lesiones, fracturas), hospitalización, institucionalización (hogar de ancianos), discapacidad, dependencia y muerte (p. 1).

Todas estas enfermedades requieren tener un cuidado continuo en quien las padece, por lo cual, el cuidador informal asume esta labor con el fin de poder brindarle a su familiar una mejor calidad de vida, por lo cual requiere dedicarse al paciente muchas horas de su día, pudiendo ocasionar algún nivel de sobrecarga y/o depresión que pueda afectar su salud mental y emocional.

2.1.2 Tarea principal del cuidador

Según Nieves-Rico (2015) “el cuidado denota la acción social dirigidos a garantizar la supervivencia social y orgánica de todas las personas, en especial aquellas que carecen o han perdido la autonomía personal, y que necesitan ayuda de otros para realizar los actos esenciales” (p.2).

La tarea fundamental del cuidador se centra en brindar una mejor calidad de vida al familiar dependiente, sin embargo, esta tarea puede representar una gran demanda psicológica, emocional y perceptual para el cuidador, debido a que este necesita modificar su estilo de vida con el fin de poder abarcar todas las necesidades del paciente dependiente.

Además, Ruiz-Ríos & Nava- Galán (2012) indican que la función principal del cuidador es “permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone” (p.164), por lo cual, la falta de apoyo social, la falta de satisfacción con los lazos sociales puede interferir en la vida diaria del cuidador, desarrollando niveles de depresión y ansiedad y así disminuyendo su calidad de vida.

2.1.3 Características de los cuidadores

Rabines-Juárez (2002) define las características sociodemográficas como el “conjunto de características biológicas, sociales, económicas y culturales medibles que se presentan en una población sujeta a estudio” (p.8). Estas características son de suma importancia para las

investigaciones, ya que estas brindan información esencial al investigador, con el fin de conocer la muestra y como pueden influenciar en los resultados obtenidos, debido a que en un mismo país, las diferentes características sociodemográficas de las poblaciones marcan una gran diferencia en la forma perceptual, conductual y emocional a las que puede reaccionar de manera muy distinta cada población.

Según Crespo-López y López-Martínez (2007), el cuidador principal se define como “aquel individuo que dedica una gran parte de su tiempo, medido en número de horas al día, al cuidado de dicho enfermo y que ha realizado las tareas de cuidado durante un mínimo de 6 semanas” (p.19).

Dentro de las características principales de los cuidadores de sus familiares enfermos se pueden mencionar las siguientes:

Cuidadores de número singular: en muchas ocasiones, varios miembros del grupo familiar realizan diversas tareas para el cuidado de su familiar dependiente, sin embargo, las tareas principales suele recaer en un miembro específico quien sería el cuidador principal (Crespo-López y López-Martínez, 2007, p.19), por consiguiente, a pesar de que el cuidado deba verse como trabajo en equipo, se puede denotar el cuidador es de “número singular” ya que este asume el cargo principal respecto a las necesidades y demandas que conlleva ser cuidador de un familiar dependiente.

Sexo y edad del cuidador: Investigaciones previas han brindado diversos resultados acerca del sexo en los cuidadores. En la investigación realizada por IMSERSO en el 2005 (citado en Crespo-López y López-Martínez, 2007), dio como resultado que el cuidador principal suele ser de sexo femenino (84%), en una edad intermedia (M=53 años), ama de casa (44%) y en la mayoría de las ocasiones hija (50%) o cónyuge (16%). Datos similares se encuentran en el estudio de Escudero et al. (Citado en Crespo-López y López-Martínez, 2007) donde el 90,4% de los cuidadores son mujeres, el 54% hijas, tienen una edad media de 59 años, aunque el 69% de los cuidadores es mayor de 64 años.

Además, según por la perspectiva de género, la mujer se ve reflejada culturalmente como cuidadora, debido a que adquiere el papel de esposa, hija o madre devota, ya que existe expectativas no escritas acerca de quién debe elaborar el cuidado, por lo cual estos dogmas sociales recaen en el género femenino (Crespo-López y López-Martínez, 2007).

Algunos autores como Rivera (2001) y Rodríguez (1994) (citado en Crespo-López y López-Martínez, 2007) creen necesario distinguir el cuidador tradicional y el moderno-urbano. El cuidador tradicional es el cuidador que va adoptando su rol de una forma progresiva, esto quiere decir que, este cuidador va adoptando este rol a medida de que los mayores van envejeciendo y van requiriendo cuidados nuevos y continuos, además, es generalmente dado por mujeres como una “extensión de los quehaceres domésticos”(p.21). El cuidador moderno-urbano es el cuidador que adquiere su nuevo rol cuando surge alguna enfermedad en su ser querido, creándose así una relación con el mayor dependiente que no

existía anteriormente, y este puede llegar a generar numerosos conflictos y tensiones y desarrollar así algún nivel de depresión y/o de sobrecarga.

Tamaño y composición de la población: El tamaño y la composición de la muestra puede variar en el tiempo por factores biológicos, culturales, sociales, económicos y políticos, por lo cual para los análisis demográficos se realiza la descomposición del volumen total en subgrupos, por ejemplo por edad y por sexo (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1997).

Natalidad, mortalidad y nupcialidad: Las variables de natalidad y mortalidad son necesarias en las investigaciones ya que estas variables brindan los datos acerca del crecimiento de la población. Adicionalmente, la nupcialidad ha adquirido una gran importancia en el análisis demográfico y social, ya que se puede analizar la conformación y disolución de las relaciones y brindar así datos de importancia de la vida intrafamiliar y la organización de los miembros del núcleo familiar (INEGI, 1997).

Empleo y educación: La educación es una variable fundamental en las investigaciones, debido a que esta es particularmente importante para el desarrollo de los individuos en la sociedad al permitir optar por mayores opciones socioeconómicas a través de la formación y capacitación técnica, profesional y científica en un país, por lo cual se encuentra asociado a la tasa de empleo de una comunidad y/o país, ya que el empleo constituye al medio más importante para la obtención de ingresos que son necesarios para la satisfacción vivencial

de los individuos, originando así mayor tasa de empleo a los individuos que obtienen mayor rango educativo (INEGI, 1997).

Las características sociodemográficas son de suma importancia, debido a que gracias a estas podemos conocer a una población. Para la población de los cuidadores informales de la presente investigación, las características sociodemográficas hacen referencia a la descripción del perfil en cuanto al sexo, edad, escolaridad y características propias de su rol de cuidador.

2.1.4 Tipos de cuidadores

Dentro del tema de los cuidadores informales, existe ese cuidador principal del enfermo, el cual es quien asume el rol y la mayoría de su tiempo se dedica al cuidado de este, este cuidador principal puede ser padres, hijos o cónyuge, quien se dedica a cuidar a la persona por su amor incondicional y entrega, sin embargo, dependiendo del grado consanguíneo puede variar el rol y estado de ánimo ligado a depresión del cuidador principal.

Según Ruiz-Ríos y Nava-Galán (2012) podemos mencionar 03 tipos de cuidadores principales:

Padres como cuidadores: En esta categoría, los padres del hijo que se convierte en persona dependiente derivada de alguna circunstancia, el impacto emocional es mayor,

debido a que se da un regreso del rol el cual se encontraba superado, adicionalmente, se da la modificación de planes a futuro, la reevaluación de la relación interpersonal, los sentimientos de ambivalencia y el reajuste de la vida social, ya que el cuidado de una persona por la cual ya su etapa de ciclo de vida había sido superada, los padres se pueden ver obligados a modificar su vida, emociones y conducta en pro al bienestar de la persona, dejando por su parte el rol social que cada padre había optado con el crecimiento del hijo (Ruiz-Ríos y Nava-Galán, 2012,p. 166).

Hijos como cuidadores: En esta categoría, los hijos deben de hacerse cargo tanto de las necesidades de sus padres, así como las necesidades propias y de su propia familia. En esta categoría se dan en cambio de roles, medicación de planes de futuro, revaluación de la relación interpersonal, sentimientos de ambivalencia, reajuste de la vida social y laboral. Cuando los hijos se vuelven cuidadores, se da un impacto emocional al darse cuenta que sus padres ya no pueden valerse por sí mismos, siendo estos anteriormente fuertes y el sostén del hogar, por lo cual a los hijos les resulta muy difícil aceptar la situación de cuidar a sus padres, ya que esto implica algo imprevisto que les impide realizar actividades que pensaban llevar a cabo en un futuro inmediato (Ruiz-Ríos y Nava-Galán, 2012,p 166).

Esta categoría se puede reflejar como la “generación Sándwich”, la misma se centra en que el adulto maduro se encuentra atrapado en medio de múltiples roles simultáneos, como cuidador de un padre anciano, padre de sus propios hijos y como empleado (Schaie & Willis, 2003, p.58).

Cónyuges como cuidadores: cuando algún miembro de la pareja sufre alguna enfermedad, el cuidador llega a ser el cónyuge de mejor salud, durante este periodo, el cuidador puede llegar experimentar fenómenos como cambio de roles, modificación de planes de futuro, reevaluación de la relación interpersonal, sentimientos de ambivalencia y reajuste de la vida social. Estos fenómenos pueden ser de difícil adaptación para el cónyuge, debido a que se da un impacto emocional respecto a la vida de pareja y el cambio en esta (Ruiz-Ríos y Nava-Galán, 2012,p 165).

Según Ruiz-Ríos y Nava-Galán (2012), el cuidador puede presentar diversas consecuencias respecto a la responsabilidad que implica el bienestar de alguien más, entre estas consecuencias podemos encontrar:

La situación de cuidar a otra persona hace que muchos cuidadores experimenten sentimientos positivos, simple hecho de que la persona a la que cuida y a la que quiere se encuentre bien puede hacerle experimentar esos sentimientos ya que el paciente puede demostrar agradecimiento, sin embargo, el estado de ánimo en general puede declinar debido al cambio en la independencia y roles del cuidador y esto traer consecuencias a corto, mediano y largo plazo (Ruiz-Ríos y Nava-Galán, 2012).

Es importante conocer los tipos de cuidadores principales, debido a que cada persona y generación posee necesidades diferentes y al no ser satisfechas, se puede ocasionar en el cuidador algún nivel de depresión y/o sobrecarga, dando como resultado una menor capacidad en el cuidado del familiar enfermo.

2.2. Depresión

La OMS (2017) define la depresión como “trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de sentimientos de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (p.1).

Además, este trastorno puede llegar a ser crónico o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria y en su forma más grave, puede conducir al paciente al suicidio, sin embargo, puede ser erradicado con medicamentos y psicoterapia profesional (OMS, 2017, p. 2) .

Según la OMS (2017), este trastorno afecta a más de 300 millones de personas alrededor del mundo y es la causa principal de discapacidad, además, afecta principalmente a más mujeres que hombres.

2.2.1 Depresión en cuidadores

La depresión (OMS, 2017) es un “trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de sentimientos de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de

concentración” (p. 1.). En los cuidadores informales este puede desarrollarse debido a la exigencia que presentan los cuidadores por cuidar al familiar querido enfermo, por lo cual se puede ver como una consecuencia del nuevo rol adquirido, sin embargo, no todos los cuidadores pueden manifestar algún nivel de depresión.

Muchas veces, los cuidadores sacrifican sus propias necesidades tanto físicas como emocionales, además, las vivencias que se dan durante el cuidado del paciente pueden llevar “al límite” al cuidador, ya que se pueden manifestar sentimientos de ira, ansiedad, tristeza, aislamiento, agotamiento y sentimientos de culpa que pueden representarse como una carga muy pesada y difícil de llevar (Family Caregiver Alliance, 2002).

A pesar de que todas las personas tienen en algún momento de sus vidas sentimientos negativos que surgen por razones específicas, estos suelen desaparecer en algún momento, sin embargo, estos sentimientos negativos pueden tener una mayor intensidad y hacer que los cuidadores informales se sientan fatigados y desarrollen consecuencias directas en los cuidadores como enojarse fácilmente con el ser querido o llorar con frecuencia por la situación en la que se está viviendo, y así alentar de manera inconsciente diferentes síntomas que se pueden presentar en la depresión.

Según el National Institute of Mental Health (2001), algunos cuidadores principales, durante un periodo de tiempo de al menos seis meses, presentan un estado general de tristeza de baja intensidad, mientras que otros cuidadores pueden presentar un cambio

negativo súbito e intenso, sin embargo, esto se va a presentar dependiendo de las diferencias individuales de cada cuidador y varía con el tiempo que se tiene en el rol de cuidado.

2.2.2 Síntomas de depresión en el cuidador

La depresión posee diversos síntomas que son de alarma para la salud mental del cuidador, ya que estos síntomas interfieren en el cuidado correcto del paciente y su deterioro con su salud mental, desarrollando así frustración y sobrecarga con su nuevo rol de vida.

Según Schulz y Sherwood (2008), los grados más altos de depresión y estrés y los bajos índices de bienestar subjetivo en los cuidadores se asocian consistentemente con los siguientes factores:

- Los problemas de comportamiento del destinatario del cuidado.
- El deterioro cognitivo del receptor de cuidado.
- Las discapacidades funcionales del receptor del cuidado.
- La duración y el monto de la atención prestada.
- La edad del cuidador, y los cuidadores mayores son más afectados.
- La relación entre el cuidador y el cuidado, con una relación conyugal que tiene un efecto más rallo.
- El sexo del cuidador, con las mujeres siendo las más afectadas.

Estos factores pueden poner en riesgo la salud mental de los cuidadores informales, debido a que el desgaste que conlleva cuidar a un familiar puede aumentar considerablemente cuando el tipo de enfermedad o las tareas referentes al rol de cuidado incrementan en periodos de tiempo cortos y así puede desarrollar una depresión.

2.2.3 Causas de la depresión en cuidadores

Según el Family Caregiver Alliance (2002), las causas principales por las cuales los cuidadores pueden presentar depresión son las siguientes:

Cuidar a un paciente con deterioro cognitivo: La labor de los cuidadores implica invertir muchas horas de su día en cuidar a su familiar, por lo cual, esto es un factor de mucho estrés para el cuidador, debido a que el cuidar tanto tiempo a su familiar repercute en sus actividades laborales, familiares y personales, ocasionando así agotamiento físico y mental. A pesar de que los cuidadores siempre se ven afectados por el deterioro de la capacidad mental y física de un ser querido, la atención a conductas desarrolladas por esta enfermedad contribuye aún en mayor medida a provocar síntomas de depresión, por ejemplo, las conductas que se originan en algún paciente que posee un deterioro cognitivo tipo Alzheimer, pueden ser muy agresivas y sus crisis ser muy prolongadas, además poseen síntomas muy particulares como los son el vagabundeo, la agitación, el esconder los bienes personales y las conductas impropias, hacen que difícilmente el cuidador pueda descansar u obtener ayuda de otros familiares (FCA,2002).

Para la presente investigación, el deterioro cognitivo se centra en cualquier enfermedad del tipo demencial, como Alzheimer, demencia senil, entre otros ya que las conductas en cada enfermedad del deterioro cognitivo se asimilan entre sí.

Las mujeres sufren de depresión en mayor grado que los hombres. Las mujeres, principalmente las esposas e hijas, forman el grueso de los cuidadores, debido a esto, pueden llegar a experimentar mayores síntomas de depresión respecto al cuidado continuo del enfermo (FCA, 2002).

