

**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**SEMINARIO DE TÍTULO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA PARA OPTAR AL GRADO DE  
PSICOLOGA Y LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**“LAS HISTORIAS DE RESISTENCIA CONTRA EL DESGASTE EMOCIONAL Y LOS  
ESTEREOTIPOS ASOCIADOS A LA VEJEZ: IMPLEMENTACIÓN DEL TALLER EL  
ÁRBOL DE LA VIDA EN CUIDADORAS FORMALES DE ADULTOS MAYOR”**

**PROFESOR GUÍA:  
CLAUDIA MIRANDA CASTILLO  
JAVIER MORÁN KNEER**

**POR:  
KARLA ARCE BEAS  
GABRIELA BRAVO RODRÍGUEZ  
GABRIELA CASTRO VILLALOBOS  
VALERIA FUENZALIDA HUERTA**

**VALPARAÍSO, ENERO 2015**

## ÍNDICE

<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>6</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
2.1 Objetivo general.....	12
2.2 Objetivos específicos.....	12
<b>3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS.....</b>	<b>13</b>
3.1 Pregunta de investigación.....	13
3.2 Hipótesis.....	13
<b>4. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
4.1 Adulto mayor.....	14
4.1.1 El envejecimiento de la población.....	14
4.1.2 Las condiciones de vulnerabilidad y dependencia en la población de adultos mayores.....	16
4.2 La figura del cuidador.....	20
4.2.1 La sobrecarga y sus efectos sobre los cuidadores formales de adultos mayores.....	22
4.3 Estereotipos negativos asociados a la vejez.....	25
4.4 Desde la mirada postmoderna.....	29
4.4.1 Un cambio en la perspectiva.....	29
4.4.2 El lenguaje, su historia y su giro.....	32
4.4.3 El árbol de la vida.....	33

<b>5. MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>38</b>
<b>5.1 Diseño de investigación.....</b>	<b>38</b>
<b>5.2 Muestra.....</b>	<b>38</b>
<b>5.2.1 Presentación de consentimiento informado.....</b>	<b>38</b>
<b>5.3 Reclutamiento de los participantes.....</b>	<b>38</b>
<b>5.4 Sesiones del taller el árbol de la vida.....</b>	<b>39</b>
<b>5.5 Descripción de los instrumentos.....</b>	<b>41</b>
<b>5.5.1 Cuestionario socio-demográfico.....</b>	<b>41</b>
<b>5.5.2 Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.....</b>	<b>42</b>
<b>5.5.3 Cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE).....</b>	<b>42</b>
<b>5.5.4 Maslach Burnout Inventory.....</b>	<b>43</b>
<b>5.5.5 Cuestionario OQ-45.....</b>	<b>43</b>
<b>5.6 Análisis de datos.....</b>	<b>44</b>
<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>45</b>
<b>6.1 Caracterización de los cuidadores formales.....</b>	<b>45</b>
<b>6.2 Datos clínicos reportados en la muestra previa al taller.....</b>	<b>48</b>
<b>6.2.1 Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.....</b>	<b>48</b>
<b>6.2.2 Escala de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE).....</b>	<b>49</b>
<b>6.2.3 Maslach.....</b>	<b>50</b>
<b>6.2.4 OQ-45.2.....</b>	<b>53</b>
<b>6.3 Descripción de los datos obtenidos posterior al taller y la</b>	

comparación con los resultados obtenidos previos al taller.....	55
6.3.1 Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.....	55
6.3.2 Escala de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE).....	57
6.3.3 Maslach.....	59
6.3.4 OQ-45.2.....	61
6.4 Tabla resumen variables clínicas pre y post taller “Árbol de la vida”..	64
7. DISCUSIÓN.....	65
7.1 Variables sociodemográficas.....	65
7.1.1 Respetto del género.....	65
7.2 Características clínicas de las cuidadoras formales.....	68
7.2.1 Según el cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE).....	68
7.2.2 Sobrecarga y agotamiento emocional.....	70
7.2.3 Sintomatología Ansioso-Depresiva.....	74
8. LIMITACIONES Y FORTALEZAS.....	78
8.1 Limitaciones.....	78
8.2 Fortalezas.....	79
9. PROYECCIONES.....	82
10. CONCLUSIONES.....	85
11. BIBLIOGRAFÍA.....	87

## INDICE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1: Distribución etaria de las participantes.....</b>	<b>45</b>
<b>Gráfico 2: Distribución estado civil de las participantes.....</b>	<b>46</b>
<b>Gráfico 3: Distribución nivel educacional de las participantes.....</b>	<b>46</b>
<b>Gráfico 4: Distribución tiempo trabajando de las participantes.....</b>	<b>47</b>
<b>Gráfico 5: Distribución tiempo dedicado al cuidado de las participantes...</b>	<b>48</b>
<b>Gráfico 6: Resultados CENVE.....</b>	<b>49</b>
<b>Gráfico 7: Resultados Maslach Total.....</b>	<b>50</b>
<b>Gráfico 8: Sub-escala Agotamiento Emocional.....</b>	<b>51</b>
<b>Gráfico 9: Sub-escala Despersonalización o Cinismo.....</b>	<b>52</b>
<b>Gráfico 10: Sub-escala Realización Personal.....</b>	<b>52</b>
<b>Gráfico 11: OQ-45.2 Resultado Total.....</b>	<b>53</b>
<b>Gráfico 12: OQ-45.2 Sub-escala Distrés Sintomático.....</b>	<b>54</b>
<b>Gráfico 13: Sub-escala Relaciones Interpersonales.....</b>	<b>54</b>
<b>Gráfico 14: OQ-45.2 Sub-escala Rol Social.....</b>	<b>55</b>
<b>Gráfico 15: Zarit pre-post.....</b>	<b>56</b>
<b>Gráfico 16: Resultados Zarit pre-post clínicos.....</b>	<b>56</b>
<b>Gráfico 17: CENVE pre-post.....</b>	<b>58</b>
<b>Gráfico 18: CENVE pre-post cambio clínico.....</b>	<b>59</b>
<b>Gráfico 19: Maslach pre-post.....</b>	<b>60</b>

**Gráfico 20: Maslach pre-post cambio clínico..... 61**

**Gráfico 21: OQ.45.2 pre-post..... 62**

**Gráfico 22: OQ.45.2 pre-post cambio clínico..... 63**

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento de la población mundial es uno de los fenómenos demográficos más significativos del siglo XX. Dado los ritmos diferenciados, inicialmente se ha manifestado en países como Europa y América del Norte, extendiéndose posteriormente y de manera paulatina, a países de menor nivel de desarrollo relativo; entre ellos, los países de América Latina. En las tendencias a futuro, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reveló que en el año 2050, el 80% de la población de adultos mayores se concentrará en países como Chile, China y la República Islámica de Irán; lo que generará una mayor proporción de adultos mayores en dichos países que los Estados Unidos de América.

Chile ha demostrado avanzar, desde los años 90's, en dirección a dichos cambios demográficos. Lo cual se advierte al comparar el CENSO realizado el año 1992 y el 2012, donde se observa una baja de un 0,63% en la tasa de crecimiento anual de la población general. En la misma tendencia se encuentra la tasa de natalidad, reportando una disminución de 3,5 hijos entre los años 1955 y 2005. Por el contrario, en la población de adultos mayores según el Instituto Nacional de Estadística (INE) evidencia que, entre el año 1900 y 1950, se duplicaron en número. Tal aumento continuó en los años siguientes, por lo que se espera que en 21 años más se vuelvan a duplicar. Además de lo anterior, es importante mencionar, el aumento en el promedio de la esperanza de vida desde 57 años de edad a comienzos de 1960, hasta la actualidad, que en la población femenina ha alcanzado los 79 años. En las proyecciones que realiza el INE y el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) se estima que, para el periodo entre los años 2045 y 2050, la esperanza de vida alcanzará para hombres los 79 años y para las mujeres 85 años.

Esta nueva demografía ha advertido sobre la necesidad de velar por la plena integración del adulto mayor en la sociedad y por la satisfacción de sus necesidades particulares; mediante la formulación de políticas, planes y programas que fomenten la participación, promuevan el cuidado y autonomía. En función de lo anterior, en Enero del año 1995, se crea en Chile el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) bajo el gobierno del ex Presidente de la República, Eduardo Frei Ruiz-Tagle, a partir de la Ley

Nº19.828, sometido a la supervigilancia del gobierno a través del Ministerio de Desarrollo Social. Este servicio tiene por misión mejorar la calidad de vida de las personas mayores de nuestro país y generar programas orientados a la protección social, difusión, promoción de derechos y participación ciudadana (SENAMA, 2009). En la actualidad, se ha propuesto una política integral de envejecimiento positivo para el período 2012- 2025, la cual no se limita sólo a la solución de problemas, sino que busca crear un futuro deseable, donde el país enfrente con éxito los desafíos de esta nueva estructura demográfica (Ministerio de Desarrollo Social, 2012)

Es importante considerar que la preocupación por las personas mayores no ha surgido, única y exclusivamente, por el cambio demográfico mencionado, sino que se ha reconocido en esta población además, mayor vulnerabilidad y dependencia, al encontrarse más expuesta que otros grupos a enfermedades, a la pobreza, a la marginación social, entre otras. De todas éstas, la evidencia empírica refiere que, el declive de la salud física es uno de los aspectos que genera mayor malestar en la vejez, constituyendo el punto de partida a los trastornos psiquiátricos. Cuando las condiciones de salud están alteradas, ya sea por trastornos, limitaciones físicas y/o enfermedades, se entiende que la relación que sostiene una persona mayor con otra es de dependencia (Boggio, 2011; Olivares-Tirado, 2006; Sotolongo, 2012; Aranibar, 2001; Rojas, Toronjo, Rodríguez y Rodríguez, 2006).

El concepto de dependencia, ha sido definido operacionalmente en el Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores el año 2009, según la funcionalidad que una persona posee, la cantidad, tipo y nivel de ayuda que necesita. Del total de adultos mayores, según el mismo estudio, el 24,1% de ellos son dependientes del cuidado de un tercero.

Es en este contexto que aparece, como necesidad imprescindible, la figura del cuidador para asistir a una persona afectada con algún tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad. Este rol, ha sido suplido inicialmente y de manera tradicional por un familiar cercano de la persona afectada, a quienes se les ha denominado desde la literatura como “cuidador informal”. Posteriormente y en creciente aumento, se ha incluido el cuidado profesionalizado; éste puede ser brindado por alguna institución o algún profesional particular contratado por la familia. A éste se conoce como “cuidador

formal” (Flórez Lozano et al, 1997; Torres, 2008; Flórez Lozano et al, 1997; Aguas, 1999). Un estudio realizado en Chile revela que un alto porcentaje de personas mayores reciben cuidados de manera informal, un 92,2%, siendo menor el porcentaje de personas que recibe apoyo de un cuidador formal (Chile y sus mayores, 2011).

Esta investigación está centrada en el cuidador de tipo formal, considerando el aumento creciente de la población de adultos mayores según las predicciones mencionadas; y por consecuencia, el aumento de la necesidad de cuidadores formales, dada la proliferación progresiva de la población senil hacia centros especializados (Rogero-García, 2009; Barenys, 1990).

Esto último, es coincidente con importantes cambios que nuestra sociedad ha vivido durante las últimas décadas, caracterizados por un rápido tránsito desde una estructura de tipo colectivista, caracterizada por la pertenencia al grupo, con intereses y objetivos compartidos entre los miembros, hacia una sociedad individualista que se caracteriza por la independencia emocional, autonomía y la priorización de intereses individuales por sobre lo grupal. (Richerson, Baldini, Bell, Demps, Frost, Hillis & Zefferman, 2014; Calvo-Salguero, Aguilar, Salinas, 2008).

Frente a este cambio social es que cobra mayor significación la figura del cuidador formal, como una respuesta frente a las necesidades de cuidados que presentan los adultos mayores; y por otra parte, adquieren relevancia los estudios respecto a los efectos que se evidencian en los cuidadores al encontrarse al cuidado de personas mayores (Losada, Montorio, Fernández y Márquez, 2005; Montorio, Fernández, López y Sánchez, 1998).

Éstos efectos han sido denominados de diversas maneras, entre ellos, nos encontramos con el *burnout* o “estar quemado/a” (Órdenes, 2004), declive de la calidad de vida y salud física (Vaquiro, Stiepovich, 2010), deterioro de la salud psicológica, carga de cuidado (Rogero-García, 2010), crisis del estado de bienestar (Torres, Ballesquero, Sánchez, 2008), desgaste emocional (Jofré y Sanguenza, 2010; Pereira, 2008; Acton y Kang, 2001), entre otros.

Torres (2008) menciona los “estresores”, dice que éstos pueden “cargar emocionalmente” a los cuidadores generando repercusiones en el entorno laboral y con esto, afectar la forma en que se cuida de los adultos mayores. El desgaste y los

problemas psicológicos (ansiedad, depresión, etc.), perjudican el bienestar psicológico del trabajador en las instituciones y además, tiene efectos en la calidad de la atención a los destinatarios/as. Por este motivo, resulta atingente la evaluación de la carga emocional para prevenir futuros problemas psicológicos en el cuidador, pues una evaluación temprana permitiría realizar intervenciones terapéuticas para resguardo del cuidador y también, de los adultos mayores (Jofré y Sanguenza, 2010; Pereira, 2008; Acton y Kang, 2001; Brodaty, Green y Koschera, 2003; Heejung, Chang, Rose y Kim, 2011).

Diversas estrategias han buscado disminuir el desgaste emocional en cuidadores, a partir de focos de intervención diferentes: aprendizaje de técnicas de relajación, autocontrol emocional (Ortis, 2007; Zambrano y Ceballos, 2007.), mindfulness (Sarmiento y Gómez, 2013), estrategias de afrontamiento (Cerquera y Galvis, 2014; Popp, 2008; Torre, Martín-Corral, Callejo, Gómez-Vega, La Torre, Vallejo y Arizaga, 2008), psicoeducación (Spín, 2009; Torres, Ballesteros y Sánchez, 2008), entre otras.