Los cuidadores varones enfrentan de otra manera la depresión. Es menos probable que los hombres admitan que padecen de depresión, y también es menos probable que los médicos diagnostiquen depresión en el caso de varones, por lo cual, es muy frecuente que los hombres busquen espontáneamente un alivio a los síntomas depresivos de ira, irritabilidad o desolación por medio del alcohol o la sobrecarga de trabajo, a pesar de que los cuidadores varones suelen estar más dispuestos que las mujeres a contratar empleados externos para ayudar en las tareas del hogar, también suelen tener menos amistades en quienes buscar apoyo y menos actividades positivas fuera del hogar, esto ocasiona la creencia de que los síntomas depresivos son un signo de debilidad también dificulta especialmente que los hombres busquen ayuda (FCA, 2002).

La falta de sueño contribuye a la depresión. Aunque esto admite muchas variaciones, la mayor parte de las personas necesitan ocho horas diarias de sueño, la falta de sueño como consecuencia de cuidar a un ser querido puede conducir a una depresión grave, debido a esto lo más importante es que recordar es necesario dormir a pesar de que no sea posible lograr que el paciente descanse durante toda la noche (FCA, 2002).

La depresión puede persistir aún después de ingresar al paciente en un centro especializado. La decisión de ingresar al ser querido en un centro especializado es muy angustiada, a pesar de que muchos cuidadores logran descansar y recuperarse, la soledad, los sentimientos de culpa y la supervisión de la atención que se le brinda en el centro al ser querido pueden ser nuevas fuentes de estrés, por lo cual, muchos cuidadores se sienten deprimidos al ingresar al paciente, y algunos se siguen sintiendo deprimidos por mucho tiempo (FCA, 2002).

Las causas de la depresión en los cuidadores pueden variar según su género, edad, grado de consanguinidad, enfermedad del paciente u otras causas más, sin embargo, puede que la manera en que el cuidador interprete su realidad puede ser determinante para el desarrollo de esta enfermedad, por lo cual, los profesionales en salud mental deben conocer la percepción y los sentimientos que se derivan del rol de cuidador en cada uno de estos.

2.2.4 Modelo para la depresión

Uno de los principales teóricos de la depresión fue el psicólogo estadounidense Aaron T. Beck quien creó la teoría cognoscitiva de la depresión. Su enfoque teórico se refiere a la relación existente en la triada cognoscitiva la cual consta de la percepción del sí mismo, del mundo y del futuro. La persona deprimida interpreta esta triada de manera negativa causando en él sentimientos de desesperanza e insatisfacción del medio (Engler, 1996, p. 440).

El mundo parece desprovisto de placer o satisfacción. La visión del futuro de la persona deprimida es pesimista o inexistente. El aumento en la dependencia que se observa a menudo en los pacientes deprimidos refleja la perspectiva de sí mismo como incompetente, una estimación exagerada de la dificultad de las tareas de la vida normal, la expectativa del fracaso y el deseo de que alguien más capaz se haga cargo (Engler, 1996, p. 441).

La perspectiva de Beck tiene como fundamento una perspectiva filosófica de vida, esta filosofía indica que “dependiendo de cómo la persona se perciba, como pueda percibir la vida, el mundo y sus situaciones o conflictos de esta manera estos eventos influyen en las emociones y su comportamiento” (Muñoz-Mora, 2012, p.77).

Beck formula diversas distorsiones cognoscitivas, las cuales son errores en el razonamiento por las cuales se llega a inferir o a dar conclusiones desacertadas e indican una mala percepción de sí mismo, (Muñoz-Mora, 2012, p 88-89) las cuales son:

1. **Deducciones arbitrarias:** *llegar a determinada conclusión sin suficiente evidencia o incluso ante una evidencia contradictoria (Muñoz-Mora, 2012, p 88-89).*
2. **Abstracción selectiva:** *conceptualizar una situación sobre la base de un detalle sacado de contexto, ignorando otra información (Muñoz-Mora, 2012, p 88-89).*
3. **Generalizaciones:** *dar por regla general partiendo de unos cuantos incidentes aislados y aplicar dicha regla de manera amplia a situaciones que no tienen relación (Muñoz-Mora, 2012, p 88-89).*
4. **Exageración o minimización:** *ver las cosas más o menos significativas de lo que realmente son (Muñoz-Mora, 2012, p 88-89).*
5. **Personalización:** *ante hechos externos atribuirlos a sí mismo sin conexión alguna que apoye tal creencia (Muñoz-Mora, 2012, p 88-89).*
6. **Dicotomía de pensamiento:** *calificar experiencias en dos extremos (Muñoz-Mora, 2012, p 88-89).*

Beck desarrolló un instrumento llamado Inventario de Depresión de Beck, el cual es considerado como el instrumento psicométrico más preciso para la evaluación de la depresión (Engler, 1996, p. 442).

2.3 Sobrecarga del cuidador informal

La sobrecarga del cuidador informal se conoce comúnmente como el síndrome del cuidador quemado.

Según Roig, Abengó-zar y Serra (1998), la sobrecarga se puede definir como “el resultado de combinaciones de trabajo físico, emocional y restricciones sociales, esto hace referencia a un estado psicológico que surge al cuidar un enfermo”.

Según Flores, Rivas y Seguel (2012) “la carga objetiva corresponde a los cambios que debe realizar el cuidador en diversos ámbitos de la vida y la carga subjetiva se refiere a las reacciones emocionales frente a las demandas de cuidado”.

La carga objetiva se orienta a la dedicación al desempeño del rol de cuidador y se relaciona fundamentalmente con variables del paciente y con las características que determinan la demanda de cuidados; como el tiempo de dedicación, la carga física, las actividades objetivas que desempeña el cuidador y la exposición a situaciones estresantes en relación con los cuidados (Montorio y cols., 1998; García, Mateo y Maroto, 2004 citados en Alpuche-Ramírez, Ramos del Río, Rojas Russell y Figueroa López, p. 238).

La carga subjetiva se orienta a las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar y se relaciona con la forma en que se percibe la situación, tanto con las dificultades como con las recompensas (Montorio y cols., 1998; García, Mateo y Maroto, 2004 citados en Alpuche-Ramírez, Ramos del Río, Rojas Russell y Figueroa López, 2008, p. 238).

La sobrecarga se caracteriza por presentar problemas físicos, psicológicos y sociales causados por el cuidado del paciente, influyendo en el estilo de vida del cuidador, desarrollando así sobrecarga en este (Ruiz-Ríos & Nava- Galán, 2012).

El cuidador informal que presenta sobrecarga, maneja altos niveles de estrés por la situación de su familiar, además, de su situación personal, por lo cual el agotamiento se da de forma física y mental.

El cuidador que sufre sobrecarga puede desembocar actitudes y sentimientos negativos hacia la persona dependiente, además de desmotivación, depresión, ansiedad, angustia y sobrecarga, ya que el cuidador reprime con frecuencia sus sentimientos y emociones provocando así mayor presión con su nuevo rol (Flores, Rivas y Seguel, 2012).

Alpuche-Ramírez, Ramos del Río, Rojas Russell y Figueroa López (2008), se mencionan que el concepto de sobrecarga se remonta a los años sesenta, cuando Grad y Sainsbury (1963) se interesaron en conocer como afectaba a la familia y a la vida doméstica la

convivencia con pacientes psiquiátricos, por lo cual, este concepto se centra en la evaluación o percepción que el cuidador tiene de las demandas del medio relacionadas con su rol como cuidador, y los recursos con los que cuenta para satisfacer dichas demandas.

2.3.1 Síntomas de la sobrecarga en cuidadores

Existen diferentes síntomas que podemos encontrar en la sobrecarga, en la investigación de Montorio-Cerrato, Fernández de Trocóniz, López-López y Sánchez-Colodrón (1998) se postulan tres componentes principales para identificar la sobrecarga en el cuidador informal, los cuales son: el impacto del cuidado, la carga interpersonal y las expectativas de autoeficacia.

El impacto de cuidado: este componente se centra en la valoración por parte del cuidador acerca de los efectos que tiene en la prestación de cuidados a su familiar enfermo, términos de la disminución de tiempo libre, falta de intimidad, deterioro de la vida social, sensación de pérdida de control sobre su vida, deterioro de la salud (Montorio-Cerrato, Fernández de Trocóniz, López-López y Sánchez-Colodrón, p. 238).

La carga interpersonal: este componente se centra en la percepción que el cuidador tiene acerca de su relación con la persona a la que cuida, sus sentimientos de vergüenza, enfado o tensión hacia su familiar, deseos de delegar el cuidado o sentimientos de indecisión acerca

de cómo cuidar (Montorio-Cerrato, Fernández de Trocóniz, López-López y Sánchez-Colodrón,p. 239).

Las expectativas de autoeficacia: este componente refleja la creencia del cuidador en torno a su capacidad para cuidar y sus expectativas acerca de sus posibilidades para mantener en el tiempo la situación de cuidado (Montorio-Cerrato, Fernández de Trocóniz, López-López y Sánchez-Colodrón,p. 239).

2.3.2 Causas y consecuencias de la sobrecarga en cuidadores informales

El síndrome del cuidador es causado principalmente por el estrés continuo que sufren los cuidadores a causa de mantener en cuidado constante al familiar enfermo, por lo cual la persona puede percibir una “batalla” constante, contra la enfermedad de la persona que tiene a su cuidado y los sentimientos de angustia, ira y estrés por su estilo de vida, por lo cual se agotan las reservas psicológicas y físicas que poseen los cuidadores.

Según Valle-Alonso, Hernández-López, Zúñiga-Vargas y Martínez-Aguilera (2015) indica que además del estrés que sufren los cuidadores, existen otras causas que pueden desarrollar este síndrome, los cuales son:

Muchas horas al paciente: una de las principales causas de la sobrecarga es la cantidad de tiempo que se le dedica al paciente, debido a que los cuidadores brindan gran parte de su día al cuidado continuo, el tiempo para dedicarse a sí mismo o a proyectos personales es mínimo, por lo cual los cuidadores informales sienten niveles de sobrecarga altos, además compensar el rol del cuidador con otras tareas se vuelve agobiante para quien se encuentra en esta posición (Valle-Alonso, Hernández-López, Zúñiga-Vargas y Martínez-Aguilera, 2015).

Mala calidad del sueño: los cuidadores tienen a levantarse varias veces durante la noche con el fin de cuidar al paciente enfermo, este patrón de sueño intermitente tiene repercusiones en la salud física y psicológica de los cuidadores (Valle-Alonso, Hernández-López, Zúñiga-Vargas y Martínez-Aguilera, 2015).

Las consecuencias de la sobrecarga se derivan del aumento de la ansiedad y el estrés, por lo cual, el cuidador puede iniciar a presentar problemas en su salud, problemas psicológicos y emocionales (Valle-Alonso, Hernández-López, Zúñiga-Vargas y Martínez-Aguilera, 2015).

Cruz-Esrich (2013) indica que

El cuidador se ve afectado por una reducción de su autonomía y pérdida de la intimidad ya que por parte del paciente hay un aumento de la dependencia, esto conlleva una disminución del tiempo libre del cuidador e incluso del tiempo laboral

y esto implica una disminución del contacto con la sociedad y pueden aparecer problemas de salud y sociales (p.24).

Debido a esta reducción de autonomía y la dependencia del paciente, el cuidador informal puede desarrollar síntomas como: (Cruz-Escrich, 2013, p. 24)

- **Consecuencias físicas:** Síntomas como la astenia, cefalea tensional, insomnio, hipersomnia diurna, pesadillas, alteraciones del sueño-vigilia, respiratorias, hematológicas, infecciones, gastrointestinales, osteomusculares e incluso alteraciones inmunológicas.
- **Consecuencias psíquicas:** Síntomas como estrés, ansiedad, irritabilidad, reacción de duelo, dependencia, temor a la enfermedad, culpabilidad, etc.
- **Consecuencias socio-familiares:** Puede aparecer aislamiento, rechazo, abandono, soledad, disminución o pérdida del tiempo libre.
- **Consecuencias laborales:** Absentismo laboral, bajo rendimiento, irritabilidad, tensión, pérdida del puesto de trabajo, puede aumentar la siniestralidad.

Se debe tener en consideración que la sobrecarga es un mal causado por el estrés derivado del rol de cuidador y manifiesta síntomas físicos, emocionales y psicológicos, por lo cual se ve afectada la salud mental y emocional de quien lo padece, por lo tanto, el cuidador que manifieste algunos síntomas anteriormente mencionados, debe acudir con un profesional de la salud mental con el fin de mitigar los sentimientos originados del estrés y poder así

obtener herramientas que le permitan disminuir los niveles de sobrecarga que pueda tener el cuidador.

2.3.3 Modelos para la sobrecarga

Steven Zarit (The College of Health and Human Development, 2015), es el pionero y fundador del campo de la gerontología clínica, por lo cual es uno de los primeros investigadores en estudiar los efectos sobre los cuidadores de familiares con enfermedad de Alzheimer o deterioro cognitivo.

Desarrolló un programa de investigación a raíz de los complejos desafíos a los que se enfrentan las familias al atender a adultos mayores con deterioro cognitivo, así como los efectos de brindar atención en la salud y el bienestar del cuidador (The College of Health and Human Development, 2015).

Gracias a su programa, ha demostrado que es posible predecir la aparición de la discapacidad a través del uso de medidas psicológicas, y ha desarrollado modelos clínicos dirigidos a mejorar la atención de la salud y las condiciones de vida de los adultos mayores (The College of Health and Human Development, 2015).

En 1983, se crea *Zarit Burden Inventory*, la primera versión en su idioma original en inglés, que posteriormente sería traducido y aplicado en el idioma español conocido como Escala

de Sobrecarga de Zarit. Este instrumento es utilizado con el fin de medir el nivel de sobrecarga que percibe los cuidadores informales de familiares enfermos. (The College of Health and Human Development, 2015).

La importancia de la escala de Zarit se centra en conocer los niveles de sobrecarga que presentan los cuidadores informales de familiares enfermos y poder así desarrollar planes de acción para poder minimizar los efectos del cuidado.

A medida de que se pueda conocer las características relacionadas con el perfil de los cuidadores informales y los niveles de depresión y sobrecarga que puedan presentar, tomando en consideración el origen, sus síntomas físicos, psicológicos y emocionales, además de las consecuencias que puedan tener en la vida de los cuidadores, los profesionales de la salud mental pueden desarrollar diversas herramientas para el trabajo con esta población tan vulnerable y a su vez, promover la salud mental y el conocimiento del autocuidado del cuidador.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se realiza con un enfoque cuantitativo. Hernández-Sampieri, Fernández-Collado & Batista- Lucio (2010) se refieren a este enfoque como “el enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar la hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (p. 4).

De acuerdo con lo anterior, la presente investigación utiliza instrumentos cuantitativos los cuales son: el cuestionario de las características sociodemográficas, la escala de depresión de Beck y la escala de sobrecarga de Zarit, con el fin de describir el perfil de las características de los cuidadores informales los niveles de depresión y/o sobrecarga que

pueden presentar, y poder así realizar el análisis estadísticos con base en la medición numérica brindada por los instrumentos.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de estudio que se realiza en la investigación es de tipo descriptivo. Estos estudios buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos, o cualquier otro fenómeno que se pueda someter en el análisis (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado & Batista- Lucio, 2010, p. 80).

Anudando a lo anterior mencionado, esta investigación hace referencia al análisis de las diferentes características sociodemográficas en base al sexo, a la edad, la ocupación, el estado civil y otras características propias del cuidado que poseen los cuidadores, y así conocer si estas características pueden ocasionar algún nivel de depresión y sobrecarga.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

La presente investigación se realiza en el Gran Área Metropolitana., con una muestra de 100 cuidadores informales de pacientes con enfermedades como cáncer, discapacidad, traumatismo, accidentes cerebro vasculares, enfermedades cardiovasculares, síndrome de fragilidad del adulto mayor, deterioro cognitivos y cualquier otro tipo de enfermedad que necesiten de cuidados continuos.

3.3.1 Muestra

La muestra elegida para la presente investigación son 100 cuidadores informales de familiares que poseen algún tipo de enfermedades anteriormente mencionadas, por lo cual ameriten un cuidado constante, los cuales residen en el Gran Área Metropolitana.

Según Hernández-Sampieri, Fernández-Collado & Batista- Lucio (2010, p. 173) la muestra se define como un sub-grupo de la población de interés sobre el cual se recolectan datos que deben definirse o delimitarse con precisión y ser representativos en la población.

La muestra se puede categorizar en muestra probabilística y no probabilística, la muestra probabilística se puede definir como el sub-grupo de la población en el cual todos los elementos tienen la misma posibilidad de ser elegidos, y a muestra no probabilística se define como el sub-grupo de la población en la cual la elección de los elementos no depende de la probabilidad, si no en los criterios definidos propios de la investigación (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado & Batista- Lucio, 2010, p. 176).

Según lo anterior mencionado, la muestra de la presente investigación se basa en una muestra no probabilística, debido a que fue elegida mediante los criterios de inclusión y exclusión optados para desarrollar la muestra.

El método utilizado para la recolección de la muestra fue la “bola de nieve”, la cual fue de gran provecho para la investigación, debido a que muchos de los cuidadores entrevistados brindaban los datos de contacto de otros cuidadores, ya que conocían a otros por los centros educativos, citas hospitalaria, redes de apoyo, entre otras, lo cual favoreció la obtención de la muestra por la referencia que brindaban los cuidadores informales entrevistados a los demás cuidadores y poder así brindar un rato de tiempo al investigador, además, eso favoreció para que pudieran brindar las experiencias vividas con base en su rol.

3.3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Tabla N° 1

Criterios de inclusión y exclusión de la muestra.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Cuidadores remunerados no profesionales, con una relación de más de cinco años con el paciente.	Cuidadores profesionales (asistentes de pacientes).
Personas mayores de 18 años.	Cuidadores con reciente muerte de sus familiares.
Familiares consanguíneos de primer, segundo y tercer grado.	
Cuidadores con lapso de tiempo en su rol de más de un año.	
Cuidadores informales principales	

Fuente: Elaboración propia, 2017.

3.4. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la presente investigación, se utilizan 3 instrumentos idóneos para la recolección de los datos acerca las características sociodemográficas, los niveles de depresión y los niveles de sobrecarga en los cuidadores informales.

Para la recolección de datos sociodemográficos se utilizó la ficha sociodemográfica (Ver Anexo N°1). Este instrumento de confección propia tiene como fin recolectar los datos acerca de la edad, sexo, nivel educativo, estado civil, ocupación, cantidad de pacientes que cuida, edad del paciente, parentesco, enfermedad y horario de cuidado del paciente. Este instrumento posee preguntas cerradas y abiertas, su duración es de 5 minutos en la aplicación.

Para los niveles de depresión, se utiliza la Escala de Depresión de Beck (ver Anexo N° 2). La finalidad del inventario de Beck se centra en brindar los datos acerca de la sintomatología depresiva con trastornos psicológicos y en población normal, además, es un instrumento auto aplicado para la evaluación de la depresión y es el más utilizado en la práctica clínica y en investigación. (Sanz, Perdigón & Vázquez, 2003).

Esta escala es un instrumento auto aplicado, que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más (COP, 2013). Cuenta con una totalidad de 21 ítems, en los cuales, son indicativos de síntomas como tristeza, llanto, pérdida del placer, ideación suicida, trastornos del sueño y alimenticios, sentimientos de fracaso, culpa, entre otros síntomas ligados a la depresión.

Esta escala puede ser aplicada de manera oral o escrita, posee aproximadamente de 5 a 10 minutos de duración para su aplicación, sin embargo, pacientes que posean trastornos depresivos graves o trastornos obsesivos pueden tener un tiempo más prolongado para la finalización del test.

Cada ítem corresponde a una escala de 4 puntos, tomando el número 0 como la puntuación más baja y el número 3 como la puntuación más alta. Las puntuaciones mínimas y máximas del test oscilan entre 0 (puntuación mínima) y 63 (puntuación máxima).

Este test posee puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes puntos: 0-13 Sin Depresión, 14-19 Depresión Leve, 20-28 Depresión Moderada, 29-63 Depresión Severa.

La fiabilidad del instrumento es alta tanto términos de consistencia interna (ya que el coeficiente Alfa de Cron Bach es de 0,83), como de la estabilidad temporal (las correlaciones re-test oscilan entre 0,60 y 0,72). (Sanz & Vázquez, 1998)

El segundo instrumento utilizado para evaluar los niveles de sobrecarga de los cuidadores se conoce como la Escala de Sobrecarga de Zarit (ver Anexo N°3). Este instrumento tiene como objetivo valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga que puede ser sentida por el cuidador principal de persona que posea alguna enfermedad o condición que amerite cuidado continuo, adicionalmente, permite evaluar los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de la vida como la salud física, psíquica, actividades sociales y los recursos económicos. (Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Mijo, L.C., Rico, J.M., Lanz, P. & Taussig, M.I., 1996)

Este instrumento puede ser utilizado solamente en cuidadores adultos, debido a que las preguntas están enfocadas al rol del cuidado y la percepción que posee el cuidador respecto a este. La totalidad de ítems del test es de 22 ítems, los cuales están redactados en forma de pregunta que el cuidador debe responder en escala tipo Likert de 5 puntos, los cuales son: 1= Nunca, 2= Rara vez, 3= Algunas veces, 4= Bastantes veces y 5=Casi siempre, por lo cual

el cuidador debe de anotar la puntuación correspondiente a su percepción. Su aplicación puede realizarse entre 5 a 10 minutos, debido a que el instrumento es fácil de comprender, además puede ser utilizado antes, durante y posteriormente a algún tratamiento para la sobrecarga.

La puntuación total del test se da a partir de la suma de todos los ítems y el rango oscila entre 22 y 110, por lo cual, a mayor puntuación, mayor nivel de carga presentará el cuidador, además, no existen normas o puntos de corte establecidos, sin embargo, en la versión española se proponen como puntos de corte los siguientes: 22-46= Sin sobrecarga, 47-55=Sobrecarga leve y 56-110=Sobrecarga intensa (Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Mijo, L.C., Rico, J.M., Lanz, P. & Taussig, M.I., 1996).

El análisis factorial revela existencia de tres factores que explican el 53,8% de la varianza, los cuales son la sobrecarga, el rechazo y la competencia, adicionalmente, la escala brinda una consistencia interna satisfactoria, con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.91 y la fiabilidad re-test a los tres meses de 0,86 (Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Mijo, L.C., Rico, J.M., Lanz, P. & Taussig, M.I., 1996).

El análisis de validez del constructo muestra una fuerte correlación directa y significativa entre las puntuaciones de la Escala de Zarit y las del GHQ, Índice de Katz, Escalas de Trastornos del Comportamiento y de Memoria/Orientación y la Intención de

Institucionalización (Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Mijo, L.C., Rico, J.M., Lanz, P. & Taussig, M.I., 1996).

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación posee un diseño trasversal, ya que la toma de datos que se da en un momento único de interacción de las variables para hacer el cuadro descriptivo estadístico.

Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede (Hernández Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2010, pág. 151).

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla N° 2

Operacionalización de las variables

Objetivo	Variable	Definición	Definición	Dimensión	Indicadore	Instrument
específico		conceptual	operacional		s	o

Identificar las características sociodemográficas de los cuidadores informales.	Características sociodemográficas	Conjunto de características biológicas, sociales, económicas y culturales medibles que se presentan en una población sujeta a estudio.	Las características sociodemográficas son todas aquellas características que pueden ser medibles en una población.	Cultural y conductual.	Sexo, edad, ocupación, nivel educativo, estado civil.	Ficha sociodemográfica
Identificar las características sociodemográficas de los cuidadores informales.	Cuidadores	Persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo	Según lo investigado, se define como la persona posee un rol de cuidado a una persona enferma la mayor parte del día, perdiendo este su rol	Emocional, perceptual y conductual.	Devoción a la persona enferma, perdida de rol interpersonal, aislamiento, ansiedad, sentimiento de tristeza	Ficha de identificación

normal de sus interpersonal y o culpa,
 actividades libertad por el hipocondría
 vitales o de sus cuidado a alguien y otras ideas
 relaciones más. obsesivas,
 sociales. enfermedad
 es
 fisiológicas
 como
 migrañas,
 fibromialgia
 , estrés,
 sentimiento
 s de
 impotencia
 ante la
 persona
 enferma.

Determinar	Depresión	Trastorno	La depresión se	Emocional,	Sentimiento	Escala de
los niveles de		mental	puede definir	perceptual,	s de tristeza,	depresión
depresión de		frecuente, que	como un estado	conductual y	pérdida de	de Beck
los		se caracteriza	de ánimo que	relaciones	interés o	
cuidadores		por la	interfiere en la	interpersonal	placer,	

informales. presencia de emoción, es. sentimiento
tristeza, conducta y s de culpa o
pérdida de percepción de la falta de
interés o persona que lo autoestima,
placer, padece. trastornos
sentimientos del sueño o
de culpa o falta del apetito,
de autoestima, sensación
trastornos del de
sueño o del cansancio y
apetito, falta de
sensación de concentraci
cansancio y ón.
falta de
concentración

Determinar Sobrecarga Estado de La sobrecarga o Emocional, Estrés Escala de
los niveles de agotamiento mejor conocido perceptual, continuo, sobrecarga
sobrecarga de físico, mental como el conductual y confusión de Zarit.
los y psicológico síndrome del relaciones de roles,
cuidadores que cuidador interpersonal expectativas
informales experimentan quemado es un es. poco
los cuidadores estado de realistas, fa
de alzhéimer, agotamiento lta de

aunque en mental, físico y control
realidad se psicológico sobre la
puede experimentado situación,
presentar en por cuidadores exigencias
cualquier informales y se poco
cuidador de caracteriza por razonables.
personas la aparición de
dependientes diferentes
sometidos a un síntomas que se
estrés presentan
continuado. durante el
tiempo de cuidado
y posterior a
este.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

3.7 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.7.1 Primera Fase: Análisis bibliográfico.

La primera fase de la investigación consistió en la recolección de información bibliográfica y la búsqueda de antecedentes, con el fin de poder analizar si existe estudios acerca de las características sociodemográficas de los cuidadores y su relación con la depresión y la sobrecarga, esta fase comprendió los períodos de Enero-Abril 2017.

3.7.2 Segunda Fase: Selección de instrumentos y de muestra.

Se procedió a analizar los instrumentos para la recolección de datos (Ficha Sociodemográfica, Escala de Depresión de Beck y Escala de Sobrecarga de Zarit) y la elección de la muestra la cual consistía en una muestra no probabilística de 100 cuidadores informales que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión para el presente estudio, esta fase comprendió el período de Mayo 2017.

3.7.3 Tercera Fase: Recolección de Datos.

Durante el período de Junio- Agosto 2017, se procedió a la recolección de datos en la muestra de 100 cuidadores informales en el Gran Área Metropolitana.

El método utilizado para la recolección de datos fue entrevistas puerta a puerta, el cual consistió en visitar a los cuidadores en sus viviendas o lugares de trabajo con el fin de pasar los cuestionarios y conocer acerca de sus experiencias como cuidadores y familiares del paciente enfermo, además, se contactó con la Asociación de Alzheimer y Otras Demencias Costa Rica ASCADA, con el fin de participar en la charla mensual para cuidadores con el fin de recolectar datos en estas.

A pesar de que los instrumentos utilizados tenían una duración de 15 minutos en cada participante, la recolección de la información tuvo una duración de alrededor de una hora con cada participante, debido a que la mayoría de los cuidadores informales entrevistados brindaban bastante información acerca de sus vivencias personales como cuidadores, lo que evidencia una gran necesidad de expresar sus vivencias cotidianas.

Durante esta fase, se contactó a otras entidades y fundaciones, sin embargo por las políticas institucionales no se pudo obtener la participación de los cuidadores.

3.7.4 Cuarta Fase: Análisis de Datos.

Durante el período de Agosto- Octubre, se procedió a realizar el análisis de datos, este análisis se realizó mediante el programa PSPP, el cual es un software libre que se utiliza para conocer los datos acerca de la estadística descriptiva de la investigación, se inició con

las frecuencias estadísticas, la media, la moda y la desviación estándar de los 100 cuidadores informales.

CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Generalidades

En la presente investigación, el objetivo general de estudio se centra en describir las características de los cuidadores informales del Gran Área Metropolitana, por lo tanto, se trabajó con una muestra de 100 cuidadores informales con el fin de identificar sus características sociodemográficas obtenidas mediante el instrumento presentado en el Anexo N°1, además poder así determinar sus niveles de depresión y de sobrecarga obtenidos a raíz de los instrumentos de la Escala de depresión de Beck y la Escala de sobrecarga de Zarit.

Adicionalmente, para el análisis de datos se tomaron por referencia las medidas de tendencia central y las medidas de frecuencia, en donde se obtuvieron los datos estadísticos descriptivos de la media, la moda y la desviación estándar.

Con respecto a las características sociodemográficas que poseen los cuidadores informales de la muestra podemos observar en la Figura N°1 que se presenta a continuación, que el 84% de los participantes de la muestra son mujeres y el 16% son hombres en una cantidad de 100 casos consultados, por lo cual, en comparación con investigaciones previas, las mujeres adquieren mayoritariamente el rol del cuidador, en porcentajes muy similares a las investigaciones de México y Colombia.