La presente investigación pretende situarse desde un foco diferente, primeramente busca responder a la propuesta de envejecimiento positivo realizada por el SENAMA (2014), y específicamente al interés que ha expresado esta institución respecto a inducir a un cambio cultural que promueva la valoración positiva de las personas mayores. Dado que los cuidadores poseen una serie de creencias, conceptos, valores, opiniones e ideas que se generan en torno del adulto mayor y todas éstas además, son un reflejo de los significados que cada persona le otorga a la experiencia de cuidar, al concepto de vejez y/o a las personas mayores son relevantes, pues no sólo son ecos resonantes de los discursos dominantes, sino además, el significado que las personas atribuyen a los hechos es lo que determina y moldea sus comportamientos (Rodríguez, Andrade y Marqués, 2001; White y Epston, 2002; Anderson, 1999; Maturana y Varela, 2003).

En relación a lo anterior, la mirada posmoderna, al estar centrada en el lenguaje y en cómo un cambio a nivel del discurso moldea las formas en que se percibe la realidad y por consiguiente, las formas en que se comportan las personas en una determinada cultura, se considera una mirada pertinente frente a la preocupación manifestada por el SENAMA (2014) acerca de cómo se piensa de la vejez y de las

personas mayores (Anderson, 1990. White, 1997. White & Epston, 2002. Gadamer, 1975. Sassenfeld, 2010. Gergen, 1992. Maturana y Varela, 1987. Wittgenstein, 1961. Bruner, 1986).

Por otra parte, este estudio intenta acoger el desafío de distanciarse de la ética del control como plantea *The Dulwich Centre* (2002) en una de sus publicaciones. Buscando tomar distancia de la manifestación de ideas y prácticas moldeadas por el uso y reproducción del poder de maneras represivas, que a su vez camina hacia una ética que denomina “colaborativa”, la cual busca una cercanía al trabajo asociado con el otro; indicando cómo el otro es quien nos hace humanos en una exigencia de responsabilidad ética (Bruner, 1986; Lévinas, 1976, 1987; Esler y Waldegrave, 1993; Anderson, 1999; White y Epston, 2002; Foucault, 1980 citado por Michael White, 2002; Fombuena, 2011).

El Taller “el Árbol de la Vida” es una práctica narrativa que ha sido desarrollada como una práctica comunitaria en contextos de trauma. Éste invita a un espacio en que cada persona puede contactarse con sus historias personales y a través de ellas compartir conocimientos y habilidades, así como el peligro que enfrentan y las formas que han escogido para responder a estas dificultades (Denborough, 2008; White y Epston, 2002; Latorre, 2010; Jorquera, 2010; Santos y Fernando 2010).

Esta investigación se pregunta, por tanto: ¿es posible que al sumergirnos en las historias de vida de las personas y en las asociadas al contexto laboral, a través del árbol de la vida, en éstas se encuentren ciertas formas de resistir a las dificultades que consigan que el desgaste emocional y los estereotipos asociados a la vejez disminuyan?

*The Dulwich Centre* (2009) y sus colaboradores, han manifestado su interés en el desarrollo de nuevos métodos de investigación coherentes con los principios de las prácticas narrativas y además, por la relevancia que posee la evidencia al permitir conocer los efectos de dichas prácticas (Besa, 1994; Weber, Davis, McPhie, 2006; Vromanns, 2008; Rabinowitz, Goldberg, 2009; Vromanns & Schweitzer, 2010; Cashin, Browne, Bradbury, Mulder, 2013).

Esta investigación es la primera evidencia cuantitativa sobre la efectividad del taller “El Árbol de la Vida” según la búsqueda bibliográfica realizada, buscando que a

través de cifras se aliente a un conocimiento y reflexión de este tipo de prácticas en nuestro país y en los profesionales interesados en este tipo de prácticas.

Por último, no quisiéramos dejar fuera que pretendemos entregar una respuesta a lo planteado por el SENAMA en sus planes y proyectos actuales, una aplicación preventiva del maltrato desde una mirada posmoderna al autocuidado y al desgaste emocional en el trabajo con grupos de cuidadores formales.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo general**

Evaluar la efectividad del taller “El árbol de la vida”, en la disminución del desgaste emocional y en los estereotipos asociados a la vejez en un grupo de cuidadores formales de adulto mayor.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Determinar los niveles de sobrecarga emocional y desgaste emocional, que poseen las cuidadoras formales del grupo experimental pre y post intervención.
- Determinar el nivel de sintomatología ansioso-depresiva que poseen las cuidadoras formales del grupo experimental pre y post intervención.
- Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en el desgaste emocional de cuidadoras formales, pre y post intervención.
- Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en la sobrecarga emocional de cuidadoras formales, pre y post intervención.
- Determinar si el taller tiene algún impacto sobre los estereotipos negativos hacia la vejez que poseen las cuidadoras formales del grupo experimental pre y post intervención.

### **3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS**

#### **3.1 Pregunta de investigación**

¿La aplicación del taller “El Árbol de la Vida” es efectiva para disminuir la sobrecarga emocional y los estereotipos asociados a la vejez de un grupo de cuidadoras formales de adulto mayor?

#### **3.2 Hipótesis**

Ho: No se encontrará una disminución estadísticamente significativa en relación a la sobrecarga emocional y los estereotipos asociados a la vejez en el grupo de cuidadoras formales entre la evaluación pre y post.

H1: Se encontrará una disminución estadísticamente significativa en relación a la sobrecarga emocional y los estereotipos asociados a la vejez en el grupo de cuidadoras formales entre la evaluación pre y post.

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1. Adulto mayor**

#### **4.1.1. El envejecimiento de la población**

En la nueva demografía, que se presenta a nivel mundial desde 1980, se ha observado desde los años 90's en nuestro país. Evidenciando una baja en la tasa de crecimiento anual de la población general y una disminución de la tasa de fecundidad. Respecto a las personas mayores, se ha advertido un aumento sostenido de la población y aumento en la esperanza de vida (OMS, 2012). Este aumento progresivo de las expectativas de vida en todas las sociedades presenta para los próximos decenios el importante desafío de definir el significado y los roles sociales de los adultos mayores (Zavala, Vidal, Castro, Quiroga, Klassen, 2006).

Según el perfil epidemiológico del adulto mayor en Chile (2006) en los últimos 30 años, la población ha experimentado un proceso de envejecimiento demográfico acelerado y sin precedentes históricos. Hasta 1970, las personas mayores de 60 años representaban un 8% de la población de Chile, en el Censo de 2002 aumentaron a un 11,4% de la población y en los próximos 20 años se estima una tasa de crecimiento de 3,7% anual para este grupo etáreo, por lo que se proyecta para el año 2025, una población de 3.825.000 adultos mayores, representando el 20% de la población del país. En concordancia con lo anterior, el Estudio de recopilación, sistematización y descripción sobre la vejez en Chile (2011), clasifica a nuestro país dentro de los países de envejecimiento moderado-avanzado, lo que impone un conjunto de exigencias al diseño de políticas públicas, las que buscan fomentar el envejecimiento activo y el desarrollo de servicios sociales para las personas mayores, cualquiera sea su condición, fortaleciendo su participación y valoración en la sociedad, promoviendo su autocuidado y autonomía, y favoreciendo el reconocimiento y ejercicio de sus derechos. A raíz de esto, se ha propuesto una Política Integral de Envejecimiento Positivo para el período 2012-2025, que busca crear un futuro deseable, donde el país enfrente con éxito los desafíos de la nueva estructura demográfica que permita la

integración de este grupo etario a los distintos ámbitos de la sociedad (SENAMA, 2011).

El término “Envejecimiento Positivo”, ha ido creciendo ampliamente a lo largo de los últimos 40 años, desde aproximadamente los años sesenta, al mismo tiempo se han adoptado distintos términos prácticamente sinónimos (envejecimiento con éxito, satisfactorio, óptimo, saludable, productivo, activo). La mayor parte de autores concuerdan en que, todas estas rúbricas verbales conforman un nuevo paradigma o nueva consideración de la vejez y el envejecimiento (Giró, 2006; Fernández-Ballesteros, 2007; Calvo, 2013).

Se plasma la idea de que los individuos son agentes y gestores de su propio envejecimiento; así, sabemos que las formas de envejecimiento no ocurren al azar; los expertos nos dicen que aproximadamente un 25% depende de factores genéticos y un 75% de factores ambientales y conductuales (Fernández-Ballesteros, 2011). Sabemos que la biología, la genética, y la capacidad de adaptación son tres factores fundamentales que determinan cómo envejece una persona. Sin embargo, otros factores que intervienen de manera fundamental en el proceso de envejecimiento positivo, son los de índole personal y los relativos a los estilos de vida (Giró, 2005); por lo tanto, no se reduce al mantenimiento de una buena salud libre de discapacidad, sino que también implica el mantenimiento óptimo de aspectos psicológicos y sociales.

Es importante mencionar que el Envejecimiento Positivo es considerado un concepto multidimensional que abarca, trasciende y supera la buena salud y que está compuesto por un amplio conjunto de factores bio-psicosociales (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, López, Molina, Montero, Schetinni, 2010) .Por este motivo, se hace necesario recalcar, que la persona no es el único responsable de su propio envejecimiento sino que está inmerso en una realidad socio-cultural, que actúa, no cabe duda, en su desarrollo, crecimiento y declive (Fernández- Ballesteros, 2011).

Por lo que el objetivo es extender la calidad, la productividad y esperanza de vida a edades avanzadas. Desde esta perspectiva, los determinantes del envejecimiento positivo o saludable serían: económicos, sociales, físicos, servicios sociales y de salud, personales (psicológicos y biológicos) y comportamentales (estilos de vida) (Ballesteros, 2007; Zamarrón, 2007). Según la Organización Mundial de la

Salud (OMS, 2002) los determinantes del envejecimiento activo serían: transversales (cultura y género), relacionados con los sistemas sanitarios y servicios sociales, conductuales, del entorno físico, relacionado con el entorno social, económicos y finalmente determinantes relacionados con factores personales. Este último hace alusión a la biología, la genética y los factores psicológicos y en este punto, la investigación arroja datos muy relevantes acerca de los factores psicológicos y como éstos, permiten una adecuada adaptación a los cambios vinculados al proceso de envejecimiento. Estos cambios a los que hacer frente pueden ser relativos tanto al declive físico que evidencia el organismo con el paso del tiempo, como al ambiente social (Dolores, 2008). En resumen, la idea primordial es promover el envejecimiento positivo, la participación e integración de las personas mayores, mediante el diseño e implementación de programas que fomenten su asociatividad, autonomía y autogestión (SENAMA, 2010), sustituyendo el concepto común del envejecimiento como una “declinación”, por una visión del mismo como un período de enriquecimiento sin par (Gergen, 2009).

Específicamente en Chile la Política Integral de Envejecimiento positivo es un marco de acción con orientaciones a largo plazo, que cuenta también con acciones concretas para el corto plazo (2012-2014), algunas con alcance universal. Los compromisos de corto plazo más significativos incluyen la prevención y atención del maltrato. Todas las acciones comprendidas (de largo y corto plazo) son costo-efectivas y directa o indirectamente contribuyen a prevenir y postergar la dependencia, mejorar la participación e incrementar el bienestar subjetivo de las personas mayores (Ministro de Desarrollo Social, 2012).

#### **4.1.2 Las condiciones de vulnerabilidad y dependencia en la población de adultos mayores**

Chile comparte un perfil epidemiológico con países desarrollados, y en éste se enfatiza en la prevención y en la promoción de un “envejecimiento saludable”. Se predice que habrá un incremento de la población portadora de enfermedades crónicas o discapacidades, generadoras de una importante dependencia funcional y por lo tanto,

los adultos mayores dependerán de otros en su cuidado y actividades de la vida cotidiana. (Departamento de estudios y desarrollo, 2006).

En primera instancia, es relevante tener en cuenta, que gran parte de la población de adultos mayores se encuentra en condiciones de vulnerabilidad, debido al riesgo biopsicosocial al cual se ven expuestos y es en relación a lo mismo, que se genera la dependencia de un tercero. Es por esto que tanto el concepto de vulnerabilidad, como el de dependencia, se encuentran relacionados de manera directa (Barthel, 1965; Baltes y Wahl, 1990; Abanto, 2000; Molinier, 2009). Todas las personas, grupos y comunidades son vulnerables en mayor o menor grado, ya sea por factores económicos, sociales, culturales, demográficos entre otros, en cada grupo se involucran riesgos e inseguridades diferentes. Resulta complejo determinar aquellos factores que explican las razones por las cuales ciertas personas, comunidades y grupos tienen mejores capacidades que otros para enfrentar situaciones de desventaja social (Bell y Morce, 2000; Busso, 2001). El sólo considerar los factores de riesgo en el análisis de la vulnerabilidad social, tiene como consecuencia una visión parcial e incompleta, ya que no se podrían prever todas las situaciones que generan vulnerabilidad, por lo que algunas acciones beneficiarían a unas cuantas personas de un colectivo determinado, mientras que otras perjudicarían a personas del mismo colectivo o de uno diferente (Caro, 2003)

Desde el punto de vista de los adultos mayores, esto se explica porque el envejecimiento, como fenómeno sociodemográfico, plantea numerosas interrogantes gerontológicas y geográficas, vinculadas a las relaciones socioespaciales y temporales surgidas de las interacciones entre los individuos longevos y contextos ambientales determinados. Se reconoce que las personas mayores experimentan vulnerabilidad al estar expuestas, más que otros grupos a enfermedades (declive fisiológico), a la pobreza (reducción de ingresos, jubilación o discriminación laboral) y a la marginación social (disminución del flujo de relaciones sociales), entre otros. Las características y dimensiones de vulnerabilidad social de los adultos mayores implica factores de exclusión social, problemas de salud, soledad y abandono, que están relacionados con el contexto histórico, político, económico, cultural y religioso (Bell y Morce, 2000;

Busso, 2001; Aranibar, 2001; Sánchez-González, 2009; Sánchez-González y Egea-Jiménez, 2011).