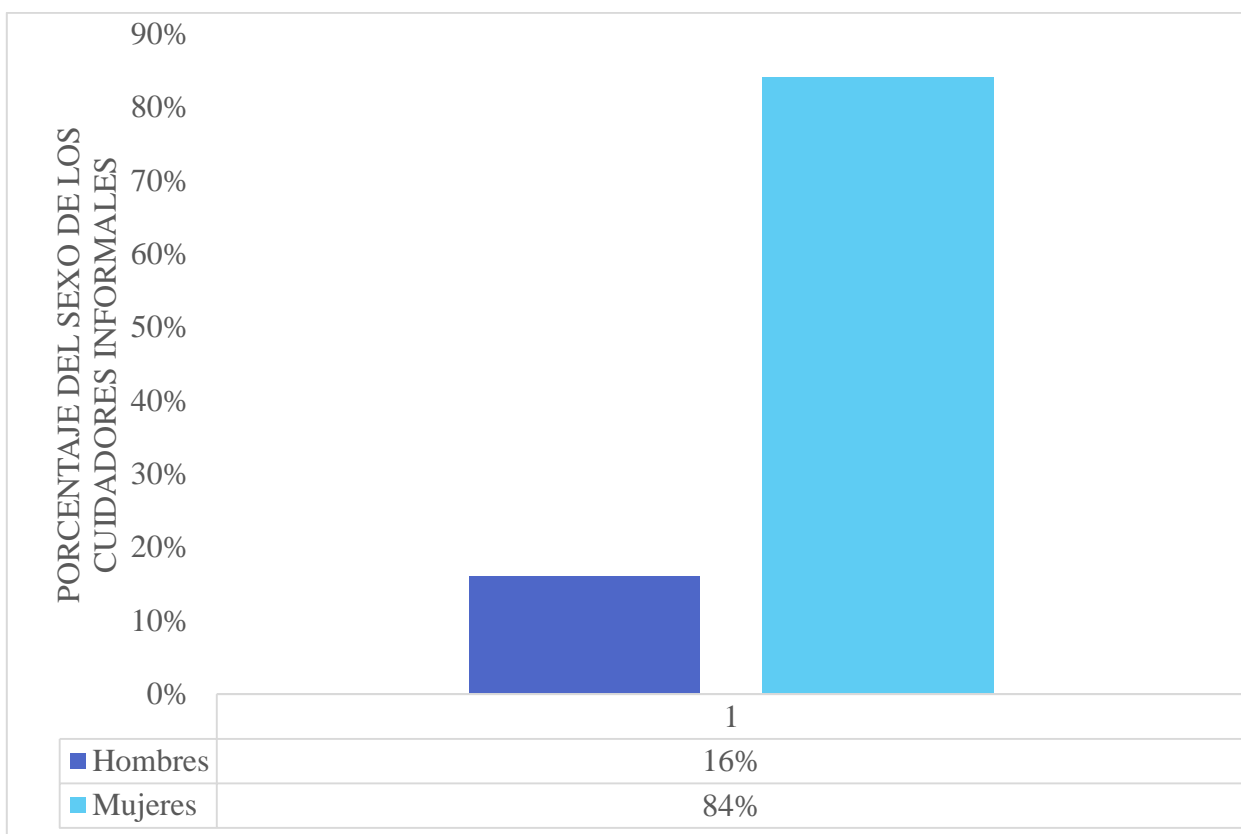


Figura N° 1. *Sexo de los cuidadores informales que comprenden la muestra obtenida en el GAM, 2017.* Fuente: Elaboración propia 2017.

En la Tabla N° 3 que se presenta a continuación se detalla las edades que comprenden la muestra de los cuidadores informales obtenida del GAM. Las edades de la muestra de los cuidadores informales oscilan entre los 18 años a los 77 años de edad, con una media de 49,42 y la desviación estándar en 14,05, además con una moda de 60.

Tabla N° 3

Frecuencia de las edades que comprenden la muestra obtenida del GAM, 2017.

Absoluto	Frecuencia	Absoluto	Frecuencia	Absoluto	Frecuencia
18	1	39	1	57	3
19	2	40	2	58	1
22	1	41	2	59	1
23	1	43	2	60	9
24	1	44	2	61	5
26	1	45	1	62	2
27	2	46	2	63	3
28	1	47	2	66	1
30	1	48	1	67	3
31	4	49	2	68	1
32	2	50	4	70	1
33	2	51	4	71	1
34	1	52	2	72	2
35	1	53	1	74	1
36	1	54	5	77	1
37	1	55	3		
38	1	56	5		
Total:		100			

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la Tabla N°4 se puede observar que en cuanto al nivel educativo la moda es secundaria completa con una frecuencia de aparición de 26.

Tabla N° 4

Frecuencia del nivel educativo que poseen la muestra de los cuidadores informales

Absoluto	Frecuencia
Primaria Incompleta	1
Primaria Completa	19
Secundaria Incompleta	20
Secundaria Completa	26
Universidad Incompleta	14
Universidad Completa	20
Total:	100

obtenida del GAM, 2017.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Se puede observar en la Figura N° 2 que se presenta a continuación, que solamente el 1% de la muestra posee la primaria incompleta y el 19% posee la primaria completa, además, el 20% de los cuidadores poseen la secundaria incompleta, sin embargo, el 26% de los cuidadores que comprenden la muestra poseen secundaria completa, este porcentaje es el mayor obtenido en el 100% de la muestra. Adicionalmente, el 14% posee estudios universitarios sin concluir, además, el 20% de la muestra posee estudios universitarios concluidos.

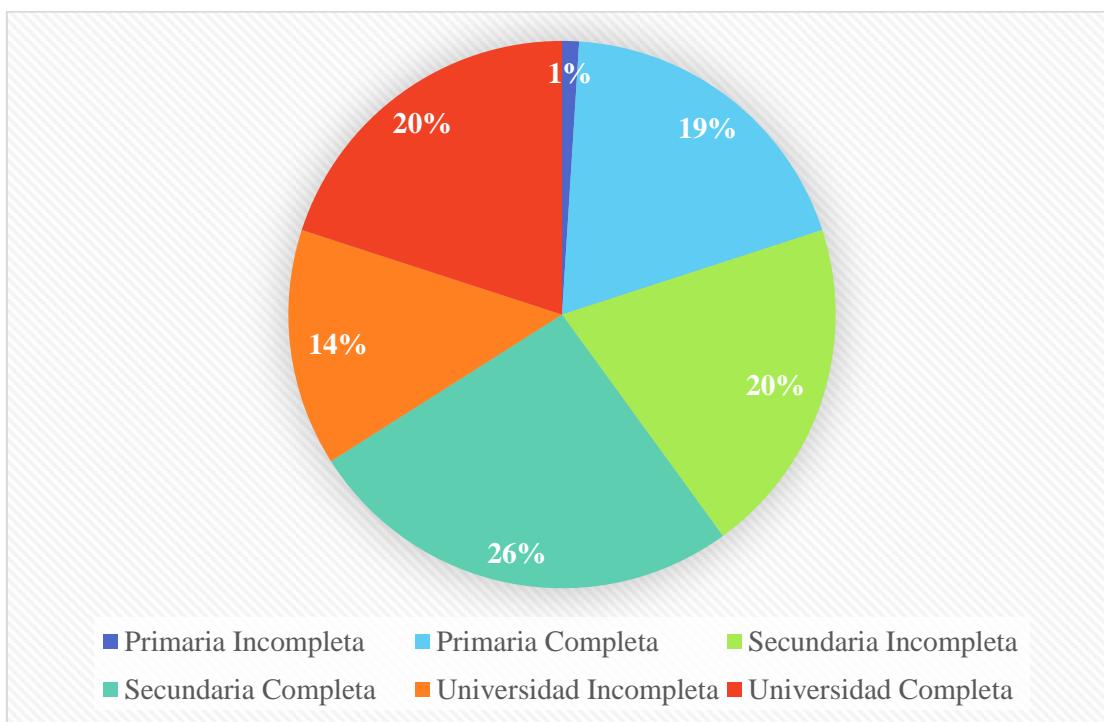


Figura N° 2 Nivel Educativo de los cuidadores informales que comprenden la muestra obtenida en el GAM, 2017. Fuente: Elaboración propia 2017

A continuación, se muestra la Tabla N° 5 referente al estado civil de los cuidadores informales, la moda es Casado (a) con una frecuencia de aparición de 38, adicionalmente la media corresponde a 1,03 y la desviación estándar corresponde a 1,11; el percentil corresponde a 1,00.

Tabla N° 5

Frecuencia del estado civil de los cuidadores informales, 2017.

Absoluto	Frecuencia
Casado (a)	38
Soltero (a)	37
Separado/ Divorciado (a)	14
Unión Libre	6
Viudo (a)	5
Total:	100

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En referencia a la Figura N° 3, se puede observar que el 38% de la muestra consultada son casados, el 37% de los consultados son solteros, adicionalmente, el 14% se encuentra separado/divorciado del cónyuge. Los porcentajes más bajos del estado civil corresponden a la unión libre, con un total de 6% y por último, el 5% de los consultados son viudos.

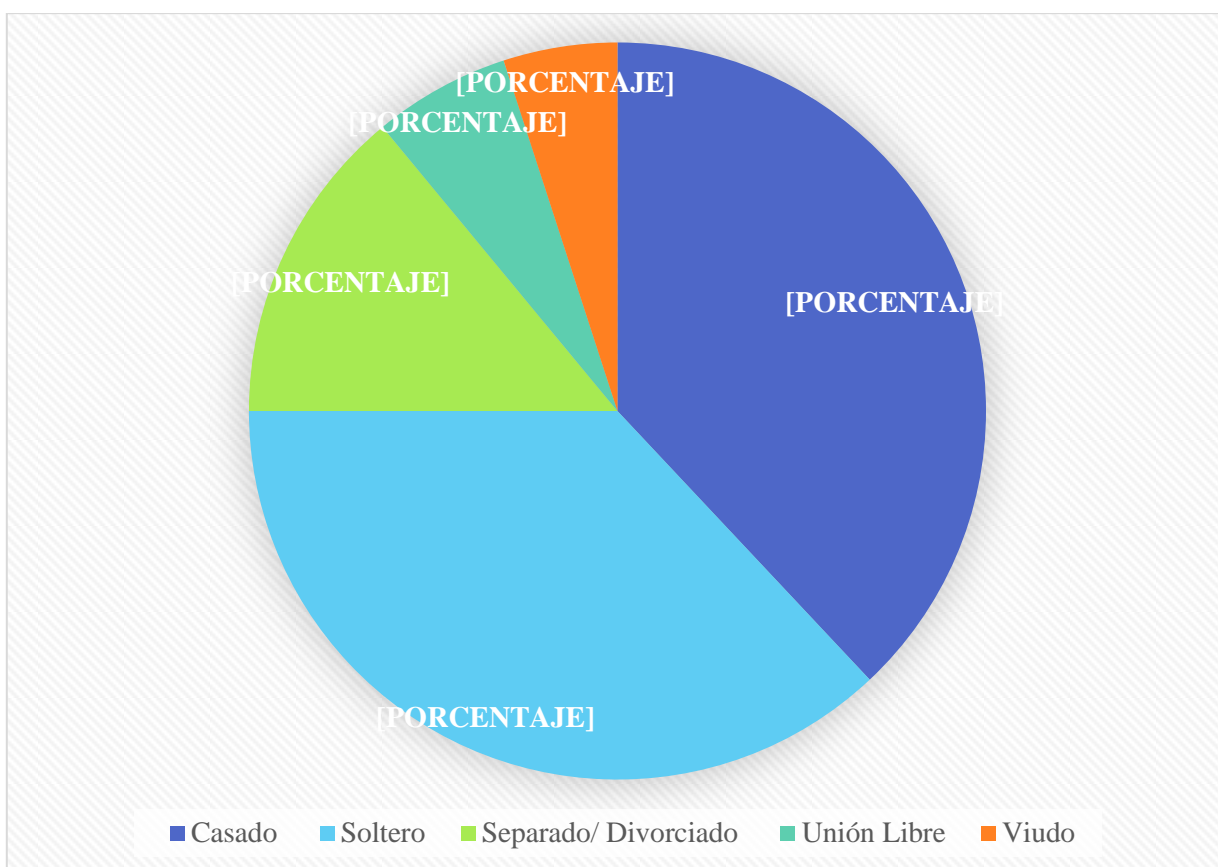


Figura N° 3 Estado Civil de los cuidadores informales que comprenden la muestra obtenida en el GAM, 2017. Fuente: Elaboración propia 2017

En la Figura N° 4 se puede observar que además de fungir de cuidadores, el 43% de la muestra posee un vínculo laboral, a diferencia del 57% de cuidadores informales que se dedican a los quehaceres del hogar.

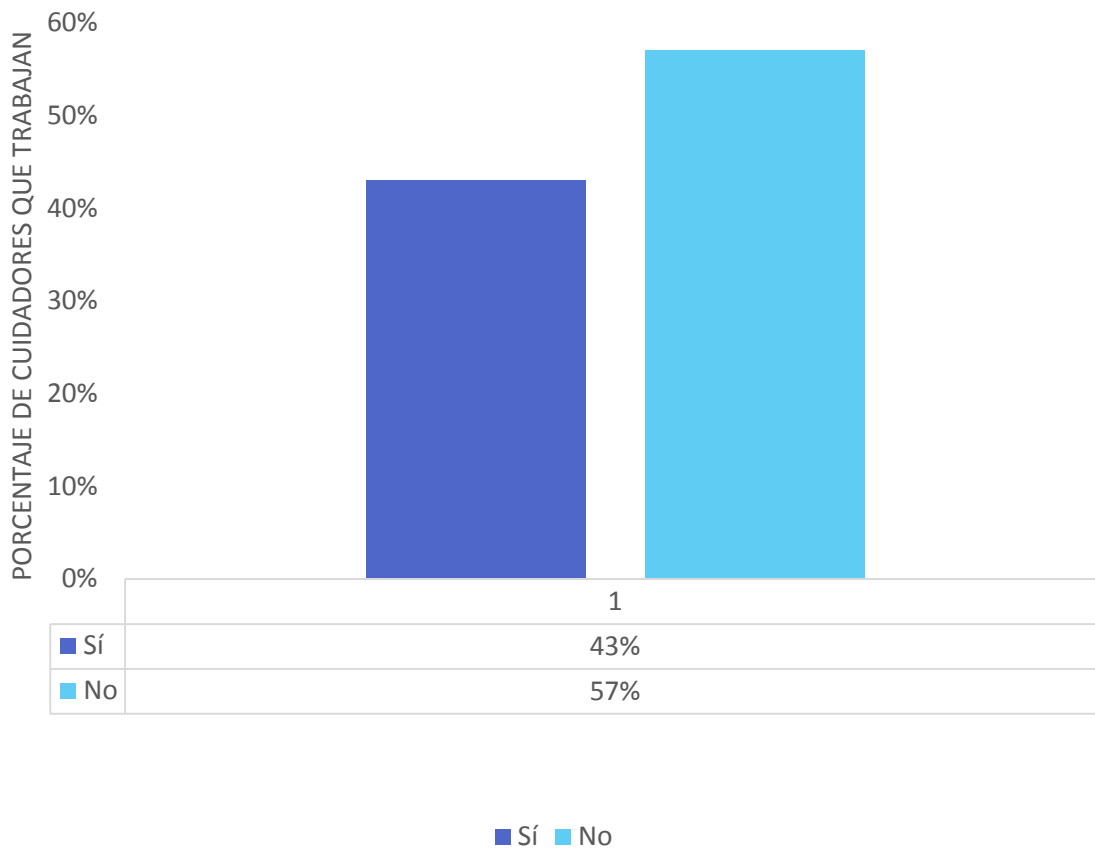


Figura N° 4. *Porcentaje de muestra de cuidadores informales obtenidos en el GAM que trabajan, 2017.* Fuente: Elaboración propia 2017

En la Figura N° 5 se puede observar que el 85% de la muestra consultada cuida a una sola persona y el 15% tienen a su cargo a dos familiares que ameritan cuidado continuo.

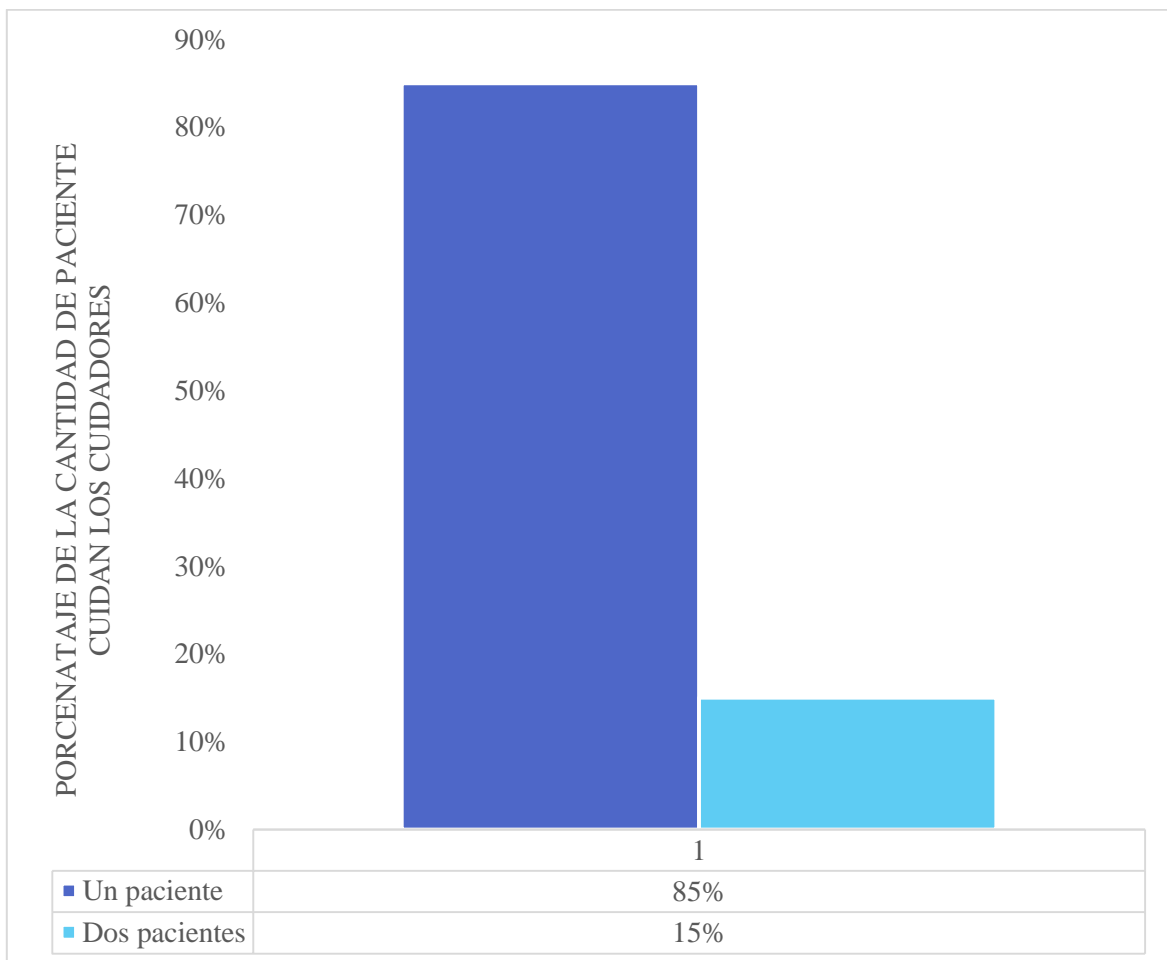


Figura N° 5. Cantidad de pacientes que cuidan los cuidadores informales que comprenden la muestra obtenida en el GAM, 2017. Fuente: Elaboración propia 2017

A continuación se presenta la Tabla N° 6, que indica la frecuencia del parentesco entre la muestra de los cuidadores informales y los pacientes enfermos, la moda es de padres, con una frecuencia de aparición de 53 veces.

Tabla N° 6

Frecuencia del parentesco de la muestra de los cuidadores informales y los pacientes que cuidan, 2017.

Absoluto	Frecuencia
Padres	53
Hermanos (as)	8
Hijos (as)	8
Cónyuge	10
Abuelos	10
Tíos	3
Otros	8
Total:	100

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Esto indica que la muestra consultada de los cuidadores informales cuidan con mayor frecuencia a sus padres, debido a que estos poseen una edad de la media en 49 años, por lo cual asumen el cuidado de padres adultos mayores.

En la Tabla N° 7 se puede observar las edades que comprenden los familiares de los cuidadores informales, estas edades oscilan entre 8 años y 96 años de edad, obteniendo la media en 73,01 y la desviación estándar en 20,14, además, la moda se centra en la edad de 84 años.

Tabla N° 7

Frecuencia de las edades que comprenden los pacientes, 2017.

Absoluto	Frecuencia	Absoluto	Frecuencia	Absoluto	Frecuencia
8	2	60	2	82	1
11	1	61	2	83	2
17	1	63	1	84	9
19	1	65	1	85	3
28	1	67	1	86	5
30	1	68	1	87	6
31	1	70	2	88	4
46	1	72	3	89	7
51	1	73	2	90	2
52	1	74	2	91	2
53	1	75	2	92	2
54	1	76	1	94	2
55	1	77	5	95	1
56	3	78	1	96	1
57	1	79	1		
58	1	80	2		
59	2	81	3		
Total:		100			

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la Tabla N° 8 se detalla la frecuencia de las enfermedades de los familiares de la muestra de los cuidadores informales consultada, la moda se observa en el deterioro cognitivo, con una frecuencia de aparición de 23.

Tabla N° 8

Frecuencia de las diferentes enfermedades que poseen los pacientes, 2017.

Absoluto	Frecuencia
Deterioro cognitivo	23
Cáncer	10
Traumatismo	4
Accidentes cerebrovasculares	7
Enfermedades cardiovasculares	9
Discapacidad	17
Síndrome de fragilidad	19
Otros	11
Total:	100

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Adicionalmente, se puede observar que la menor frecuencia de aparición en las enfermedades son los traumatismos, con una frecuencia de 4 entre 100 casos consultados, fueron ocasionados por accidentes que comprometieron la salud física del paciente y por lo cual se amerita cuidado continuo.

En la Tabla N° 9 se pueden observar los diferentes horarios que poseen la muestra consultada de los cuidadores informales obtenidos en el GAM respecto al cuidado del

familiar enfermo, la moda es jornada completa, con una frecuencia de aparición de 58 veces.

Tabla N° 9

Frecuencia del horario de cuidado que poseen la muestra de los cuidadores informales

Absoluto	Frecuencia
Horario rotativo	11
Mañana	3
Tarde	7
Noche	8
Media jornada	13
Jornada completa	58
Total:	100

obtenidos en el GAM, 2017.

Fuente:

Elaboración propia, 2017.

A continuación, se presentan las tablas y las figuras acerca de los diferentes niveles de depresión y sobrecarga; y su relación con las características sociodemográficas con los niveles que poseen los cuidadores informales del GAM.

En la Figura N° 6 que se presenta a continuación, se indica que el 70% de la muestra no presenta ningún nivel de depresión, el 19% presenta depresión leve, el 7% presenta depresión moderada y el 4% presenta depresión grave.

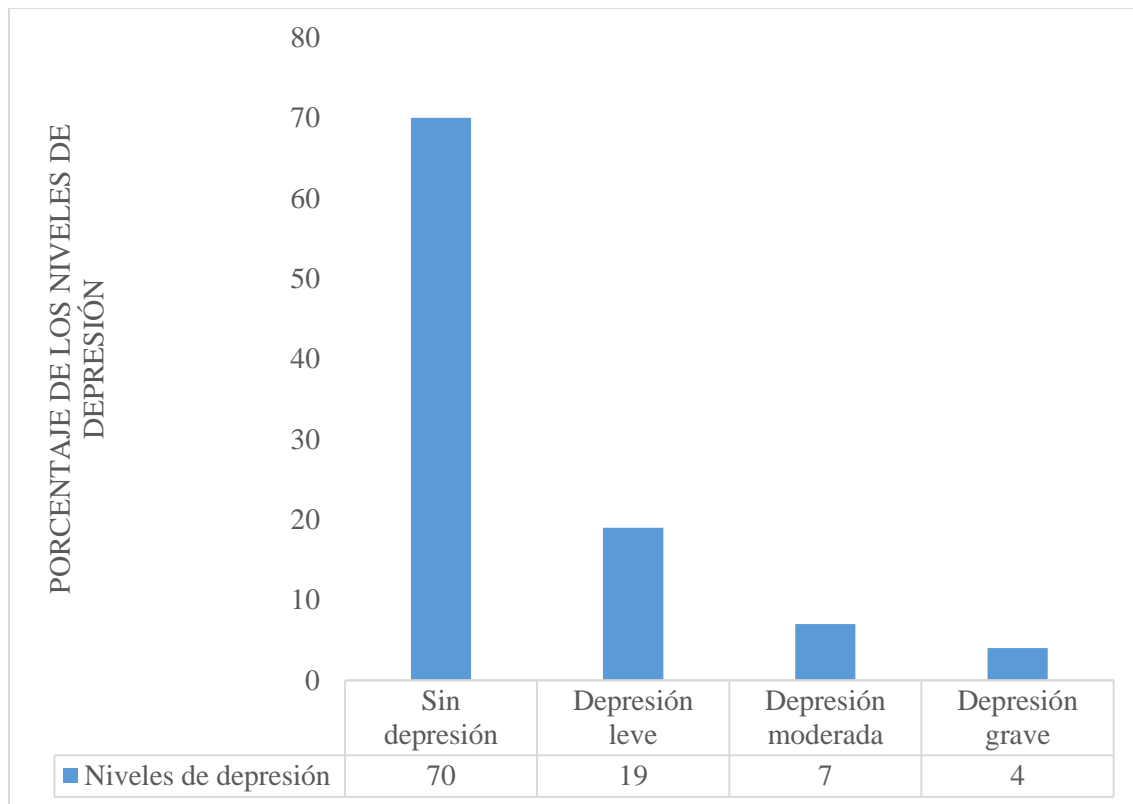


Figura N° 6. Niveles de depresión que presentan la muestra de los cuidadores informales obtenida en el GAM, 2017. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Datos acerca de la depresión grave

A continuación, se presentan las generalidades sobre la porción de la muestra que presenta la depresión grave:

- El 75% de la muestra de los cuidadores informales que presentan depresión grave son de sexo femenino y el 25% restante son de sexo masculino.
- Respecto a la escolaridad, el 50% de la muestra tiene secundaria completa, el 25% primaria completa y el 25% restante posee universidad completa.
- Para los datos acerca del estado civil de la muestra consultada, se revela que el 75% son casados y el 25% restante son solteros, adicionalmente, los cuidadores informales que están casados en su totalidad son de sexo femenino
- El 100% de la muestra consultada no posee trabajo extra hogareño.
- El 75% cuida a solo un familiar y el 25% restante cuida a dos familiares.
- En relación con el parentesco, el 50% de la muestra cuida a los hermanos y el 50% restante cuida a los hijos.
- Respecto a las enfermedades, el 25% cuida a los familiares con traumatismo, el 25% cuida a los familiares accidentes cerebrovasculares, y 50% restante cuida a familiares con discapacidad.
- Respecto al horario de cuidado, el 100% de la muestra cuida en jornada completa a su familiar.

Datos acerca de la depresión moderada

A continuación, se presentan las generalidades sobre la porción de la muestra que presenta depresión moderada:

- El 75% de los cuidadores que presentan depresión moderada son de sexo femenino.
- El 42,85% de la muestra posee una escolaridad de primaria completa, el 28% tiene secundaria completa, el 14,28 % tiene la secundaria incompleta y el 14,28% restante posee universidad incompleta.
- El 57,14% de la muestra son casados, el 28,57% son solteros y el 14,28% restante son separados/divorciados.
- El 71,42% de la muestra no poseen trabajos extra hogareños y el 28,57% restante se dedican a los quehaceres del hogar.
- El 100% de la muestra cuida solamente a un paciente.
- El 71,42% de la muestra cuida a los padres, el 14,28% cuida al cónyuge y el 14,28% restante cuida a los abuelos.
- Respecto a las enfermedades, el 14,28% cuida a los familiares con deterioro cognitivo, el 14,28% cuida a los familiares con cáncer, el 14,28% cuida a los familiares con accidentes cerebrovasculares, el 14,28% cuida a los familiares con enfermedades cardiovasculares, y el 42,85% restante cuida a los familiares con síndrome fragilidad del adulto mayor.
- Respecto al horario de cuidado, el 14,28% de la muestra tiene horario nocturno, el 42,85% cuida en media jornada y el 42,85% restante cuida a su familiar en jornada completa.

Datos acerca de la depresión leve

A continuación, se presentan las generalidades sobre la porción de la muestra que presenta depresión leve:

- El 100% de la muestra son de sexo femenino.
- El 10,52% de la muestra poseen la primaria completa, el 26,31% poseen secundaria completa, el 31,57% poseen la secundaria incompleta, el 10,52% posee la universidad incompleta y el 21,05% restante posee la universidad completa.
- Respecto al estado civil, el 21,05% de la muestra consultada son casados, el 52,63% son solteros, el 15,78% están separados/divorciados, el 5,26% se encuentran en unión libre y el 5,26% restante son viudos.
- El 63,15% de la muestra consultada no posee una relación laboral, y el 36,84% de la muestra se encuentra trabajando activamente.
- El 89,47% de la muestra cuida a un solo familiar y el 10,52% restante cuida a dos familiares.
- El 73,68% de la muestra cuida a los padres, el 5,26% cuida a los hijos, el 52,63% cuida a los abuelos, 5,26% cuida a los tíos y el 5,26% cuida a otros miembros.
- Respecto a las enfermedades, el 10,52% cuida a los familiares con deterioro cognitivo, el 10,52% cuida a los familiares con cáncer, el 21,05% cuida a los familiares con enfermedades cardiovasculares, el 15,78% cuida a los familiares con discapacidades, el 26,31% cuida a los familiares con síndrome fragilidad del adulto

mayor y 15,78% restante cuida a familiares con otro tipo de enfermedad que amerite cuidados continuos.

- Respecto al horario de cuidado, el 10,52% de la muestra tiene horario rotativo, el 5,26% cuida a su familiar en la mañana, el 10,52% cuida al familiar en media jornada y el 73,68% restante cuida a su familiar en jornada completa.

Según los datos anteriormente mencionados, se revela que existen similitudes en todos los niveles de depresión, las cuales son:

- Predomina el sexo femenino.
- Los porcentajes más altos se reflejan en los cuidadores que no poseen trabajo extra hogareño.
- Respecto al horario de cuidado los cuidadores que poseen una jornada completa tienden a presentar los porcentajes más altos de todos los niveles de depresión.
- Los cuidadores informales que cuidan solamente a un familiar presentan mayores niveles de depresión.

Respecto al estado civil, los cuidadores informales que se encuentren casados, tienden a poseer niveles graves y moderados de depresión, a diferencia de los solteros, quienes poseen los niveles leves.

En relación al parentesco, se revela que cuidadores informales que cuidan a sus hijos o hermanos presentan niveles graves de depresión, a diferencia de los que tienen a su cargo a sus padres, ya que estos poseen solamente niveles moderados y leves de depresión.