Sánchez-González (2009) diferencia tres sub-tipos de vulnerabilidad social de los adultos mayores que convergen y se vinculan con los riesgos de envejecer en un hogar: a) vulnerabilidad física, asociada a la discapacidad y establecida por el envejecimiento biológico de la persona; b) la vulnerabilidad social-dependiente, relacionada con el riesgo de dependencia en la vejez y establecida por factores socio-familiares y ambientales; c) la vulnerabilidad ambiental comprendida por los riesgos relacionados al contexto del envejecimiento (vivienda, comunidad), y determinadas por factores socioeconómicos (ingresos, condiciones de vivienda, servicios) y factores de subjetividad espacial (proximidad con familiares, amigos, etc.)

Es así, como a partir de esta noción de vulnerabilidad biopsicosocial asociada a los adultos mayores, cobran relevancia las redes que se establecen tanto con los cuidadores y con otros dispositivos interdisciplinarios. La cooperación entre los diferentes tipos de cuidadores puede ser fundamental para la superación de la vulnerabilidad de ancianos y cuidadores familiares en el contexto hogareño, y adquiere especial relevancia en la institucionalización de larga estadía, cuando una intervención adecuada del equipo interdisciplinario puede potenciar la ayuda al anciano utilizando los recursos de la red familiar y social del mismo (Reyes, 2001)

Por tanto, se puede considerar, que el apoyo externo otorgado a las personas mayores, se hace imprescindible en estos casos, debido a la disminución de la funcionalidad de éstas; y con ello comienza a emerger el concepto de dependencia, en relación a la situación de vulnerabilidad descrita anteriormente (Lawton, 1983; Andrews y Phillips, 2005).

Es así como, la dependencia, ha sido definida operacionalmente según el Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores del año 2009 como la funcionalidad de la persona y la cantidad, tipo y nivel de ayuda de terceros. En base a la situación de vulnerabilidad física en la que se encuentra esta población surge la dependencia por parte de los adultos mayores, lo cual tiene diversos efectos para el individuo, para su familia y la sociedad en conjunto. Las personas mayores son las que

presentan tasas más altas de discapacidad, principalmente debido a la acumulación de riesgos a las que se ven expuestos en cuanto a la salud (Situación Mundial de la Discapacidad, 2013).

Es en esta línea, que han existido múltiples conceptualizaciones en torno a la dependencia, sin embargo existen ciertos consensos en las definiciones. Es así como ha sido definida como la incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria (Barthel, 1965). Baltes y Wahl (1990) la definen como la necesidad de ser ayudado para ajustarse a su medio e interactuar con él. En la misma línea, la Asociación Americana de Retraso Mental (2007), la define como la necesidad de apoyos que precisa un individuo en el desenvolvimiento corriente en las diversas áreas de habilidades adaptativas. Por su parte, Abanto (2000), desde un punto de vista asistencial, enfatiza la necesidad de ayuda cuando se recurre a un tercero o cuidador y estos cuidados afectan los actos elementales de la vida diaria.

Por tanto, es en base a esto, que la dependencia ha sido conceptualizada desde la funcionalidad del sujeto; y es por lo mismo que existe una directa relación entre la salud, el envejecimiento y la dependencia. Igualmente la vulnerabilidad se encuentran directamente relacionada a este último concepto debido a que la condición de vulnerabilidad de un anciano se consolida cuando éste depende de otros para resolver su vida cotidiana, y será mayor cuanto más formas de dependencia presente (Tarrío, De los Reyes, 2004).

Se observa la dependencia como un problema que demanda recursos en todos los espacios, institución pública, familia, etc. además del desgaste de recursos humanos que provoca. (Rojas, Toronjo, Rodríguez, Rodríguez. J. 2006). Es en relación a esto, que el entorno social juega un rol primordial en contribuir al desempeño autónomo del adulto mayor, en conjunto a la mantención de una salud óptima y la funcionalidad de éste, por medio de recursos o medios que aborden la prevención, rehabilitación y provisión de cuidados, para todo a quien se encuentre afectado (Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores, 2009).

Es debido al aumento poblacional de adultos mayores que se producirá inevitablemente una mayor demanda de atención a largo plazo. Y por esto mismo, es que el deterioro de la salud en las personas mayores conduce a una pérdida de la

independencia y por ende se requiere de servicios formales de apoyo, en este caso una persona que cuide de forma directa a ancianos en diversos ámbitos (Castelblanque, Cuñat, 2002).

Por tanto, es en relación a las temáticas anteriormente abordadas, que se puede entender y concluir a la vez, que la vulnerabilidad-dependencia, si bien son conceptos diferentes, se encuentran vinculados el uno del otro, debido a que la dependencia emerge a partir de la vulnerabilidad. En este caso, de las condiciones de invalidez o desprotección en la que se encuentra gran parte de la población senil. A su vez la vulnerabilidad de los adultos mayores, conlleva necesariamente a un cierto grado de dependencia, que por lo general va siendo progresivo, debido al deterioro de los adultos mayores. Por lo que, reflexionar sobre la vulnerabilidad implica, cuando menos, pensar en quienes cuidan de otros habitualmente, y en las vulnerabilidades intrínsecas al trabajo de cuidado (Molinier, 2009)

## **4.2 La figura del Cuidador**

Aún cuando no existe claridad con respecto a los inicios de la figura del cuidador, se podría señalar que el surgimiento o visibilización de la figura del cuidador de adultos mayores, se remonta a la Primera Asamblea Mundial de la Naciones Unidas, celebrada en Viena el año 1982. En la cual, debido al aumento demográfico de la población senil, se analizaron diversas políticas gubernamentales y el plan de acción a nivel internacional a lo que a salud se refiere, específicamente en la población de adultos mayores (Naciones Unidas, 1982).

Los adultos mayores han sido identificados como un grupo en riesgo, debido al grado de dependencia que presentan producto de sus discapacidades físicas y cognitivas. No siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que lo son debido a la forma en cómo son categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre ellos. Si bien es cierto, el envejecer implica un deterioro biológico, son las condiciones sociales de carencia de servicios y las ideas contenidas en el modelo médico tradicional las que restan oportunidades para que las personas mayores se mantengan activas y autovalentes. Es por lo mismo que requiere del apoyo de un

tercero. Así es como surge la figura del cuidador; a partir de las demandas o requerimientos de esta población (Chawla, 1988; Bell y Morce, 2000; Busso, 2001; Aranibar, 2001; Sánchez-González, 2009; Sánchez-González y Egea-Jiménez, 2011). Los cuidadores son aquellas personas que asisten o cuidan a otra afectada con algún tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad, la cual le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades cotidianas o de sus relaciones sociales (Flórez Lozano et al, 1977; de los Reyes, 1999).

Sin embargo, existe una distinción entre los cuidadores formales e informales. Los conceptos cuidador formal y cuidador informal se diferencian básicamente en el ámbito donde se desempeñan las tareas del cuidado y en el vínculo relacional que se establece con la persona cuidada, aunque también haya otros aspectos que destacar. Los cuidadores informales son aquellas personas que no disponen de capacitación, no son remunerados por la tarea que realizan y tienen un alto grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada principalmente por el afecto y la atención sin límites de tiempo. Quienes desempeñan esta labor son generalmente familiares, amigos y/o vecinos que realizan esta labor de forma voluntaria. Por otro lado, se ha definido a los cuidadores formales como aquellas personas capacitadas a través de cursos teóricos-prácticos de formación, dictados por equipos multidisciplinarios de docencia para ofrecer atención preventiva asistencial y educativa al núcleo familiar de la persona cuidada. Su labor cubre el hogar, hospital, residencias y servicios sanatoriales. En relación a estos últimos, también existe distinción, que consiste en los cuidadores formales que proveen las instituciones públicas y el que se contrata de manera particular o privada por medio de las familias. (Flórez Lozano et al, 1997, Aguas, 1999; Torres, 2008; Valderrama, 1999; Aparicio, Sánchez, Cuellar, Castellanos, Fernández y de Tena, 2008; Mateo et al., 2000; Islas, Ramos, Aguiar y gArcía, 2006; Cerquera y Galvis, 2013).

Es en base a ello, que se debe optimizar el trabajo en equipo y potenciar las redes multidisciplinarias de profesionales; con el fin de favorecer el cuidado al adulto mayor.

#### **4.2.1 La sobrecarga y sus efectos sobre los cuidadores formales de adultos mayores**

Si bien aparece la necesidad de un tipo de cuidados necesarios y especializados para las personas mayores y la respuesta a esta necesidad ha sido suplida en la figura del cuidador, diversas investigaciones reportan acerca de los efectos que puede tener sobre éstas personas el trabajar al cuidado de otro dependiente y vulnerable sin cuidar de sí mismo (Losada, Montorio, Fernández y Márquez, 2005; Montorio, Fernández, López y Sánchez, 1998; Cerquera y Galvis, 2013)).

De acuerdo con Torres (2008), los cuidadores formales se ven sometidos a una serie de estresores, tanto a nivel laboral como personal, que pueden cargarles emocionalmente, generar repercusiones en su ajuste personal al entorno laboral donde se desempeña y afectar la forma en que lleva a cabo el cuidado de las personas mayores.

Estos efectos que se han observado en los cuidadores han sido denominados de diversas maneras, entre ellos: el *burnout* o “estar quemado/a” (Órdenes, 2004), declive de la calidad de vida y salud física (Vaquiro, Stiepovich, 2010), deterioro de la salud psicológica, carga de cuidado (Roguero-García, 2010), crisis del estado de bienestar (Torres, Ballesquero, Sánchez, 2008), desgaste emocional (Jofré y Sanguenza, 2010; Pereira, 2008; Acton y Kang, 2001), entre otros. De todos éstos, la más frecuentemente mencionada es, en variadas investigaciones, la sobrecarga emocional. En el caso del cuidador formal, la situación también es generadora de sobrecarga pudiendo provocar consecuencias negativas en su salud. En quienes ejercen la labor se ha observado que los niveles de estrés que presentan estos son altos, por lo que los trastornos depresivos u otras alteraciones mentales se hacen bastante frecuentes, en la eficacia en las que llevan a cabo sus tareas (Flórez, 1999; Camacho, Hinostrosa y Jiménez, 2010; Torres, 2008). Los trabajos de Flórez (1999) señalan que los principales factores psicológicos asociados a un mayor grado de estrés en el cuidador son caracterizados por la sensación de pérdida de control, impotencia frente a las conductas del enfermo, tendencias a la culpabilización y valorar la situación penosa actual como estable y global.

Entre estos cuidadores, los menos calificados suelen presentar varias desventajas, entre las que se cuentan poseer menos información para cuidar del paciente, realizar actividades poco gratificantes, recibir menos valoración positiva y la visita de un mayor número de personas que supervisan su trabajo (incluso la familia del paciente), contar con escasa participación en las decisiones, no tener objetivos propios, contar con bajo nivel de formación especializada, y no tener posibilidad de promoción en su trabajo (Franqueza, 2002; González y Domínguez, citado en Aparicio et al., 2008; Moreno, Arango-Lasprilla y Rogers, 2010). Aun cuando el cuidador formal, posee una preparación teórica y práctica para esta labor, la gran dependencia, tanto física como emocional, y a la gran demanda de cuidados que requiere la persona mayor, sin lugar a dudas tiene efectos sobre ellos.

Zarit, Miller y Montgomery (1989) diferencian entre sobrecarga personal y la sobrecarga interpersonal. La sobrecarga personal refiere a la valoración que hace él/la cuidador/a del grado en que sus actividades personales se encuentran limitadas; y sobrecarga interpersonal refleja la percepción que tiene la cuidadora de las conductas problemáticas de la persona que cuida. Estos autores han diferenciado además, entre sobrecarga objetiva, conceptualizada como el grado de dedicación a los cuidados y como impacto de los cuidados en la vida de la cuidadora; y sobrecarga subjetiva, que se refiere a la forma en la que la cuidadora responde a la situación de cuidados, se define como el sentimiento psicológico que se asocia al hecho de cuidar y se relaciona con el grado en que la cuidadora se siente agotada y percibe dificultades para manejar la situación de cuidados.

Este proceso de percepción del impacto de los cuidados y la angustia (distress) es lo que se denomina sobrecarga de la/el cuidadora/or. Por otra parte, la sobrecarga hace referencia a la valoración que hace la/el cuidadora/or de los estresores que se asocia con el cuidado y su impacto, al conjunto de estresores primarios y secundarios asociados a los cuidados, al grado de implicación de los cuidadores en los cuidados, a las consecuencias que se derivan de cuidar sobre sus vidas. (Jofré, Sanguenza, 2010). Asimismo Zarit y sus colaboradores (1980) definieron la sobrecarga generada por la provisión de cuidados como un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador.

Sin embargo, en los cuidadores formales, se pueden tomar ciertas medidas preventivas en el trabajo con adultos mayores, disminuyendo los efectos estresantes que conlleva el cuidado de éstos, ya que el aumento de sobrecarga conlleva un deterioro en la salud mental, social y física del cuidador, presentando con mayor frecuencia trastornos ansioso-depresivos, mayor aislamiento social, empeoramiento en las relaciones familiares. (Mittelman, Ferris, Shulman, Steinber, Levin, 1996; Velásquez, Colin, Gonzalez, 2013; Camacho, Hinostrosa & Jiménez, 2010; Losada, Montorio, Fernández y Márquez, 2005; Montorio, Fernández, López y Sánchez, 1998). Moreno, Arango-Lasprilla y Rogers (2010) señalan que las necesidades más importantes en cuidadores formales son recibir una correcta información, contención emocional y apoyo de parte de profesionales y familiares. La demanda del trabajo de cuidadores genera un gran impacto, necesitando de la atención de los profesionales de la salud. Bajo esta mirada la sobrecarga emocional cobra gran relevancia, ya que es un concepto clave en la investigación de las repercusiones y efectos del cuidado de los adultos mayores hacia los cuidadores formales. Así, el sentimiento de carga del cuidador se ha revelado como un importante factor tanto en la utilización de servicios de larga estancia como en la calidad de vida de los cuidadores (Poulshock y Deimling, 1984; Acton y Kang, 2001; Brodaty, Green y Koschera, 2003).