La discapacidad es la enfermedad que desarrolla los niveles graves de depresión y el síndrome de fragilidad del adulto mayor desarrolla niveles moderados y leves de depresión.

Respecto a la escolaridad se puede observar que existen mayores diferencias entre los niveles de depresión, debido a que los cuidadores poseen los niveles graves de depresión realizaron solamente la secundaria completa, para los niveles moderados se revela que los cuidadores que presentan estos niveles solamente cursaron la primaria completa y para los niveles leves se manifiestan en los cuidadores que poseen solamente la secundaria incompleta.

En la Figura N° 7 que se presenta a continuación, se indica que el 44% de la muestra no presenta ningún nivel de sobrecarga, el 22% presenta sobrecarga leve y el 34% presenta sobrecarga intensa.

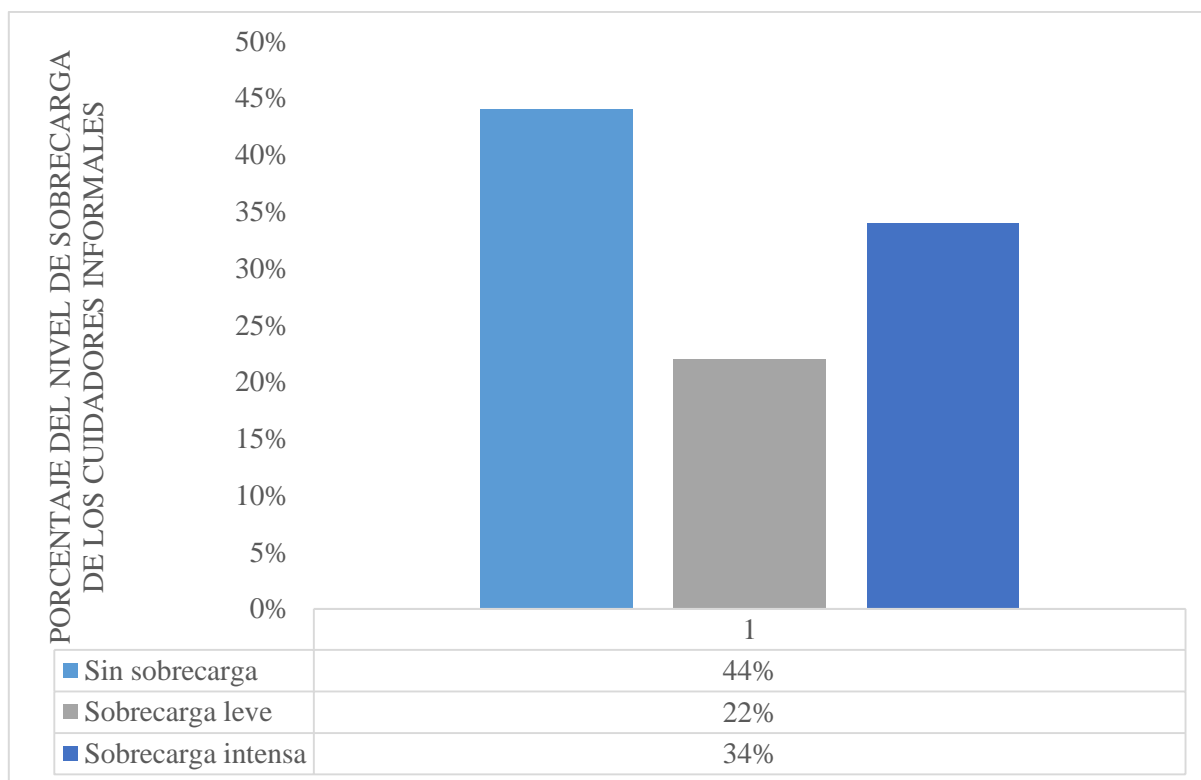


Figura N° 7. *Niveles de sobrecarga de los cuidadores informales que comprenden la muestra obtenida en el GAM, 2017.* Fuente: Elaboración propia, 2017.

Datos acerca de la sobrecarga intensa

A continuación, se presentan las generalidades sobre la porción de la muestra que presenta sobrecarga intensa:

- El 88,23% de los cuidadores informales que presentan sobrecarga intensa son de sexo femenino y el 11,76% restante son de sexo masculino.

- Respecto a la escolaridad, el 17,64% de la población tiene primaria completa, el 23,52% secundaria incompleta, el 26,47% posee secundaria completa, 5,88% tiene universidad incompleta y el 26,47% restante posee universidad completa.
- El 47,05% de la población es casada, el 29,41% son solteros, el 11,76% están separados/divorciados, el 8,82% se encuentran en unión libre y el 2,94% restante son viudos.
- El 44,11% de la muestra posee un vínculo laboral y el 55,88% no posee trabajo extra hogareño.
- El 85,29% cuida a solo un familiar y el 14,70% restante cuida a dos familiares.
- En relación con el parentesco, el 55,88% de la muestra cuida a los padres, el 5,88% cuida a los hermanos, el 14,70% cuida a los hijos, además, 8,82% cuida al cónyuge, el 5,88% cuida a los abuelos, el 2,94% cuida a los tíos y el 5,88% restante cuida a otros miembros de la familia.
- Respecto a las enfermedades, el 20,58% cuida a los familiares con deterioro cognitivo, 5,88% cuida a familiares con cáncer, el 5,88% cuida a familiares con algún traumatismo, el 5,88% cuida a los familiares accidentes cerebrovasculares, el 14,70% cuida a familiares con enfermedades cardiovasculares, el 23,52% cuida familiares con discapacidad, el 14,70% cuida a familiares con síndrome fragilidad del adulto mayor y 8,82% restante cuida a familiares con alguna otra enfermedad que amerite cuidado continuo.
- Respecto al horario de cuidado, el 14,70% posee un horario rotativo, el 2,94% tienen un horario en la mañana, el 2,94% tiene un horario en la tarde, el 5,88% tiene

horario de noche, además, el 11,76% cuida al familiar en media jornada y el 61,78% restante en jornada completa.

Datos acerca de la sobrecarga leve

A continuación, se presentan las generalidades sobre la porción de la muestra que presenta sobrecarga leve:

- El 86,34% de los cuidadores que presentan sobrecarga leve son de sexo femenino y el 13,63% restante son de sexo masculino.
- Respecto a la escolaridad, el 13,63% de la población tiene primaria completa, el 22,72% secundaria incompleta, el 18,18% posee secundaria completa, 22,72% tiene universidad incompleta y el 22,72% restante posee universidad completa.
- El 27,27% de la población son casados, el 36,36% son solteros, el 31,81% están separados/divorciados, el 4,54% restante son viudos.
- El 54,54% de la muestra posee un vínculo laboral y el 45,45% no posee trabajo extra hogareño.
- El 90,90 % cuida a solo un familiar y el 9,09% restante cuida a dos familiares.
- En relación con el parentesco, el 54.54% de la muestra cuida a los padres, el 9,09% cuida a los hermanos, el 9,09% cuida a los hijos, además, 4.54% cuida a al cónyuge, el 9,09% cuida a los abuelos, el 9,09% cuida a los tíos y el 4.54% restante cuida a otros miembros de la familia.

- Respecto a las enfermedades, el 27,27% cuida a los familiares con deterioro cognitivo, 18,18% cuida a familiares con cáncer, el 4.54% cuida a familiares con enfermedades cardiovasculares, el 18,18% cuida familiares con discapacidad, el 27,27% cuida a familiares con síndrome fragilidad del adulto mayor y 4.54% restante cuida a familiares con alguna otra enfermedad que amerite cuidado continuo.
- Respecto al horario de cuidado, el 13,63% posee un horario rotativo, el 9,09% tiene un horario en la tarde, el 9,09% tiene horario de noche, además, el 9,09% cuida al familiar en media jornada y el 59,09% restante tiene jornada completa.

Según los datos anteriormente mencionados, se revela en los niveles intensos y leves de sobrecarga, predomina el sexo femenino.

Respecto a la escolaridad, los cuidadores informales que presentan niveles intensos de sobrecarga han cursado la universidad completa y la secundaria completa. Además, los cuidadores que poseen los niveles leves son quienes no finalizaron sus estudios secundarios, además, respecto a los estudios universitarios, los niveles leves se manifiestan en quienes no finalizaron sus estudios universitarios.

Respecto al estado civil, los cuidadores informales que se poseen los niveles intensos son los que están casados, a diferencia de quienes se encuentran solteros, estos presentan niveles leves de sobrecarga.

Además, los cuidadores que no poseen trabajo extra hogareño tienden a poseer niveles intensos de sobrecarga, a diferencia de quienes si poseen un vínculo laboral, debido a que los datos indican que estos tienen niveles leves de sobrecarga.

Los cuidadores que solo cuidan a un familiar, además, cuidan a los padres y las enfermedades que cuidan son el deterioro cognitivo y el síndrome de fragilidad del adulto mayor son los que tienen a poseer los niveles más altos en la sobrecarga intensa y de sobrecarga leve.

Los cuidadores que poseen horarios rotativos de cuidado son quienes poseen mayores niveles de sobrecarga, a diferencia de quienes poseen jornadas completas, ya que estos impresionan niveles de sobrecarga leve.

En comparación con los datos referentes entre los niveles de depresión y a los niveles de sobrecarga, se revela que puede existir una mayor posibilidad de que el cuidador informal desarrolle algún nivel de sobrecarga a diferencia de los niveles de depresión, debido a que el 70% de la muestra no presenta ningún nivel de depresión, sin embargo, solamente el 44% de la muestra no presenta ningún nivel de sobrecarga, revelando que la mitad de la muestra si presenta niveles de sobrecarga.

En la Figura N° 8 se evidencia que el 75% de la muestra consultada no presenta ambas patologías en conjunto, sin embargo, el 25% de la muestra consultada si presenta ambas patologías.

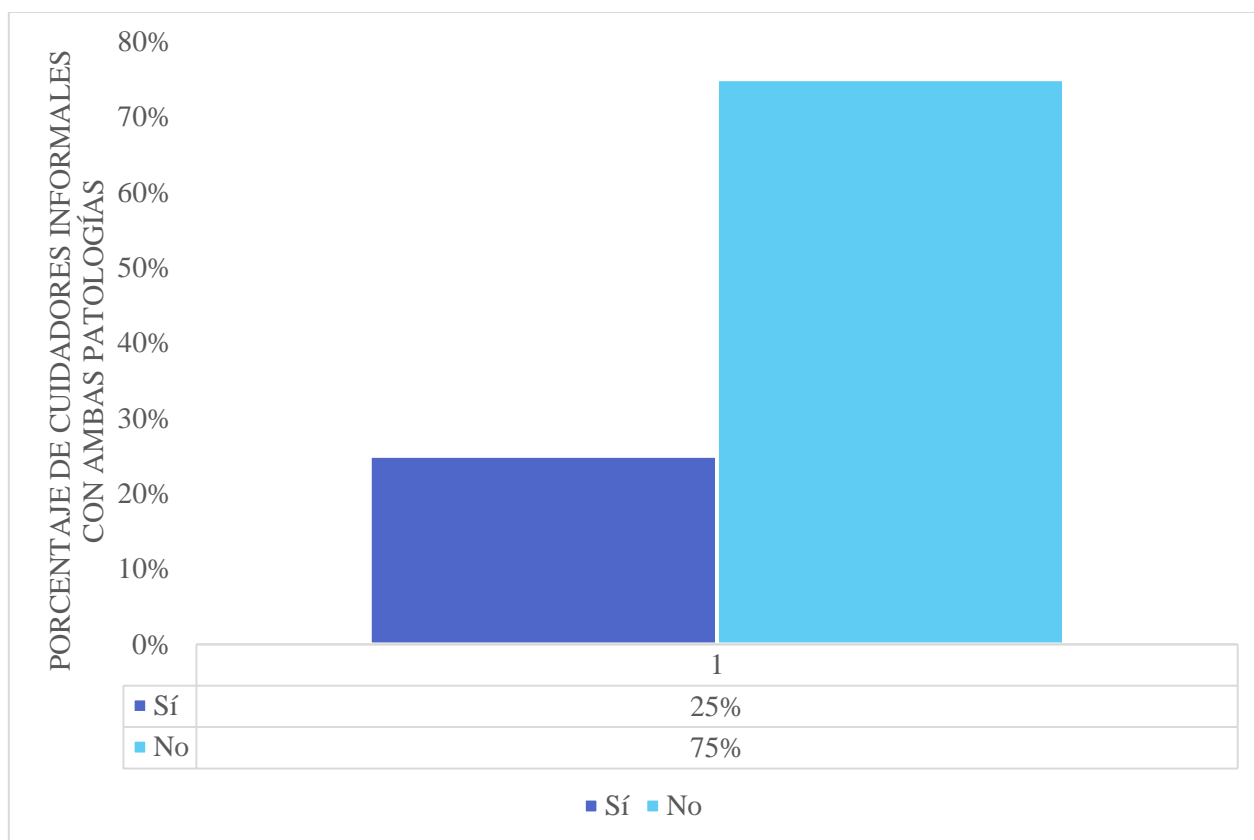


Figura N° 8. *Porcentajes de la muestra de cuidadores informales que presenta ambas patologías en el GAM, 2017.* Fuente: Elaboración Propia, 2017

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

5.1 Interpretación o explicación

El objetivo de la presente investigación se centra en describir el perfil de los cuidadores del Gran Área Metropolitana, además identificar las diferentes características sociodemográficas y determinar los diferentes niveles de depresión y sobrecarga que poseen.

El perfil de las características de la muestra de los 100 cuidadores informales del GAM revela que el 84% de los participantes encuestados son de sexo femenino y el 16% restante son de sexo masculino, esto indica que, las mujeres adquieren mayoritariamente el rol de cuidado. Según Crespo-López y López –Martínez (2007) pertenecer al sexo femenino puede ser determinante para el rol de cuidador, ya que en términos culturales, la mujer se ha visto afectada por los dogmas sociales a partir del estereotipo de “cuidadora” y “madre”, por lo cual, mayoritariamente se le asocia con la adopción del rol de cuidadora.

Respecto a la edad, los resultados obtenidos evidencian que las edades de los cuidadores oscilan entre los 18 años hasta los 77 años de edad, mostrando la moda en la edad de 60 años y la media de 49 años, en comparación con la edad del paciente y el parentesco, los datos indican que las edades de los pacientes oscilan entre los 8 años y 96 años de edad, se obtiene la media en 73 años y la moda en 84 años, además, el 53% de la muestra cuidan a los padres, estos datos son muy importantes ya que evidencian que los cuidadores, se

encuentran en una edad de adultez y están a cargo mayoritariamente de sus padres adultos mayores, lo cual se le conoce como la “generación sándwich”.

La generación sándwich se define como “el adulto maduro se encuentra atrapado en medio de múltiples roles simultáneos, como cuidador de un padre anciano, padre de sus propios hijos y como empleado” (Schaie & Willis, 2003, p.58). Según los resultados evidenciados, la moda del estado civil se ubica en casado (a), con una frecuencia de aparición de 38 veces, lo cual evidencia que los cuidadores aparte de tener el rol de cuidador, mayoritariamente poseen el rol cónyuges.