Por este motivo, resulta atingente conocer la percepción de la sobrecarga emocional en el rol del cuidador, promoviendo una mayor calidad en la vida laboral y el bienestar físico y psíquico. Es decir, la evaluación sobre la carga emocional es necesaria para prevenir futuros problemas psicológicos en el cuidador, pues una evaluación temprana permitiría realizar intervenciones terapéuticas enfocadas en este ámbito (Acton y Kang, 2001; Brodaty, Green y Koschera, 2003).

Por todo lo mencionado Martin y cols (2002) han señalado que resulta necesario continuar investigando variables mediadoras que permitan desarrollar un modelo global sobre los procesos que afectan la carga de los cuidadores e igualmente, estrategias de intervención eficaz que prevengan dicha carga o la reduzcan en la medida de lo posible. Pues en vista de la trayectoria científica que se ha generado hasta el momento presente, parece constatar una carencia de estudios que se dediquen a investigar expresamente la carga emocional en el colectivo de cuidadores formales de ancianos

dependientes, ya que la investigación de la carga se ha limitado específicamente al ámbito familiar de los cuidadores informales (Pereira, 2008;). Asimismo se destaca la escasez de estudios que investigan la salud de los cuidadores/as remunerados y sobre todo, la práctica inexistencia de bibliografía en la que se estudie a los cuidadores/as que no poseen un título (Sanchez, Diaz, Cuéllar, Castellanos, Fernández, De Tena, 2007).

Es primordial presentar espacios de autocuidado, informar, educar y capacitar al cuidador, sin dejar de lado las actitudes y expectativas de éste. Por tanto, si se trabaja en mejorar la salud del cuidador, se mejorará la salud del anciano en la medida que estará y se sentirá mejor tratado por su cuidador, lo que debe ser un objetivo a largo plazo de cualquier intervención con los cuidadores: la salud del anciano como fin último. (Sánchez, Díaz, Cuéllar, Castellanos, Fernández, De tena, 2007). Se requiere la participación de todos los actores involucrados en la institucionalización del anciano para una real integración del mismo al nuevo contexto de cuidados, teniendo en cuenta la influencia de los significados atribuidos por la familia, el anciano y los cuidadores formales a la vejez y sus potencialidades, la internación, las prácticas de cuidado, el autocuidado, la autonomía y la participación (Aroza y Tarrío, 2003).

#### **4.3 Estereotipos negativos asociados a la vejez**

La vejez y el envejecimiento han sido temáticas relevantes abordadas a lo largo de la historia; las cuales han emergido junto a mitos y estereotipos según la sociedad a la que se pertenece. Son tanto los estereotipos positivos como negativos asociados a esta etapa del desarrollo, los que producen una desvalorización del individuo, y es por ello, que resulta relevante poner atención y esfuerzos para su disminución. Es así, como diversas culturas y civilizaciones han surgido diferentes opiniones, evaluaciones y juicios acerca de la vejez; siendo estas evaluaciones las que han traído consigo los estereotipos positivos o negativos, asociados a diversos ámbitos, como lo son los aspectos personales, físicos y psicosociales (Cuddy & Fiske, 2002; Del Carmen, 2010; Franco, 2013).

En un primer momento, el estereotipo ha sido definido como una creencia social que una persona mantiene y comparte con un grupo determinado “endogrupo”, respecto de un grupo diferente “exogrupo”. Estas creencias, los estereotipos, pueden ser generalizados en exceso, ser inexactos y/o resistir a la información nueva manteniéndose aún cuando exista información que demuestre aspectos nuevos. Es por ello, que los estereotipos se vuelven problemáticos, cuando resisten a los cambios incluso si hay informaciones que los contradicen. Pero el gran problema del uso de los estereotipos es que puede conducir a juicios falsos puesto que son reductores (Cuddy & Fiske, 2002; Del Carmen, 2010; Franco, 2013).

El estereotipo social, podría definirse como una imagen mental simplificada, una generalización sobre el grado en que los miembros de un grupo comparten determinados atributos comunes en sus características esenciales; apareciendo en contextos ambientales diversos y poniéndose de manifiesto por medio de procesos cognitivos y motivacionales. Es importante, por otra parte, considerar la distinción entre el estereotipo, el prejuicio y la discriminación, ya que son tres nociones que giran alrededor de la misma idea. El prejuicio es un a priori, un juicio con connotación negativa que se hace de una persona o de un concepto. La discriminación es un acto de exclusión de un individuo o de un grupo por culpa de una característica transmitida a este individuo o a este grupo. El estereotipo es una simplificación que puede ser una deformación o no de la realidad (Tajfel, 1984; Hilton y von Hippel, 1996; Franco, 2013).

Existen además, distintas definiciones de estereotipo: se ha identificado como un conjunto de atributos o características asignados a un grupo social (Moñivas, 1998); como "imágenes que tenemos en la cabeza" o "cuadros de cabecera" que nos hablan del mundo antes de conocerlo (Limppman, 1922); como "una colección de rasgos sobre los que un gran porcentaje de gente concuerda como apropiados para describir a alguna clase de personas" (Vinacke, 1956) como "una proposición rígidamente establecida que atribuye una característica a todos los miembros de una categoría"; como el grado en que una característica está presente en un grupo de individuos (Oskamp, 1977); como "una creencia exagerada que está asociada a una categoría (Allport, 1987); o como consenso de opinión acerca de los rasgos atribuidos al grupo (Tajfel, 1989).

Todos éstos, de una u otra forma, cumplen la función de categorizar y con esto separar ciertos grupos de otros. En la sociedad se estratifica por edades, con expectativas y roles determinados por tradiciones y funciones sociales aprendidas, las cuales se incorporan al sistema de creencias para jugar un papel que la persona debe actuar, y éste de acuerdo a las expectativas de comportamiento generalizado. Estas creencias generalizadas acerca de rasgos que se suponen son típicos o característicos de determinados grupos sociales basados en informaciones ambiguas e incompletas son los estereotipos. Esta situación también se asocia al proceso de envejecer, en donde se denota como una carga negativa, decadente e involutiva; mientras que desde una perspectiva biologicista se pone el énfasis en el deterioro y en las pérdidas (Tabueña, 2006; Franco, Villarreal, Vargas, Martínez, Galicia, 2010; Del Carmen, 2010). De esta manera, se puede señalar, que dentro de los variados estereotipos que posee la sociedad, asociados a las personas ancianas, se encuentran tanto la incapacidad mental e incompetencia, como el prestigio y sabiduría. Y es en base a ello, que los estereotipos vinculados a las personas mayores, se han construido como generalizaciones y sobreimplicaciones de ciertas características propias de algunos individuos cuando envejecen y ciertamente, no de todos los individuos (Palmore, 1990; Millar, Millar, McKibbin & Pettys, 1999; Levy, 1999; Cuddy y Fiske 2002).

Estos estereotipos acerca de los adultos mayores, por lo general, tienen una connotación negativa, ya sea dentro de la sociedad como dentro del mismo grupo etario. Los estereotipos sobre la vejez no son un tema reciente, desde hace más de cinco décadas ya se identificaba como un hallazgo consistente y estable. Los estereotipos tiene por efecto la aparición de actitudes, creencias, conductas discriminatorias y prácticas institucionales, las cuales se relacionan y se refuerzan mutuamente, contribuyendo a la transformación de la vejez, de un proceso natural a un problema social en el cual las personas soportan unas condiciones que le perjudica (Palmore, 1990; Cuddy & Fiske, 2002; Franco, Villarreal, Vargas, Martínez y Galicia, 2010; Del Carmen, 2010).

Algunos investigadores señalan que la vejez es la única categoría social a la que todas las personas van a pertenecer en algún momento, puesto que la única alternativa posible es haber muerto prematuramente. Por tanto, la forma en que los sujetos de

grupos más jóvenes perciben a las personas mayores, es de alguna manera la percepción futura de ellos mismos. Por lo anterior, dichos autores manifiestan su extrañeza ante el hecho evidente de que la percepción de la vejez conlleve la creencia generalizada en aspectos negativos y peyorativos, ya que tales imágenes representan de entrada una amenaza para el propio bienestar futuro. Frente a esta temática, se consideran relevantes las ideas, creencias y/o pensamiento que tienen las persona en general, especialmente para este estudio los/as cuidadores/as de adultos mayores, pues tienen un profundo efecto en las interacciones que se mantiene con otros (adultos mayores). Pues se incorpora inevitablemente el propio análisis social, político y cultural a las formas de trabajo e interacción utilizadas. El significado que las personas atribuyen a la vejez, al envejecimiento y a los adultos mayores lo que determina y moldea sus comportamientos (Esler y Waldegrave, 1993; Snyder y Miene, 1994; Rodríguez, Andrade y Marqués, 2001; White y Epston, 2002; Anderson, 1999; Maturana y Varela, 2003).

Por otra parte, la investigación en el campo de los estereotipos sobre la vejez incluye la percepción que diferentes grupos vinculados a los adultos mayores poseen acerca de estos; como lo son, los familiares y cuidadores de estos; en donde se evidencian falsas concepciones asociadas. Es así, como la población más joven tiende a percibir la vejez como un período caracterizado por mala salud, inseguridad económica, soledad y decadencia en las capacidades físicas y mentales; en otros trabajos se ha identificado además de la edad, la clase social. (Franco, Villarreal, Vargas, Martínez y Galicia, 2010). Se reporta además, la falta de estudios respecto a esta temática, especialmente en Asia, África y América Latina específicamente (Smith, 2006). Es por esto que estudios como éste pueden contribuir a concientizar a la sociedad -no sólo a los cuidadores y a las instituciones- y aportar un mayor conocimiento y experiencia a estudiantes y profesionales de disciplinas relacionadas con las ciencias sociales y la salud. Es un tema que nos implica a todos, es nuestro propio futuro: la vejez (Larra, 2013)

Es importante seguir investigando en este tema, Bustillos-López y Fernández-Ballesteros, (2012) realizan algunas recomendaciones: 1) Se hace necesaria la formación de profesionales de la salud y de cuidadores de adultos mayores sobre los

efectos que sus imágenes acerca del envejecimiento y la vejez tienen en el cuidado de la población atendida; 2) Es central difundir que una visión paternalista, en la que las personas mayores son consideradas menos competentes y muy afables, aunque pudiera parecer positiva por su intención protectora, tiene una influencia negativa sobre el bienestar de las mismas; 3) Se recomienda la elaboración de un "Manual de buenas prácticas" relativo a los dos puntos anteriores.

#### **4.4 Desde la mirada postmoderna**

##### **4.4.1 Un cambio en la perspectiva**

Diversas estrategias han buscado disminuir el desgaste emocional en cuidadores formales en distintos contextos y a partir de focos de intervención diferentes. Hay estudios en los cuales se ha buscado comprobar la efectividad de las técnicas de relajación a nivel físico y mental, la capacitación de habilidades cognitivo-comportamentales (asertividad, *hardiness*, auto-estima) y autocontrol emocional (Ortiz, 2007; Zambrano y Ceballos, 2007; Fuentes, 2009; Grazziano, Bianchi, 2010; Greig, Rodríguez, de Rivas, 2011). Otros han apostado por aplicar mindfulness en este contexto (Franco, Sola, y Justo, 2010; Rodríguez, de Rivas, 2011; Barrios, Arechabala, Valenzuela, 2012; Barrios, Arechabala, Valenzuela, 2012; Sarmiento y Gómez, 2013), estrategias de afrontamiento (Popp, 2008; Torre, Martín-Corral, Callejo, Gómez-Vega, La Torre, Vallejo y Arizaga, 2008; Cerquera y Galvis, 2014), psicoeducación (Torres, Ballesteros y Sánchez, 2008; Spín, 2009), entre otras.

Cada estrategia responde a un determinado paradigma, y éste es, ante todo, un intento de comprensión. Como plantea Harlene Anderson (1997) cada paradigma define los problemas de los que pretende ocuparse y un modo particular de abordarlos. Por esto se considera importante referir bajo qué mirada se encuentra la estrategia que se utilizará en esta investigación: la perspectiva posmoderna. De la cual Bauman (2004) enfatiza en la imprudencia que sería menospreciar el profundo cambio que la "modernidad fluida" -refiriéndose al periodo en que se sitúa la posmodernidad- ha impuesto a la condición humana.

A modo general, los grandes temas que aparecen en el surgimiento de la posmodernidad están relacionados con la pérdida de fe, la incredulidad, ambivalencia, e increencia hacia el programa de la modernidad. No es que exista, de parte de esta postura, un rechazo al conocimiento científico como tal; sino un cuestionamiento al realismo científico y un rechazo a la existencia de un método único y exclusivo, autorizado y privilegiado a contribuir en el conocimiento. Este rechazo entonces, no refiere a que las metodologías tradicionales de investigación no aporten aspectos interesantes sobre los procesos psicológicos humanos; sino que, de mantenerse como las formas dominantes de investigación psicológica, pueden obstaculizar el desarrollo de metodologías más adecuadas y/o complementarias (Rosenhan, 1973 & Scarr, 1985; Kitzinger, 1987; Jones, 1986; Bruner, 1986, 1990; Snyder & Thomsen, 1988; Anderson, 1990; Polkinghorne, 1992; Lyotard, 1993; Bauman, 1993; Freeman, 1993; Lehtinen, 1993; Botella; Pacheco y Herrera, 1999; Gergen, 1982, 1996, 2007).

En palabras de Kenneth Gergen (2007):

*“El objetivo de la crítica posmoderna, desde mi punto de vista, no es aniquilar la tradición sino darles a todas las tradiciones el derecho a participar dentro de los diálogos que se desarrollan” (Pág. 105).*

La crítica que se realiza a la teoría y a las prácticas dominantes de la tradición moderna, es también una crítica a los métodos científicos, donde el objeto de indagación es el ser humano, abordado en forma ahistórica, como entidad inmutable a la que se puede observar y cuantificar. Su naturaleza, por lo tanto, es estudiada como un fenómeno universal y eterno (Danziger, 1994; Anderson, 1999; Gergen 1996; Botella, Pacheco y Herrera, 1999; López-Silva, 2013).

Desde la visión crítica, el conocimiento no se entiende como verdades o realidades objetivas precisamente, sino que como un consenso de opiniones ampliamente compartidas, co-construídas y consensuadas en un colectivo cultural. Y éste conocimiento entrega información de un cierto momento, en un contexto determinado y bajo lo posible de ser compartido y observado por los actores implicados, desde las pautas culturales dominantes que determinan en lo que es

importante comentar y/o enfatizar (Gergen, 1985, 1992, 1994; Tomm, 2002; Efran y Clarfield, 1992; Botella, Pacheco y Herrera, 1999; Maturana y Varela, 2003; López-Silva, 2013). Tal como afirma Gergen (1992) la verdad parece ser una cuestión de perspectivas, y éstas productos de intercambios y consensos sociales, es decir, construidas en los sistemas de comunicación social.

Desde este paradigma, por otra parte, se entiende el desarrollo y la consolidación de los problemas, a partir de la existencia de ciertas restricciones que impiden que las personas puedan contactarse con sus propios recursos y con modos de resolver las dificultades. Los problemas psicológicos entonces, se pueden concebir como resultado de un bloqueo en los procesos discursivos, narrativos y relacionales de construcción del significado de la experiencia, y además, del fracaso de las soluciones intentadas por cada personas y/o colectivo (Watzlawick, Weakland & Fisch 1974; Bateson, 1980; Munro, 1989; White & Epston, 1989; Kamsler, 1993; Adams-Westcott & Isenbart, 1993; Esler & Waldegrave, 1993).

A partir de ello, el cambio ocurriría al facilitar cambios a nivel de las narrativas, de forma que éstas permitan la búsqueda de significados alternativos que amplíen sus posibilidades de elección. Y este cambio ocurre en la dimensión interaccional, para efectos de este estudio, en un espacio especial de encuentro, en una conversación. A través de un diálogo colaborativo se forman y re-forman las experiencias vitales; se crean y re-crean maneras de dar sentido y entender las experiencias particulares y privadas de cada persona. Algunas conversaciones consiguen aumentar las posibilidades de nuevas rutas de elección en medio de las situaciones complicadas, y otras las disminuyen. Cuando estas posibilidades aumentan, las personas tienen, según Harlene Anderson (1997), una sensación de "Acción Creadora", para Michael White (2002) de "Agencia Personal". Es decir, una sensación de capacidad, de empoderamiento y/o equipamiento frente a las circunstancias que les preocupa o perturba (Gadamer, 1991; Anderson, 1999; White y Epston, 2002; Tomm, 2002; Sassenfeld, 2010; de Shazer, 1985; Durrant y Kowalski, 1993; Elms, 1993; Esler & Waldegrave, 1993).

#### 4.4.2 El lenguaje, su historia y su giro

El lenguaje tradicional utilizado por las ciencias tienen por deber “pintar y reflejar” los resultados de sus investigaciones y cada uno de estos enunciados deben ser reducibles al lenguaje de la física. Dicha utilización del lenguaje fomenta, como se mencionó, una visión del ser humano como si se tratara de descubrimientos objetivos, evaluables en cuanto a su contenido de verdad y aislados de su contexto cultural y socio-político (Dazinger, 1988; Botella, Pacheco y Herrera, 1999; Kuhn, 1970; Feyerabend, 1976; Maturana y Varela, 2003), ignorando la significancia práctica del conocimiento (Polkinghorne, 1992), el desarrollo del conocimiento individual (Bruner, 1986; Lehtinen, 1993), entre otros.

Es por esto que, fuera de las tierras de la filosofía de la ciencia, con insistente intensidad, se han oído los redobles de tambor con otros ritmos. Estos movimientos, a menudo adjetivados como post-empiristas, post-estructuralistas o postmodernos, ya no buscan una base lógica racional para una vinculación precisa del lenguaje y del mundo; más bien, invitan a una re-consideración completa de la naturaleza del lenguaje y cuál es su lugar en la vida social; incluso más, empiezan a formar la base de una alternativa a la presuposición del conocimiento individual (Maturana y Varela, 1972, 1987; Gergen, 1996; Kuhn, 1970; Feyerabend, 1976; Bruner 1986; Lehtinen, 1993; Freedman & Combs, 1996; Spink, 2003; Rasera & Japur, 2007; López-Silva, 2013).

En palabras de Polkinghorne (1992):

*“El conocimiento humano no es un reflejo especular de la realidad: ni de la de un caos superficial ni de la de (en caso de existir) estructuras universales. El conocimiento humano es una construcción erigida a partir de procesos cognitivos (que operan principalmente fuera de la conciencia) y de las interacciones corporalizadas con el mundo de los objetos materiales, de los otros y del self.”* (Pág. 150).

El lenguaje no es concebido, por lo tanto, como un reflejo de la realidad ni como mecanismo de apropiación del mundo externo, sino como el origen que, al establecer distinciones, dan lugar a un mundo. Es decir, las palabras obtienen su significado a través del sentido con que se las usa y en las formas de relación social de una cultura.

Los seres humanos según lo anterior, pueden ser definidos como sistemas generadores de significados, los cuales se construyen en una continua actividad recursiva intersubjetiva. De aquí que la construcción de sistemas humanos sea un constante proceso dinámico de creación, re-creación y cambio (Wittgenstein, 1953; Maturana y Varela, 1987; Anderson y Goolishian, 2000; López-Silva, 2013).

Es importante identificar, por último, la característica clave del lenguaje según Kenneth Gergen (1992) que consigue modificar de manera tan radical los dominios conductuales humanos haciendo posibles nuevos fenómenos como la reflexión y la conciencia. Esta característica permite, por lo tanto, describirse a sí mismo y a su circunstancia. Es decir, toda acción humana toma lugar en y a través del lenguaje, y toda acción del lenguaje trae de la mano un mundo creado junto a otros. Por esto, se ofrece la idea de que el problema y la solución de éste reside en la descripción y en los significados asignados (Wittgenstein, 1953; Bruner, 1986; Gergen, 1992; Anderson, 1999; Maturana y Varela, 2003; Botella, Pacheco y Herrera, 1999; White y Epston, 2002).

#### **4.4.3 El Árbol de la Vida: una Práctica Narrativa.**

El "Árbol de la Vida" es una de las muchas prácticas narrativas que es realizada a nivel comunitario, informada por los aportes de Michael White (2006) en torno a las respuestas a las experiencias de trauma y por la Educación Popular de Paulo Freire y la idea del "invento de la unidad en la diversidad" (Freire, 1994).

Fue desarrollado por Ncazelo Ncube, David Denborough y el Dulwich Centre Foundation (2008), inspirado en niños y niñas vulnerables del sur de África, específicamente, en el genocidio tras la guerra en Rwanda. Estos niños y niñas habían sufrido importantes pérdidas debido al VIH / SIDA y además, viven en situaciones de abandono, abuso y/o violencia constantes.

Si bien, originalmente este taller fue desarrollado para contextos asociados a experiencias traumáticas, con el tiempo, se ha ampliado al trabajo con padres, personas con diagnósticos psiquiátricos, a los adultos mayores, cuidadores de

pacientes inmovilizados, a grupos de mujeres, entre otros (Latorre, 2010, Jorquera, 2010).

Cabe destacar, que si bien existen aplicaciones de ésta práctica narrativa para diversos contextos, como los mencionados, en éstas no utilizan necesariamente el concepto de trauma como se hacía originalmente. Es así como en el artículo “Reclamando Nuestras Vidas de la Influencia de la Depresión” (2011), se da cuenta de un trabajo grupal, en el cual se recopilan historias, habilidades y conocimientos que poseen los adultos mayores, con el fin de hacer frente a los efectos de la depresión. Siguiendo esta misma tendencia, esta investigación no está centrada en el concepto de trauma, sino en uno de los efectos que más frecuentemente se presentan en personas que se dedican al cuidado de los adultos mayores, el desgaste emocional (Acton y Kang, 2001; Jofré y Sanguenza, 2010; Flórez, 1999; Torres, 2008; Pereira, 2008; Camacho, Hinojosa y Jiménez, 2010)

Desde la perspectiva narrativa, este taller se fundamenta en prácticas que proveen primeramente, un espacio protegido de conversación, en el cual se comparte acerca de la experiencia traumática de manera indirecta, a través de una metáfora: un árbol, un bosque y las tormentas. David Denborough (2008) explica que una de las razones por las que el Árbol de la Vida ha demostrado ser tan popular es debido a la relación que las personas tienen y/o generan con lo natural, en particular con los árboles, proporcionando un rico material para la exploración.

Por otra parte, esta conversación busca enriquecer, lo que White (2006) denomina “El Territorio Seguro de Identidad”. Es decir, se comparte entre los/as participantes del taller acerca de los conocimientos de vida, las habilidades, esperanzas y sueños que son importantes para ellos/as, antes de hablar acerca de las dificultades. De esta manera se despierta el sentido de “agencia personal”, una sensación de capacidad, empoderamiento y/o equipamiento ante las situaciones que perturban o amenazan a las personas (Tomm, 1989; White, 1989; Kamsler, 1993; White & Epston, 2002; White, 2007; Yuen, 2009).

Estas prácticas no son realizadas de manera azarosa, sino que en ellas existe una crítica contra la forma tradicional de enfrentar las situaciones traumáticas por parte de los profesionales, que han estado influenciadas por los discursos culturales

dominantes que animan a “saber los detalles” de la experiencia traumática o de los efectos de ésta, lo cual podría generar re-traumatización (Epston, 1984; Shazer, 1985; Laing & Kamsler, 1993; Durrant & Kowalski, 1993; White, 2002; Yuen, 2009).

Angel Yuen (2009) refiere a que no es necesario que se narren los detalles del trauma para que exista “cura”, sobre todo si estos detalles contribuyen a la aparición y/o aumento de cualquier sensación de desolación y/o malestar. Los profesionales deben ser conscientes y cautelosos en no preguntar excesivamente sobre las particularidades del trauma, pues ninguna persona necesita ser re-traumatizada cuando habla de lo que ha vivido. Michale White (2002), en relación a lo mismo, refiere que:

*“De ningún modo se justifica que (...) las personas vuelvan a sufrir el trauma. Angustia, sí; reproducción del trauma, no. Creo que la idea de las prácticas (...) basadas en el imperativo de retornar al sitio (...) a fin de volver a experimentarlo es una idea muy cuestionable y, asimismo, peligrosa. Alentar a las personas a simplemente volver al sitio del trauma puede reforzarles los significados dominantes que informan la expresión autodestructiva de la experiencia (...) Y, además, puede provocar un nuevo trauma.” (Pág. 90)*

A partir de esta perspectiva por lo tanto, se busca evitar la re-experimentación del trauma enfocándose, por una parte, en el enriquecimiento del sitio seguro de identidad a través de los saberes, habilidades y sueños, entre otros, que se comparten en las conversaciones, haciendo visibles además, las formas que cada persona y/o grupo ha utilizado para responder ante las dificultades. Por otra parte y en función de lo anterior, se alienta a que sean las personas quienes decidan qué dificultades quieren compartir y la cantidad de detalles con los que deseen narrar, validando, al mismo tiempo, el deseo de no querer contar o entregar un menor número de detalles al relatar la historia (Kamsler, 1993; Durrant y Kowalski, 1993; Esler y Waldegrave, 1993; Adams-Westcott e Isenbart, 1993; Elms, 1993; Strong, 2008; Yuen, 2009; White & Epston, 2002; Tomm, 2004; Ramey, Tarulli, Frijters & Fisher, 2009; Latorre, 2010; Jorquera, 2010; Santos y Fernando 2010).

Otra de las prácticas que se encuentra a la base de este taller, y que es importante mencionar es la externalización. En palabras de Michael White (1993):

*“La externalización es un abordaje (...) que insta a las personas a cosificar y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen. En este proceso, el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o a la relación a la que se atribuía. Los problemas considerados inherentes y las cualidades relativamente fijas que se atribuyen a personas o relaciones se hacen así menos constantes y restrictivas.” (Pág. 53)*

En este taller se observa, específicamente en la figura del “Árbol” el sitio seguro de identidad de las personas enriquecido en recursos, el cual se encuentra separado de manera conceptual, semántica y material de “La tormenta” que representa las dificultades, perturbaciones, complicaciones que poseen las personas; para efectos de este estudio, el desgaste emocional.

Por otro lado se utiliza, siguiendo la metáfora, el concepto de “El Bosque”, y es en base a esto, que la implementación del taller permite que la socialización de las narrativas, en conjunto a la exploración de recursos personales y grupales de los integrantes, tenga un efecto en la cohesión grupal, en torno a una problemática común (Denborough, 2008). Esta unidad permite compartir significados asociados tanto a las habilidades comunes como a las dificultades, este compartir tiene efectos en la cohesión grupal y en la co-construcción de significados que se asocian a las experiencias, formando y re-formando sentidos, experiencias, visión del sí mismo, entre otras (Maturana y Varela, 1972, 1987; Gergen, 1996; Anderson, 1997; Denborough, 2008; Santos y Fernando 2010)

El taller del Árbol de la Vida se realiza en cuatro etapas, las cuales se han distribuido de una manera diferente a la propuesta original, en función de esta investigación: 1) El dibujo del árbol y responder a unas preguntas en diferentes partes del árbol (Raíces, tronco, ramas, etc.); 2) Enriquecer el sitio de identidad: Se comparten las respuestas de manera voluntaria en el grupo; 3) El bosque y la tormenta: una

conversación acerca de la unidad y la diversidad, de las dificultades y las respuestas para resistirlas; 4) Certificados y celebración.