Respecto a los resultados de las variables de educación y empleo, se evidencia que el 26% de la muestra solo posee la secundaria completa, y que el 57% de los cuidadores informales se dedican a los quehaceres del hogar, por lo cual pueden presentar menores ingresos económicos que dificulten suplir las necesidades del paciente y de la familia.

Según los datos obtenidos con respecto a las enfermedades de los pacientes y los horarios, se evidencia que las enfermedades con mayor frecuencia de aparición son el deterioro cognitivo, con una aparición de 23 veces y el síndrome de fragilidad con 19 veces de aparición, demostrando así que, los cuidadores adquieren su rol de cuidador mayoritariamente de sus padres adultos mayores con enfermedades relacionadas a la edad, debido a que el deterioro cognitivo y el síndrome de fragilidad se dan en edades avanzadas del desarrollo humano (Stassen, 2008). Además, referente al horario de cuidado, se indica que la jornada completa es el que se da con mayor frecuencia, ya que cuenta con una frecuencia

de aparición de 58 veces, por lo cual se evidencia que los cuidadores tienen a estar mayoritariamente en sus hogares para realizar las tareas como cuidadores.

Es importante destacar que el 85% de los pacientes cuidan a una sola persona y el 15% tienen a su cargo a dos pacientes que ameritan cuidado continuo.

Respecto a los datos obtenidos para los niveles de depresión, se evidencia que el 4% de la muestra posee depresión grave, el 7% depresión moderada, el 19% depresión leve y el 70% no presenta depresión.

Para la depresión grave, se evidencia que el 75% de la muestra son de sexo femenino, el 50% tiene solamente la secundaria completa, el 75% de la muestra se encuentra casado (a) además, el 100% de la muestra no posee trabajos extra hogareños y el 75% de la muestra cuida solamente un familiar.

Adicionalmente, se evidencia que la depresión grave está más relacionada al cuidado continuo de los hijos y los hermanos. Según Ruiz-Ríos y Nava-Galán (2012) indican que:

Los padres del hijo que se convierte en persona dependiente derivada de alguna circunstancia, el impacto emocional es mayor, debido a que se da un regreso del rol el cual se encontraba superado, adicionalmente, se da la modificación de planes a futuro, la reevaluación de la relación interpersonal, los sentimientos de ambivalencia y el reajuste de la vida social, ya que el cuidado de una persona por la cual ya su etapa de ciclo de vida había sido

superada, los padres se pueden ver obligados a modificar su vida, emociones y conducta en pro al bienestar de la persona, dejando por su parte el rol social que cada padre había optado con el crecimiento del hijo (p.166)

Esto revela que los padres que fungen como cuidadores pueden desarrollar niveles de depresión grave, ya que la expectativa de los padres respecto a la vida de sus hijos se ve modificada por algún tipo de enfermedad y la continuidad de la vida del hijo se puede ver opacada por algún problema mayor, además, los padres según el ciclo de desarrollo, brindan herramientas a sus hijos para que puedan tener una vida plena e independiente, que se considera como el “nido vacío” (Rodríguez.1994), sin embargo, la idea de que su hijo (a) no pueda ser independiente de sus padres puede causar inseguridad y estrés.

Respecto a la depresión moderada, los datos obtenidos evidencian que el 75% de la muestra son de sexo femenino, el 42,85% de la muestra posee solamente la primaria completa, el 57,14% son casados (as), además, el 71,42% de la muestra no poseen trabajos extra hogareños.

Adicionalmente, se revela que en la depresión moderada el 71,42% de la muestra cuida a los padres, el 14,28% cuida al cónyuge y el 14,28% restante cuida a los abuelos.

En relación al horario de cuidado, los datos evidencian que el 14,28% de la muestra consultada tiene un horario nocturno, el 42,85% cuida en media jornada y el 42,85% restante cuida a su familiar en jornada completa.

Para los datos de la depresión leve se evidencia que, el 100% de la muestra consultada es de sexo femenino, además, el 52,63% están solteras y se evidencia que en referente al nivel educativo el 52% posee estudios universitarios incompletos, sin embargo, el 63,15% no tienen un vínculo laboral, por lo cual el 73,68% se dedican por completo al cuidado continuo de su familiar en un horario de jornada completa.

También se evidencia que 89,47% de la muestra consultada cuida solamente a un familiar y el 73,68% cuida a los padres.

Según los datos observados, se puede evidenciar que en todos los niveles de depresión predomina el sexo femenino, según investigaciones previas (López-Gil, Orueta-Sánchez; Gómez-Caro; Sánchez-Oropesa.; Carmona de la Morena & Alonso-Moreno, 2009), (Nieves-Rico, 2015), (Crespo-López & López -Martínez, 2007), se revela que las cuidadoras que se encuentran a cargo de su familiar en un horario de jornada completa presentan niveles altos de depresión, esto se puede originar debido a que estas cuidadoras no poseen un espacio fuera de su rol, ya que se encuentran cuidando a su familiar la mayor parte del día sin permitirse realizar actividades personales fuera de su rol como cuidadora.

Los datos evidencian que los niveles de depresión son mayores en la muestra que posee menor nivel educativo, además, respecto al estado civil se evidencia que los participantes que están casados poseen mayores niveles de depresión a diferencia de los participantes solteros, estos corresponden a la mayoría de la muestra en poseer niveles de depresión bajos.

Para la descripción de los niveles de sobrecarga obtenidos a raíz de la Escala de la Sobrecarga de Zarit se evidencia que el 44% de la muestra no presenta ningún nivel de sobrecarga, siendo así el mayor porcentaje obtenido, sin embargo, el 34% presenta niveles de sobrecarga intensa y el 22% restante presenta niveles bajos de sobrecarga.

Los datos acerca de la sobrecarga intensa evidencian que el 88,23% de los cuidadores que presentan sobrecarga intensa son de sexo femenino, además, para el nivel educativo, el 23,52% de la muestra consultada posee solamente la secundaria completa, y el estado civil de los participantes con los niveles más altos se encuentran casados (a), lo cual corresponde al 47,05% de la muestra consultada.

El 55,88% de la porción de la muestra que posee sobrecarga intensa no poseen un vínculo laboral, por lo cual se dedican solamente al cuidado de su familiar, esto evidencia que el 59,09% tienen un horario de jornada completa en su rol de cuidado.

Además, el 85,29% cuida a solo un familiar y en relación al parentesco con el familiar enfermo, el 55,88% de la muestra cuida a los padres y el 23,52% cuida a familiares con discapacidad.

En comparación con los datos de depresión severa y la sobrecarga severa, se evidencia que los porcentajes son similares en variables (nivel educativo, sexo, estado civil, horario de

cuido y ocupación) sin embargo, en diferencia de la depresión severa, los participantes muestran mayor reincidencia de sobrecarga con padres que con hijos o hermanos.

Los datos acerca de la sobrecarga leve, evidencian que el 86,34% de la muestra consultada son de sexo femenino y con respecto al nivel educativo, la población presenta los mismos porcentajes en secundaria incompleta, universidad incompleta y universidad completa con un 22,72% cada una de las variables.

El 36,36% de la muestra se encuentran casados (as), y el 54,54% tienen un vínculo laboral, siendo esta categoría la única de tener mayoritariamente población con trabajo extra hogareño, debido a esto, existe la posibilidad de que los participantes que poseen otras actividades diferentes a su rol de cuidador presenten menores nivel de sobrecarga ya que el tiempo de cuidado no interfiere con otras actividades como las laborales.

El 90,90% solamente cuida a un familiar y el 54,54% de la muestra cuida a los padres. Adicionalmente, se muestra incidencia en porcentajes acerca de las enfermedades, donde estos son:

- Deterioro cognitivo y síndrome de fragilidad: 27,27%, estas son las enfermedades de mayor incidencia.
- Enfermedades cardiovasculares y otro tipo de enfermedad: 4,54%.

Por últimos, los datos obtenidos evidencian que solamente el 25% de la muestra presenta ambas patologías.

Respecto al perfil de la muestra obtenida de los cuidadores informales del Gran Área Metropolitana, se indica que predomina el sexo femenino, con una escolaridad baja, y mayoritariamente se dedican a los quehaceres del hogar, con una media de edad de 49 años y cuidadores de sus padres adultos mayores, los niveles de depresión y sobrecarga varían respecto al parentesco, la edad, y la carga que se pueda originar a partir de su rol de cuidado, además, existe la posibilidad de que dependiendo de cómo el cuidador perciba su realidad puede inferir en la aparición de algún nivel de depresión y/o sobrecarga.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

Según los resultados evidenciados, se puede concluir que;

Referente al primer objetivo específico, identificar las características sociodemográficas de los cuidadores informales del GAM, es posible concluir que la mayor parte de cuidadores informales corresponde a personas del sexo femenino (corresponden al 84% de la muestra), mismas que en su mayor parte se dedican a quehaceres en el hogar. Lo cual concuerda con lo expuesto en el apartado del Marco Teórico,

Para el segundo objetivo específico, determinar los niveles de depresión de los cuidadores informales, el instrumento utilizado es la Escala de Depresión de Beck, de los resultados obtenidos se logra observar que la mayor parte de los participantes del estudio no presentan algún grado de depresión, en los cuidadores que si la presentan son más comunes los niveles leves.

En la totalidad de los datos obtenidos ha sido posible observar como la presencia de niveles de depresión se dan primordialmente en el sexo femenino (lo cual resulta esperable cuando se considera que los cuidadores informales en su mayoría corresponden a este sexo),

asimismo se nota como la dedicación casi exclusiva al cuidado de los pacientes es una constante en los diferentes participantes, lo cual permite ver la necesidad de una actividad externa al cuidado de los familiares para el mantenimiento de la salud mental de las y los cuidadores.

El tercer objetivo específico de la investigación, trata acerca de la descripción de los niveles de sobrecarga que presenta la muestra los cuidadores informales del GAM.

En este punto los resultados obtenidos fueron contrarios a lo esperado donde los menores o nulos niveles de sobrecarga se presentan en los cuidadores informales que en adición al cuidado realizan actividades extra hogareñas, de lo cual se puede interpretar que el tener una actividad laboral permite a los mismos el obtener una distracción sobre el cuidado de los familiares, lo cual reafirma lo dicho anteriormente sobre la necesidad de una actividad externa al cuidado de los pacientes.

En general los datos obtenidos en la investigación han permitido determinar que el rol del cuidador es principalmente asumido por las mujeres, lo cual concuerda con la teoría existente sobre el tema, así mismo es clara la relación existente entre la realización de actividades que permitan la separación del rol de cuidador y una buena salud mental.

A modo de conclusión general y respuesta al problema de investigación se puede concluir que el perfil de los cuidadores en Costa Rica se puede delinear de la siguiente manera:

- Son en su mayoría mujeres.
- Personas en adultez media.

- La mayoría de la muestra tienen un nivel educativo de secundaria completa o superior.
- No tienen un trabajo extrahogareño.
- Cuidan a una sola persona.
- La mayoría vive a sus progenitores, por situaciones de deterioro cognitivo y demencia.
- La jornada del cuidado es completa, que implica un cuidado 24/7
- En su mayoría no presentan depresión según el inventario de depresión de Beck
- Pero más de una tercera parte presenta sobrecarga intensa según el inventario de Zarit.
- Las porciones de la población que presentan depresión y sobrecarga intensa son en su mayoría mujeres, casadas, que no tienen trabajo extrahogareño y cuidan a sus padres.

6.2 Recomendaciones

- Incrementar la preparación de profesionales en el área de la gerontología (tanto desde el área física como psicológica), con la finalidad de que los mismos puedan brindar un mayor apoyo a los cuidadores informales sobre las necesidades de los adultos mayores, esto por cuanto la mayor parte de los casos de cuidado de pacientes corresponden a esta población.

- Empoderar a la población general acerca de los posibles cambios del estado de ánimo que puedan surgir a raíz de asumir el rol del cuidador, con el fin de que la población tenga herramientas en caso de que algún familiar adquiriera una enfermedad que amerite cuidados continuos. Esto se puede lograr mediante la creación de programas de concientización sobre la necesidad de mantener una buena salud mental, similar a los impulsados por el gobierno de la república con una adaptación a la población de cuidadores informales.
- Tener espacios de tiempo durante el día para poder realizar actividades personales placenteras y gratificantes con el fin de disminuir la posibilidad de desarrollar una depresión o sobrecarga derivado del rol de cuidador, debido a que según los datos obtenidos, estas patologías pueden tener mayor incidencia en quienes no tengan sus espacios personales a diferencia de quienes mantienen un equilibrio entre su rol como cuidador y su rol como individuo.
- Incluir el cuestionario de la Escala de Sobrecarga de Zarit dentro de los instrumentos de aprendizaje de la Universidad con el fin de que los estudiantes puedan aprender utilizar y determinar los niveles de sobrecarga de los cuidadores informales de familiares con algún tipo de enfermedad que ameriten cuidado continuo.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

Alfaro-Vargas, R. (27 de Enero de 2016). *El drama del cuidador-familia*. Semanario Universidad, págs. 28, Sección Opinión. Recuperado de: <https://semanariouniversidad.com/opinion/el-drama-del-cuidador-familia/>

Alpuche-Ramírez, V.J., Ramos del Río, B., Rojas-Russell, M.E, & Figueroa-López, C.G. (2008) Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud* 18 (02); 237-245.

Álvarez-Briceño, A. (2015). *Guía didáctica sobre los cuidados en el hogar de la persona que recibe tratamiento quimioterapéutico, dirigida a familiares durante el año 2014*. San José: UCR.

Araya-Sandoval, A. (2015). *Caracterización de las necesidades de autocuidado de las personas cuidadoras de la Asociación de Cuidados Paliativos de Naranjo, 2015*. San Ramón, Alajuela: UCR.