Las primeras dos etapas son para construir el territorio de identidad enriquecido y preferido, o como le llama White (1993) “la historia alternativa” o “segunda historia” de la vida de las personas. Esta segunda narración está estructurada reuniendo, con el mayor número de detalles posibles, los recursos, habilidades, sueños y esperanzas de las personas. La tercera etapa permite a las personas el re-conocimiento del grupo como unidad en la diversidad y además, un espacio de conversación e identificación de sus dificultades y sufrimientos, sin invisibilizar las respuestas que han utilizado en esas situaciones protegiendo aquello que valoran. En la última etapa se pretende reconocer a través de una certificación simbólica los recursos, habilidades y vínculos con personas importantes en sus vidas, tanto individual como colectivamente (Denborough, 2006; Latorre, 2010; Jorquera, 2010; Santos y Fernando, 2006; Santos y Fernando 2010).

Todo esto, permite que el grupo sea capaz de converger en relación a la situación que los aqueja, fomentando la resiliencia del equipo en torno a su labor como cuidador, permitiendo la exploración de recursos y fortalezas que presentan. Específicamente, en presencia de situaciones de adversidad laboral, los cuidadores más resilientes tienen la capacidad de utilizar su energía e implicación laboral para sobreponerse a las dificultades, adaptarse adecuadamente y experimentar emociones positivas (Menezes, Fernández, Hernández, Campos, Contador, 2006).

De esta manera, el taller facilita que emerjan las historias de resistencia, para la disminución de la carga emocional. Por ello, las fases relevantes en esta práctica, en términos de construcción de una narrativa grupal, son las de la formación del bosque de la vida y la tormenta, en donde la idea es generar una reflexión con respecto a la diversidad de habilidades y recursos que tienen los integrantes de la comunidad. En esta última parte las personas escuchan con atención y respeto el diálogo y se convierten en testigos externos (Durrant y Kowalski, 1993; Elms, 1993; Esler y Waldegrave, 1993; Anderson, 1999; White, 2000; White y Epston, 2002; Tomm, 2004; Denborough, 2006; Santos y Fernando 2010).

## **5. MARCO METODOLÓGICO**

### **5.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:**

Este es un estudio no experimental de tipo pretest – posttest, realizando la manipulación deliberada de una variable, que en este caso el taller “El Árbol de la Vida”, la cual se administró al grupo experimental.

### **5.2 MUESTRA:**

La muestra estuvo compuesta por cuidadoras formales de adultos mayores, conformando un total de 20 personas, 14 pertenecientes a la agrupación de cuidados paliativos “Manos Unidas” y 6 pertenecientes al “Hogar de ancianas la Providencia”.

En cuanto a los criterios de inclusión para participar del taller “El Árbol de la Vida”, las participantes debían trabajar cuidando a adultos mayores, con algún tipo de remuneración o de forma voluntaria; además que fuesen mayores de 18 años. Otra de las condiciones para la participación del taller, era que las cuidadoras presentaran un estado de salud, tanto a nivel físico como cognitivo, que les permitiera realizar de manera efectiva las actividades requeridas.

#### **5.2.1 Presentación de consentimientos informado**

Previa a la realización del taller, se les entregará a las cuidadoras formales participantes de la actividad el consentimiento informado correspondiente que aclara la investigación a realizar.

### **5.3 RECLUTAMIENTO DE LOS PARTICIPANTES:**

En primera instancia, se procedió a contactar a la encargada del “Hogar de Ancianas La Providencia” y la encargada de la agrupación de cuidados paliativos “Manos Unidas”, a quienes por medio de contacto telefónico y posteriormente de

manera presencial, se les señalaron cuáles eran los objetivos de la investigación, el tiempo requerido y los instrumentos que se aplicarían, buscando de éste modo transparentar el procedimiento a realizar. Además, se acordó que el taller se realizaría en las dependencias del “Hogar de Ancianas La Providencia” para las cuidadoras pertenecientes a dicha institución y en el CESFAM Con-Con para las cuidadoras participantes de la agrupación “Manos Unidas”. Previo al taller, se realiza una reunión con las cuidadoras para explicarles a ellas el contexto de la investigación (para la obtención del título), las características de este, llegar algunos acuerdos, además se aclararon consultas, entre otros.

Al darse inicio al taller, se procedió a la entrega del consentimiento informado a cada uno de los participantes; al mismo tiempo se explicaba que la participación del taller era voluntaria y que las personas podían dejar de participar en el momento que lo estimaran. Además, como parte de los acuerdos, se les hizo entrega de los cuestionarios correspondientes, entre los que se encontraba un cuestionario sociodemográfico, el inventario de Maslach, el cuestionario Zarit para cuidadores formales, el cuestionario de resultados OQ-45 y el cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE). Estos cuestionarios serían aplicados tanto al inicio del taller como después de finalizado el mismo, para analizar los efectos de la intervención; con excepción del cuestionario sociodemográfico, que sólo sería aplicado en un comienzo a los/as participantes.

#### **5.4 SESIONES DEL TALLER EL ÁRBOL DE LA VIDA**

A continuación se presenta un cuadro resumen con las actividades desarrolladas durante la realización del “Taller el Árbol de la Vida”. Estas sesiones se realizaron con el fin de compartir en grupo las experiencias de vida y recursos personales de cada una de las personas que participaron del taller.

La adaptación del taller se llevó a cabo intencionado en algunas partes del árbol preguntas enfocadas al cuidado y a la vinculación con los adultos mayores, tanto en la parte personal como grupal de la actividad.

Nombre de sesión	Objetivos	Materiales	Descripción de la sesión
Sesión 1: Introducción y construcción del árbol de la vida	-Hacer que las personas se sientan bienvenidas y cómodas. - Generar interés y entusiasmo. -Rellenar los test y cuestionarios -Comenzar a dibujar el árbol de la vida y responder las preguntas que están por cada parte del árbol (raíces, tronco, ramas, etc).	-Hojas de block -Lápices grafitos -Lápices de colores -Cuestionarios y test -Consentimiento informado	Comienza con un saludo se le pide a las/os cuidadores/as que llenen los cuestionarios. Luego se les explica la metáfora del árbol de la vida, para que comiencen a dibujarlo.
Sesión 2: Compartir las partes del árbol de cada cuidadora con el grupo.	-Compartir con el grupo las partes de árbol. -Conocerse más en profundidad entre las cuidadoras participantes. -Generar un ambiente de comodidad y cercanía. - Compartir experiencias comunes.	-Lápices de colores -Los árboles dibujados	Se da tiempo para que puedan rellenar las últimas partes del árbol, con el fin de posteriormente compartir con el grupo lo que escribieron en las partes del árbol.
Sesión 3: Realización del bosque y la tormenta (fortalezas y debilidades del grupo)	-Compartir las fortalezas y debilidades del grupo. -Hacer la metáfora del bosque y la tormenta. - Desarrollar el	-Cartulinas -Plumones -Los árboles dibujados	Se comienza el taller explicando sobre lo que se trabajaría durante la sesión, que era la metáfora del bosque y la tormenta, para

		sentido de pertenencia al grupo -Construir un sentido de la experiencia común.		analizar en conjunto las fortalezas y debilidades del grupo.
Sesión 4: Entrega de certificados		-Escuchar opiniones del grupo, acerca de lo que las sesiones han significado. -Entregar retroalimentación de lo que hemos vivido durante este tiempo compartido. -Entregar diplomas con las fortalezas de cada participante.	-Certificados para las participantes del taller. -Test y cuestionarios para la medición post.	Durante la última sesión compartimos las opiniones con respecto a lo que les había parecido el taller. Se les entregó a cada una de las participantes un diploma personalizado con las fortalezas de cada una.

## 5.5 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS:

### 5.5.1 Cuestionario socio-demográfico

Este cuestionario fue diseñado con la intención de recopilar antecedentes socio-demográficos de relevancia (Covarrubias et al. 2012). En esta investigación ha prestado la utilidad de presentar datos del cuidador formal de adultos mayores en lo que se refiere a edad, sexo, escolaridad, estado civil y antigüedad laboral.

### **5.5.2 Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit**

Es una escala que logra juntar varias dimensiones relacionadas con la sobrecarga tales como calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidado. Es muy utilizada a nivel internacional siendo validada en 5 idiomas. Los resultados clasifican al cuidador en: “ausencia de sobrecarga” (menor de 47 puntos), “sobrecarga ligera” (de 47 a 55 puntos) y “sobrecarga intensa” (sobre 55 puntos). Esta herramienta posee una confiabilidad inter-observador de 0,71 en coeficiente correlación intra-clase y una consistencia interna de 0,91 de alfa de Cronbach. Además se observó que EZ es sensible al cambio. En estudios lograron disminuir significativamente los niveles de sobrecarga, en términos de EZ, al igual como de calidad de vida disminuyendo con ello los riesgos de morbilidad física o mental asociada (Breinbauer, Vásquez, Mayanz, Guerra. y Millan, 2009).

### **5.5.3 Cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE)**

El cuestionario de estereotipos negativos de la vejez se encuentra conformado por quince ítem, trece de ellos tomados del cuestionario de Montorio e Izal (1991), y otros dos, adaptados del cuestionario de Palmore (1988). A este instrumento le denominaremos *Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez* (CENVE). Este test arroja tres factores: salud, motivacional-social y carácter-personalidad, con cinco ítems cada uno, cuyo formato de respuesta sigue un modelo tipo Likert de cuatro escalones. El orden de los ítems se ha establecido alternando un ítem de cada factor. Las puntuaciones en los factores pueden fluctuar entre cinco y veinte. Puntuaciones altas indican un elevado grado de creencia en los estereotipos negativos de la vejez, mientras que puntuaciones bajas indican poco nivel de creencia en tales estereotipos negativos.

#### **5.5.4 Maslach Burnout Inventory**

El inventario creado por Maslach y Jackson (1981, citado en Cordes y Dougherty, 1993) para medir el nivel de Burnout o estar quemado, consistía en un cuestionario de 47 ítems, el cual se encuentra subdividido en tres escalas, que consisten en el Agotamiento Emocional, la Despersonalización o Cinismo y la Realización Personal en el trabajo, las que no fueron derivadas teóricamente, sino que fueron resultado de un análisis exploratorio de una serie de experiencias asociadas con el fenómeno del BO por medio del MBI (Gil-Monte, 1999). La conceptualización del BO propuesta por el MBI es un constructo multidimensional. Con respecto al nivel de consistencia interna, se puede señalar que va de 0.75 a 0.90 en muchas de las investigaciones realizadas (Jackson y otros, 1986).

#### **5.5.5 Cuestionario OQ-45**

Validado y adaptado para Chile en el año 2001 por De la Parra, Von Bergen y Del Rio; creado por Lambert y colaboradores en 1996 (Garrido & cols. 2009). Es un instrumento de autoadministración, no obstante en la primera aplicación se recomienda enfatizar verbalmente las instrucciones impresas en la hoja de respuestas. Este instrumento busca medir estado, no rasgos, por lo que debe resaltar que deben contestar en función de cómo se han sentido la última semana. Se encuentra dividido en tres áreas de evaluación: sintomatología, relaciones interpersonales y rol social. Es una escala sumativa de 45 ítems tipo Likert, de nivel ordinal.

En cuanto a la confiabilidad del instrumento en Chile, se obtuvo resultados similares a los obtenidos por Lambert et al., tanto en el puntaje total como en las subescalas: 0.78, 0.80, 0.82 y 0.84 en Lambert et al., (1996) y 0.88, 0.71, 0.65 y 0.91 en Von Bergen y De la Parra (2002) para las áreas de sintomatología, relaciones interpersonales, rol social y total respectivamente.

En relación a la validez, se utilizó el cuestionario DAS, que mide sintomatologías ansiosas, depresivas y somatomorfias, (Alvarado y col., 1991 citado en Von Bergen & De la Parra, 2002) obteniéndose coeficientes de correlación que confirman la validez

concurrente entre los dos instrumentos, especialmente entre los puntajes totales de los cuestionarios y también entre el área sintomatología del OQ con el puntaje total del DAS y con sus áreas de depresión y ansiedad.

## **5.6 ANÁLISIS DE DATOS**

El análisis estadístico de los datos se realizó a través del SPSS versión 20. Se utilizaron estadísticos descriptivos de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar) para la descripción de las variables socio-demográficas. La comparación de las medias pre-post taller se realizó a través de la prueba t de student para muestras relacionadas y la prueba Wilcoxon, dependiendo de si las variables se distribuyeron normalmente o no.

Para el cálculo del tamaño del efecto y la potencia estadística se utilizó el programa G Power versión 3.1.

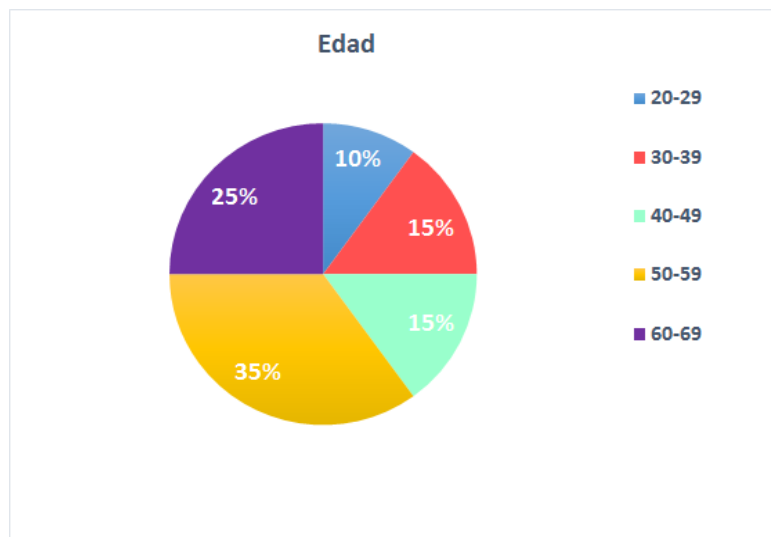
## 6. RESULTADOS

A continuación se presentan los datos recogidos en el cuestionario sociodemográficos de las 20 participantes, además de los resultados obtenidos a partir de las mediciones realizadas con los instrumentos mencionados anteriormente en la aplicación pre y post taller “El Árbol de la vida”.

### 6.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS CUIDADORES FORMALES

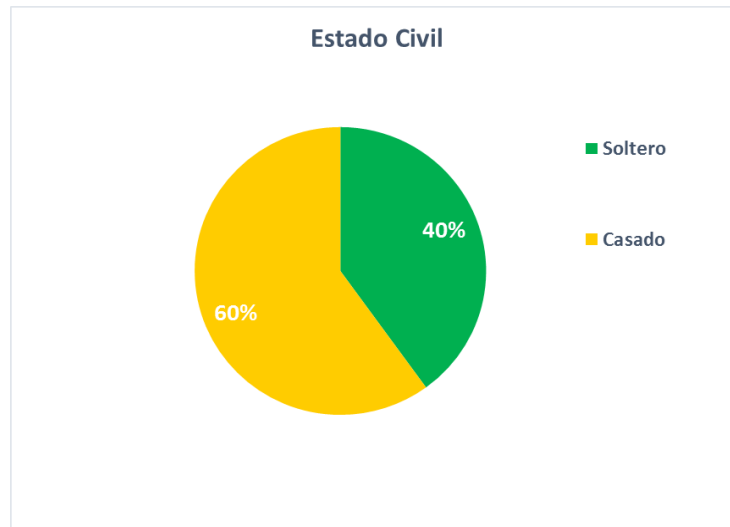
De un total de 20 personas participantes del taller, se observó que la edad promedio de las cuidadoras fue de 48 años con un rango de edad entre los 20 y 66 años y una media de 48,4 años (d.s=12,2).

**Gráfico 1: Distribución etaria de las participantes**



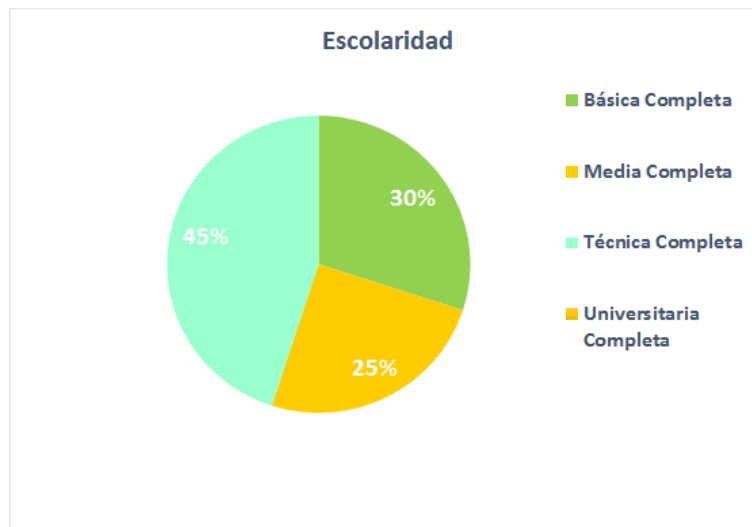
En cuanto al estado civil de las cuidadoras formales el 60% (12 personas) de la muestra está casada, mientras que el 40% (8 personas) son solteras.

**Gráfico 2: Distribución estado civil de las participantes**



Con respecto a la variable Escolaridad de las Cuidadoras formales, del total de la muestra, 30% (6 personas) cuenta con enseñanza básica completa. El 25% (5 personas) terminó la enseñanza media y el 45% (9 personas) cuenta con estudios técnicos completos. Ninguna de las participantes cuenta con estudios universitarios completos.

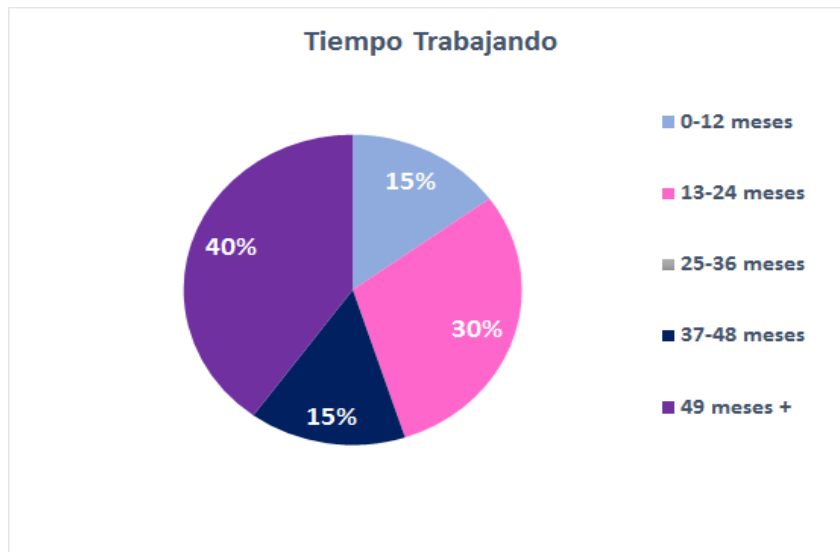
**Gráfico 3: Distribución nivel educacional de las participantes**



En relación al tiempo que llevan trabajando las cuidadoras formales, se observa que el 40% (8 cuidadoras) lleva trabajando 49 meses o más, el 30% (6 cuidadoras) se

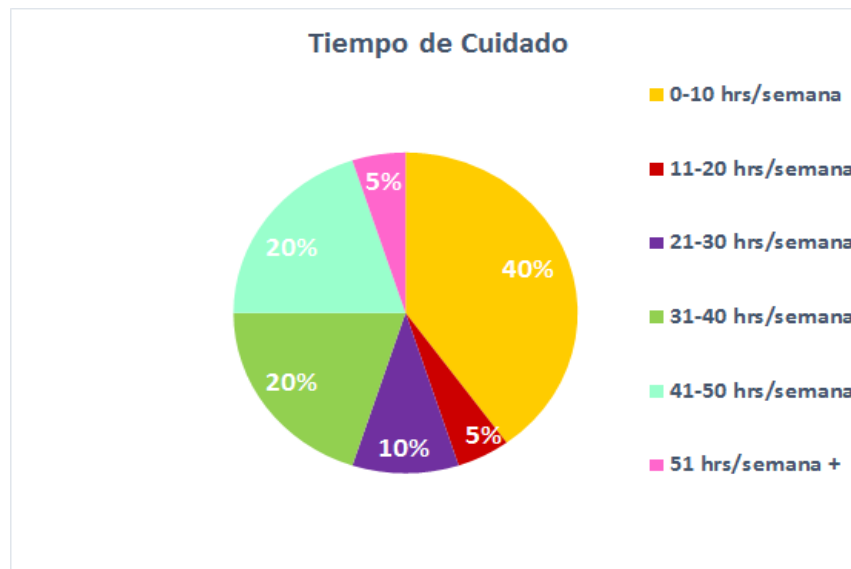
encuentran en el rango entre 13 a 24 meses, el 15% (3 cuidadoras) lleva trabajando entre 0 a 12 meses y tres cuidadoras (15%) entre 37 y 48 meses. La media del tiempo trabajando fue de 49,7 meses (d.s=55,0).

**Gráfico 4: Distribución tiempo trabajando de las participantes**



Finalmente, en cuanto a la variable del tiempo dedicado al cuidado, que refiere a las horas semanales que cada una de las cuidadoras dedica a esta labor, se observa que un 40% (8 cuidadoras) de la muestra se dedica entre 0 a 10 horas a la semana al cuidado de adultos mayores, seguido por un 20% (4 cuidadoras) que se dedica entre 31 a 40 horas, un 20% (4 cuidadoras) dedica entre 41 a 50 horas. Un 10% (2 cuidadoras) se dedica entre 21 a 30 horas. Con un 5% (1 cuidadora) entre 11 a 20 horas semanales y 5% (1 cuidadora) entre 51 a más horas a la semana dedicadas a cuidar a adultos mayores. La media del tiempo dedicado al cuidado fue de 26,1 horas (d.s=20,7).

**Gráfico 5: Distribución tiempo dedicado al cuidado de las participantes**



## 6.2 Datos clínicos reportados en la muestra previos al taller

A continuación se reportan los datos clínicos obtenidos en la medición previa a la aplicación del taller.

### 6.2.1 Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit

Según la recogida de datos de la escala global, los resultados obtenidos en la aplicación pre-taller, se obtuvo una media de 26,5 puntos (d.s=9,2).

En cuanto a la sub-escala de Impacto del Cuidado, del cuestionario de Sobrecarga de Zarit, en la aplicación pre-taller se obtuvo una media de 8,35 puntos (d.s= 3,54). En la sub-escala de Relaciones Interpersonales, se obtuvo una media de 3,75 puntos (d.s= 3,65). En la sub-escala de Expectativa de Autoeficacia, arrojó una media de 3,20 puntos (d.s= 2,04). Por último, respecto a la sub-escala de Dependencia, obtuvo una media de 0,55 puntos (d.s= 1,05).

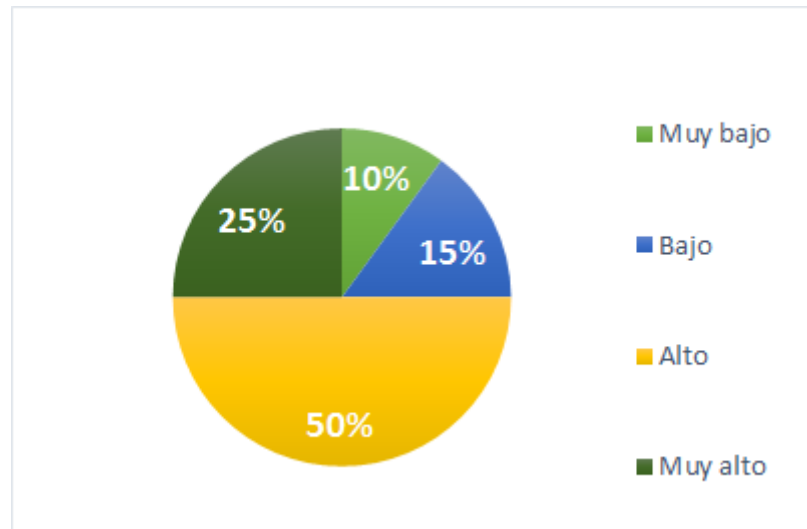
Estos resultados muestran, según la clasificación clínica (Breinvauer, Vásquez, Mayans, Guerra y Millán, 2009), ausencia de sobrecarga en un 100% (20 cuidadoras) de las participantes.

### 6.2.2 Escala de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE)

Según la recogida de datos, en la escala global en la aplicación previa al taller, se obtuvo una media 43,30 puntos (d.s= 9,51).

Se observa que 5 personas (25%) presenta un rango muy alto en la clasificación clínica que presenta el cuestionario (Sanhueza, 2014), 10 cuidadoras (50%) se encuentra en un rango alto, 3 participante (15%) un rango bajo y 2 personas (10%) un rango muy bajo. Cabe destacar que un 75% (15 personas) de la muestra previa al taller se encuentra en un rango alto y muy alto de estereotipos negativos hacia la vejez.

**Gráfico 6: Resultados CENVE**



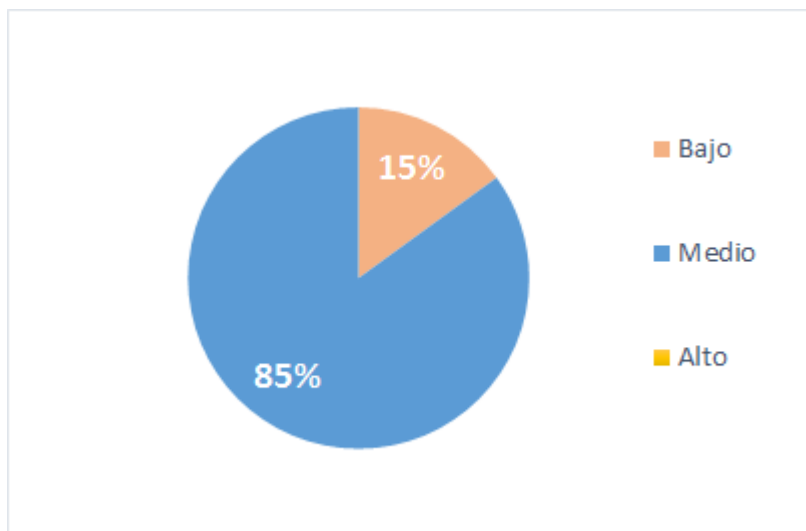
Según los datos reportados de la sub-escala Salud, del cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE), en la aplicación pre-taller se obtuvo una media de 14,75 puntos (d.s= 3,5). En los resultados de la sub-escala Motivación-Social, obtuvo una media de 13,25 puntos (d.s= 3,3). En cuanto a la sub-escala Carácter-Personalidad, en la aplicación previa al taller se obtuvo una media de 15,30 (d.s= 3,5).

### 6.2.3 Maslach

Según la recogida de datos en la escala global, en la aplicación pre-taller, se obtuvo una media de 55,9 puntos (d.s= 9,7).