Cabada-Ramos, E., & Martínez-Castillo, V. A. (2017). Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor. *Psicología y Salud*, 27 (1); 53-59. ISSN: 1405-1109

- Cerdas-González, L., & Loría-Brünker, A. (2012). *Cuidadores(as) familiares primarios(as) de adultos mayores: sus implicaciones y efectos en la vida de quienes asumen esta labor*. (Tesis de pregrado Licenciatura) Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos- COP (2013) *Evaluación del Inventario BDI-II*. Recuperado de: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Crespo-López, M., López -Martínez, J. (2007) *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar”*. Madrid: IMSERSO.
- Cruz-Esrich,N. (2013) *Enfermos de Alzheimer: La sobrecarga del cuidador* (Tesis de pregrado de enfermería) Universidad de Lleida: Lleida, España.
- Elvira-Cabada, R. & Martínez-Castillo, V.A. (2017) Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor. *Psicología y Salud* 27 (01) 53-59.
- Engler, B. (1996) *Introducción a las teorías de la personalidad (cuarta edición)*. México D.F: McGRAW-HILL.
- Enríquez-Gómez, E.G. (2015) *Fenómenos emocionales del cuidador primario en pacientes con cáncer en etapa terminal, en la provincia de Puntarenas, de enero a octubre 2014*. (Tesis de pregrado Licenciatura) Universidad Hispanoamericana. Puntarenas, Costa Rica.
- Family Caregiver Alliance (2002). *Los Cuidadores y la Depresión (Caregiving and Depression. National Center of Caregiving*. Recuperado de: <https://www.caregiver.org/los-cuidadores-y-la-depressi%C3%B3n-caregiving-and-depression>

Flores, E.; Rivas, E.; & Seguel, F. (2012) Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería* 18 (01) 29-41. ISSN 0717-9553

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. & Batista- Lucio, M.P. (2010) *Metodología de la investigación. (5ª ed.)*. México D.F: McGraw-Hill Interamericana.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1997) *Manual de Medidas Sociodemográficas*. Recuperado de: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/1329/702825000063/702825000063.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2011) *La población adulta mayor se triplicará en los próximos cuarenta años*. Recuperado de: <http://www.inec.go.cr/noticia/la-poblacion-adulta-mayor-se-triplicaria-en-los-proximos-40-anos>

López-Gil, M.J; Orueta-Sánchez, R; Gómez-Caro, S.; Sánchez-Oropesa, A.; Carmona de la Morena, J; Alonso-Moreno, F.J (2009) El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica y de Medicina Familiar* 2 (7) ISSN 1699-695X

Montero-Cascante, C., & Guzmán-Díaz, I. (2015). *Percepción de las necesidades físicas y psicosociales desde las vivencias de las y los cuidadores (as) de personas con cáncer o personas con algún tipo de demencia que asisten a la Fundación Cuidados Paliativos Belén*. (Tesis de pregrado Licenciatura) Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

- Montorio-Cerrato, I., Fernández de Trocóniz, M.I., López-López, A. & Sánchez-Colodrón, M. (1998) La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. Universidad Autónoma de Madrid, *Anales de Psicología* 14 (2), 229-248. ISSN: 0212-9728
- Muñoz-Mora, F.A. (2012). *La persona en psicoterapia, una propuesta de atención individual*. San José: EDICIONES GUAYACÁN.
- Murillo-Badilla. J. (2015). *Elaboración de una guía didáctica dirigida a las y los cuidadores de personas que tienen drepanocitosis, para la prevención de complicaciones asociadas con esta patología, durante el año 2014*. San José: UCR.
- National Institute of Mental Health (2001). *Depression*. Bethesda; MD: NIMH. Recuperado de: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2016) *What You Need to Know About Stroke*. Recuperado de: <https://stroke.nih.gov/materials/needtoknow.htm>
- Nieves-Rico, M (Agosto 2015). *¿Quién cuida a las cuidadoras? Políticas Públicas para el cuidado no remunerado en América Latina. Cuidar a quienes cuidan personas adultas mayores. Hacia una estrategia de promoción de la salud mental*. Seminario llevado a cabo el 24 y 25 de Agosto en san José, Costa Rica.
- Núñez-Jara, F. (2013). *La prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en los familiares cuidadores de pacientes diagnosticados con patologías hematológicas (linfomas y leucemias) usuarios de los servicios del departamento de hematología del Hospital México, durante el tercer trimestre del año 2012*. (Tesis de pregrado Licenciatura) Universidad Hispanoamericana. San José, Costa Rica.

OMS (2015). *Enfermedades cardiovasculares*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>

OMS (2016). *Discapacidad y salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>

OMS (2017). *Cancer*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

OMS (2017). *Demencia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

OMS (2017). *Depresión*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

OMS (2017). *Hablemos de la depresión*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>

OMS (2017). *Traumatismo*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es/>

Pérez-Perdomo, M., Cartaya-Poey, M., & Olano-Montes de Oca, B. L. (2012). Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 28(4); 509-520. Recuperado de: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/124/32>

Pinzón - Rocha, M.L., Aponte - Garzón, L.H., & Galvis - López, C.R. (2012) Perfil de los cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas y calidad de vida, Villavicencio, Meta, 2011. *Orinoquia* 16(2); 107-117. ISSN 0121-3709.

- Pinzón, E.A. & Carrillo, G.M. (2016) Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 34 (02) 193-201. ISSN: 0120-386X
- Rabines-Juárez, A.O. (2002) *Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados*. Lima: UNMSM. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Tesis/Salud/Rabines_J_A/t_completo.pdf
- Rivera, J. (2001). *Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia. Análisis evolutivo de un estudio poblacional*. Madrid: Consejo Económico y Social. Comunidad de Madrid.
- Rizo-Vega, K.V. (2016) *Descripción de las características presentes del síndrome de burnout en cuidadores de adultos mayores con Alzheimer del cantón de Abangares, Guanacaste*. (Tesis de pregrado Licenciatura) Universidad Hispanoamericana. Puntarenas, Costa Rica.
- Rodríguez- Agudelo, Y., Mondragón- Maya, A., Paz- Rodríguez, F., Chávez- Oliveros, M., & Solís- Vivanco, R. (2010). Variables asociadas con ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes con enfermedades neurodegenerativas. *Archivos de Neurociencias* 15(1); 25-30. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=26439>
- Rodríguez, J. A. (1994). *Envejecimiento y familia*. Madrid: Centro de investigaciones Sociológicas y Siglo XXI.
- Roig, V., Abengózar, C. & Serra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología* 14 (2) 215-227. ISSN: 0212-9728
- Romero- Cabrera, A.J. (2011) Fragilidad y enfermedades crónicas en los adultos mayores. *Medicina Interna de México* 27 (5) 455-462. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2011/mim115g.pdf>

- Ruiz-Ríos, A.E. & Nava- Galán M.G. (2012). Cuidadores: responsabilidades- obligaciones. *Enf Neurol* 11 (3), 163-169. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>
- Ruiz-Robledillo, N. & Moya-Albiol, L. (2012) El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción* 1; 22-30. Recuperado de: http://reme.uji.es/reme/3-albiol_pp_22-30.pdf
- Salazar-Rojas, K.P. (2015). *Promoción de prácticas de salud y autocuidado en personascuidadoras primarias de pacientes adultos con cáncer en fase terminal que asisten a la Fundación Pro-Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios*. (Tesis de pregrado Licenciatura) Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Sanz, J. & Vázquez, C. (1998) Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema* 10 (2); 303-318. ISSN: 0214-9915
- Sanz, J., Perdigón, A.L & Vázquez, C. (2003) Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI.II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Ciencia y Salud* 14 (3); 249-280. Recuperado de: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2003-BDI-II%20Poblacion%20General%20\(Clinica%20y%20Salud\).pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2003-BDI-II%20Poblacion%20General%20(Clinica%20y%20Salud).pdf)
- Schaie, K.W. & Willis S.L. (2003) *Psicología de la edad adulta y la vejez (Quinta edición)*. Madrid: PEARSON Prentice Hall.
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. *The American Journal of Nursing*, 108 (9), 23–27. <http://doi.org/10.1097/01.NAJ.00003336406.45248.4c>

Stassen, K (2008) *Psicología del desarrollo. Adulter y Vejez (Séptima edición)*. Madrid: EDITORAL MÉDICA PANAMERICANA S.A.:

The College of Health and Human Development (2015). *Steven Zarit named distinguished professor*. Pennsylvania: THE PENNSYLVANIA STATE UNIVERSITY. Recuperado de: <http://hhd.psu.edu/news/2013/Steve-Zarit.html>

Valle-Alonso, M.J., Hernández-López, I.E, Zúñiga-Vargas M.L. & Martínez-Aguilera, P. (2015) Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria* 12 (1):19-27 - DOI: 10.1016/j.reu.2015.05.004

Zambrano-Cruz, R. & Ceballos-Cardona, P. (2007) Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI (01), 26-39. ISSN: 0034-7450

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

ACV: Accidente cerebro vascular

ASCADA: Asociación del Alzheimer y otras Demencias de Costa Rica

ASOCOEM : Asociación de Esclerosis Múltiple

CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

CONAPAM: Concejo Nacional de la Persona Adulta Mayor

COP: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

ECV: Enfermedades cardiovasculares

FCA: Family Caregiver Alliance

GAM: Gran Área Metropolitana

IMERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España.

INEGI: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

NINDS: National Institute of Neurological Disorders and Stroke

NINDS: National Institute of Neurological Disorders and Stroke

OMS: Organización Mundial de la Salud

ANEXOS

Anexo N° 1. Ficha sociodemográfica

Fecha: _____

Nombre: _____

Cédula: _____

Edad de años cumplidos: _____

Género/ sexo:

Femenino

Masculino

Otro

Nivel educativo: _____

Estado civil: _____

Lugar de Residencia: _____

Ocupación: _____

N° telefónico: _____

¿A quién cuida? _____

Edad del paciente: _____

¿Qué enfermedad posee? _____

Horario del cuidado:

() Mañana

() Tarde

() Noche

Etapa de la enfermedad (si la posee): _____

Anexo N° 2 Escala de Depresión de Beck

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

1	<p>a. No me siento triste.</p> <p>b. Me siento triste.</p> <p>c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.</p> <p>d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo</p>
2	<p>a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.</p> <p>b. Me siento desanimado con respecto al futuro.</p> <p>c. Siento que no tengo nada que esperar.</p> <p>d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.</p>
3	<p>a. No creo que sea un fracaso.</p> <p>b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.</p> <p>c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.</p> <p>d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona</p>
4	<p>a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.</p> <p>b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.</p> <p>c. Ya no tengo verdadero satisfacción de nada.</p> <p>d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.</p>
5	<p>a. No me siento especialmente culpable.</p> <p>b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.</p> <p>c. Me siento culpable casi siempre.</p> <p>d. Me siento culpable siempre.</p>
6	<p>a. No creo que este siendo castigado.</p> <p>b. Creo que puedo ser castigado.</p> <p>c. Espero ser castigado.</p> <p>d. Creo que estoy siendo castigado.</p>
7	<p>a. No me siento decepcionado de mí mismo.</p> <p>b. Me he decepcionado a mí mismo.</p> <p>c. Estoy disgustado conmigo mismo.</p> <p>d. Me odio.</p>

8	<p>a. No creo ser peor que los demás.</p> <p>b. Me critico por mis debilidades o errores.</p> <p>c. Me culpo siempre por mis errores.</p> <p>d. Me culpo de todo lo malo que sucede.</p>
9	<p>a. No pienso en matarme.</p> <p>b. Pienso en matarme, pero no lo haría.</p> <p>c. Me gustaría matarme.</p> <p>d. Me mataría si tuviera la oportunidad.</p>
10	<p>a. No lloro más de lo de costumbre.</p> <p>b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.</p> <p>c. Ahora lloro todo el tiempo.</p> <p>d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.</p>
11	<p>a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.</p> <p>b. Las cosas me irritan más que de costumbre</p> <p>c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.</p> <p>d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.</p>
12	<p>a. No he perdido el interés por otras cosas.</p> <p>b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.</p> <p>c. He perdido casi todo el interés por otras personas.</p> <p>d. He perdido todo mi interés por otras personas.</p>
13	<p>a. Tomo decisiones casi siempre.</p> <p>b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.</p> <p>c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.</p> <p>d. Ya no puedo tomar decisiones.</p>
14	<p>a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.</p> <p>b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.</p> <p>c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.</p> <p>d. Creo que me veo feo.</p>
15	<p>a. Puedo trabajar tan bien como antes.</p> <p>b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.</p> <p>c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.</p> <p>d. No puedo trabajar en absoluto.</p>
16	<p>a. Puedo dormir tan bien como antes.</p> <p>b. No puedo dormir tan bien como solía.</p> <p>c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.</p> <p>d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.</p>

17	<p>a. No me canso más que de costumbre. b. Me canso más fácilmente que de costumbre. c. Me canso sin hacer nada. d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.</p>
18	<p>a. Mi apetito no es peor que de costumbre. b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser. c. Mi apetito esta mucho peor ahora. d. Ya no tengo apetito.</p>
19	<p>a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente. b. He rebajado más de dos kilos y medio. c. He rebajado más de cinco kilos. d. He rebajado más de siete kilos y medio.</p>
20	<p>a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre. b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento. c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa. d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.</p>
21	<p>a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo. b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar. c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo. d. He perdido por completo el interés en el sexo.</p>

Anexo N° 3 Escala de Sobrecarga de Zarit

A continuación se le presentará una serie de 22 enunciados relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuida a una persona, de los cuales se le pide asignar una calificación del 1 al 5 siendo:

- 1- Nunca
- 2- Rara vez
- 3- Algunas veces
- 4- Bastantes veces
- 5- Casi siempre

1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficientemente tiempo para usted?	
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6. ¿Piensa que el cuidar de su familia afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	

8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?	
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de otros gastos?	
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17. ¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
22. Globalmente, ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar de su familiar?	
TOTAL	

Anexo N° 4 Declaración Jurada

DECLARACIÓN JURADA

Yo Beatriz Alejandra Cordero Pérez, mayor de edad, portadora de la cédula de identidad número 1-1481-0831 egresada de la carrera de Psicología de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura en Psicología, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: Perfil de características de los cuidadores informales de pacientes del Gran Área Metropolitana, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 25 días del mes de Octubre del año dos mil diecisiete.



Firma del estudiante

Cédula 1-1481-0831.

Anexo N° 5 Carta del Tutor

CARTA DEL TUTOR

San José, 25 de octubre de 2017

MSc. Aarón Ocampo Hernandez
 Dirección
 Psicología
Universidad Hispanoamericana

Estimado señor:

El estudiante Beatriz Alejandra Cómo Pérez, cédula de identidad número 1 1481 0831 me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado Perfil de cuidadores primarios de pacientes., el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Psicología.

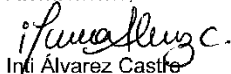
En mi calidad de tutor, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	8
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	27
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	15
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18
	TOTAL		88

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,



Ingrid Álvarez Castro
Cédula identidad 1 1146 0718
Carné Colegio Profesional 9361

Anexo N°6 Carta de aprobación del Lector

CARTA DEL LECTOR

San José, 18 de noviembre de 2017

MSc Aaron Ocampo Hernández
Dirección de Carrera de Psicología
Universidad Hispanoamericana

Estimado señor:

El estudiante Beatriz Alejandra Cordero Pérez, cédula de identidad número 1-1481-0831, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "**Perfil de características de los cuidadores informales de pacientes del gran área metropolitana**", el cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, en cuanto a las observaciones y correcciones solicitadas en el documento. He verificado que se han hecho las modificaciones correspondientes a las observaciones indicadas.

Este proyecto de investigación cuenta con mi aval y aprobación para la defensa del trabajo.

Atentamente,



Licda. Melania Meneses Alvarado
Cédula identidad N 303530918
Carné Colegio Profesional N 2363

Licda. Melania Meneses A.
Psicóloga • Cód. 2363

Anexo N°7 Carta de aprobación del Filólogo



EDUCATESIS, hace constar que se realizó la revisión del presente trabajo, se analizó la construcción de párrafos, vicios del lenguaje, ortografía, puntuación y otros relacionados a la Corrección de Estilo, sin alterar la intencionalidad del autor y el enfoque del tema. Por lo tanto, CERTIFICA, la revisión y corrección de la tesis para optar por el Grado Académico de:


LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.

Tema:
PERFIL DE CARACTERÍSTICA DE LOS CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES
DEL GRAN ÁREA METROPOLITANA.

Elaborado por: **BEATRIZ ALEJANDRA CORDERO PÉREZ**

Se extiende la presente en San José, 20 de diciembre del 2017.

Atentamente



LICDA. JACQUELINE E. RÍOS A.
COORDINADORA GENERAL DE FILÓLOGOS
EDUCATESIS
C/616



educatesis@hotmail.com
8762-2302