Se observa que un 15% (3 personas) en un rango bajo según la clasificación clínica del cuestionario (Buzzeti, 2005), un 85% (17 cuidadoras) se encuentran en un rango medio, y ninguna de las participantes presenta 'burnout' alto.

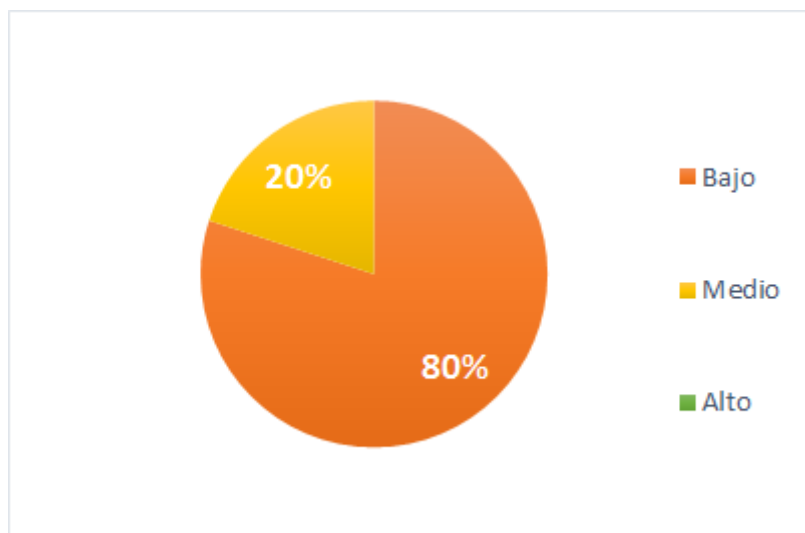
**Gráfico 7: Resultados Maslach Total**



A partir del análisis del resultado de la sub-escala Agotamiento Emocional, en la aplicación pre-taller se obtuvo una media de 13,3 puntos (d.s= 6,4).

Mientras que en la sub-escala de agotamiento en la medición pre-taller según la clasificación clínica que posee el cuestionario (Buzzeti, 2005), se puede observar que un 80% (16 cuidadoras) presentó un bajo índice de agotamiento, un 20% (4 personas) presentó un nivel medio de agotamiento y ninguna de las participantes un nivel alto de agotamiento emocional.

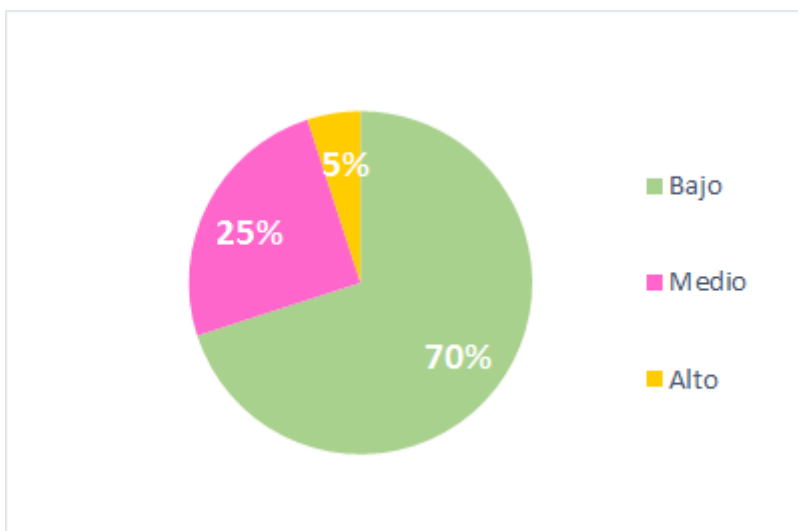
**Gráfico 8: Sub-escala Agotamiento Emocional**



En a los resultados obtenidos en la sub-escala Despersonalización o Cinismo, en la aplicación pre-taller se obtuvo una media de 3,6 puntos (d.s= 3,5).

En las mediciones pre-taller de esta sub-escala, según la clasificación clínica que presenta el cuestionario (Buzzeti, 2005), es posible indicar que 14 cuidadoras (70%) tuvieron un índice bajo de despersonalización, 5 personas (25%) un índice medio y una cuidadora (5%) presentó un índice alto de despersonalización.

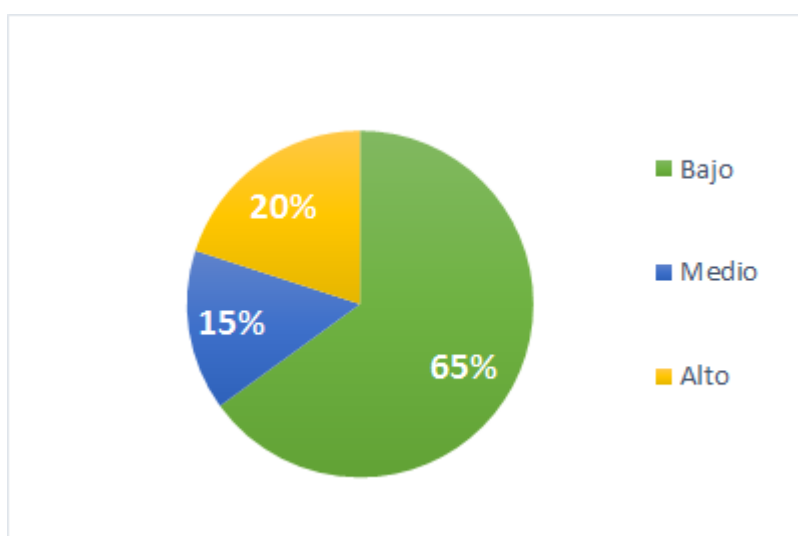
**Gráfico 9: Sub-escala Despersonalización o Cinismo**



Según los resultado obtenido en la sub-escala Realización Personal, en la aplicación pre-taller se obtuvo una media de 38,9 puntos (d.s= 7,4).

Según la clasificación clínica que presenta el cuestionario (Buzzeti, 2005), es posible observar que un 65% (13 cuidadoras) presentó un nivel bajo de realización personal, un 16% (3 personas) un nivel medio y un 20% (4 personas) presentó un alto nivel de realización personal.

**Gráfico 10: Sub-escala Realización Personal**

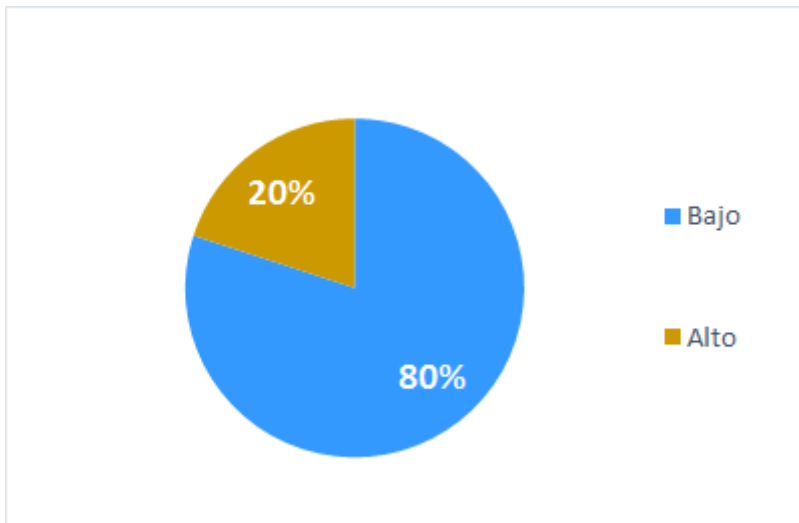


#### 6.2.4 OQ-45.2

Según la recogida de datos en la escala global del cuestionario OQ-45.2, en la aplicación previa al taller se obtuvo una media de 49,8 puntos (d.s= 22,1).

Se observa además, que un 80% (16 personas) de las cuidadoras, según la clasificación clínica que posee el cuestionario (Von Bergen, De la Parra, 2002), se encuentra en un rango de “funcionalidad” o “conformidad”, mientras que un 20% (4 cuidadoras) se encuentra en un rango “disfuncional” o de “disconformidad”.

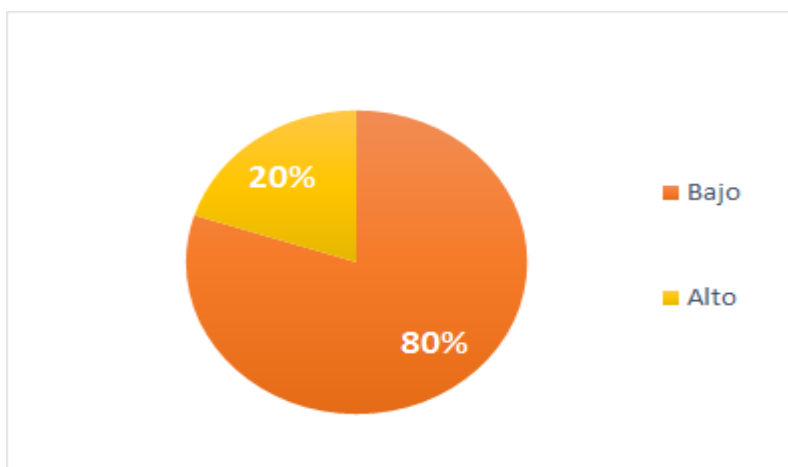
**Gráfico 11: OQ-45.2 Resultado Total**



Al realizar la evaluación pre-taller de la sub-escala distrés sintomático (DS) se obtuvo una media de 28,2 (d.s=14,0).

Según la clasificación clínica que presenta el cuestionario, (Von Bergen, De la Parra, 2002) se observa que el porcentaje de personas que presentaban bajo los síntomas esperados reportados en la subescala de distrés sintomático fue de 80%, que se denomina como “funcionalidad” o “conformidad” según el mismo cuestionario, mientras que el 20% de la muestra restante obtuvo un puntaje sobre el corte, clasificado como “disfuncionalidad” o “disconformidad”.

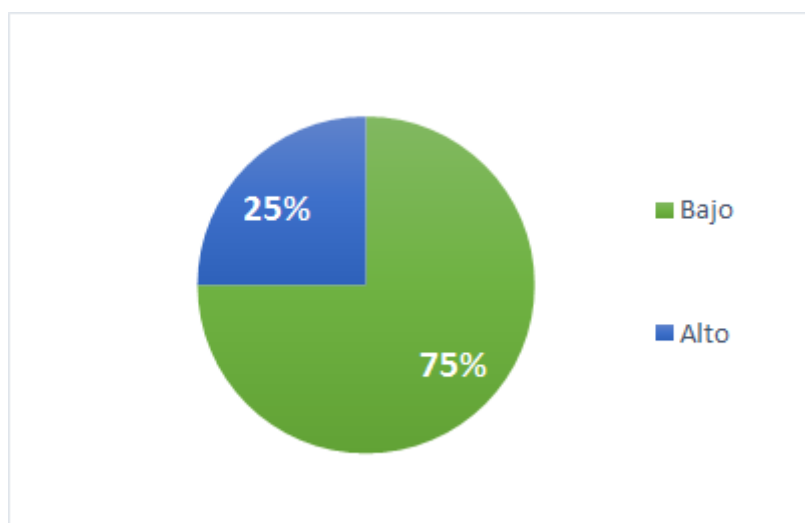
**Gráfico 12: OQ-45.2 Sub-escala Distrés Sintomático**



En la sub-escala de relaciones interpersonales (RI) la muestra previo al taller reportó una media de 12,6 (d.s= 6,3).

En los resultados arrojados en el OQ-45.2, según la clasificación clínica que posee el cuestionario (Von Bergen, De la Parra, 2002), se observa que 15 personas (75%) presenta un puntaje bajo en cuanto a relaciones interpersonales, que representa una conformidad en sus relaciones. Por otro lado, 5 cuidadoras (25%) posee un índice alto en las relaciones interpersonales.

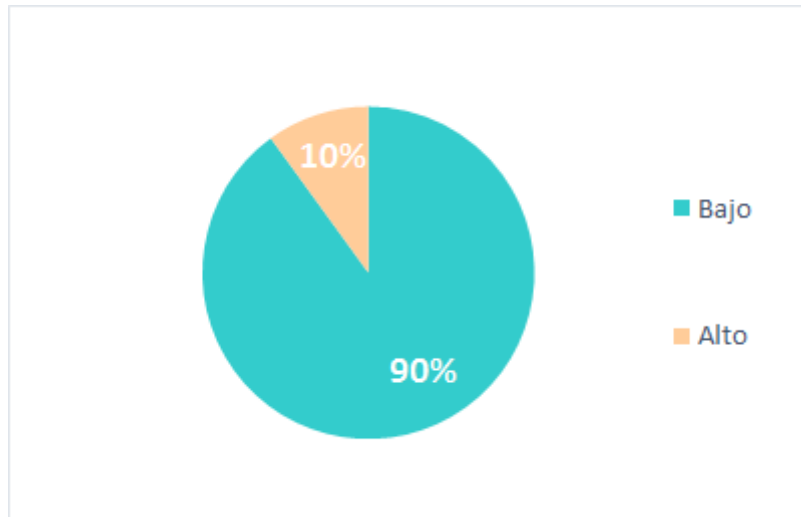
**Gráfico 13: Sub-escala Relaciones Interpersonales**



En la sub-escala de rol social (SR) se reportó una media de 8,9 (d.s= 3,5). Se puede observar en el gráfico 14, los resultados pre-taller, según la clasificación clínica que posee el cuestionario (Von Bergen, De la Parra, 2002), arrojan que 18 cuidadoras

(90%) posee un bajo el puntaje de corte (Conformidad o funcionalidad), mientras que 2 cuidadoras (10%) tiene un índice sobre el puntaje de corte (disconformidad o disfuncionalidad).

**Gráfico 14: OQ-45.2 Sub-escala Rol Social**



### **6.3 Descripción de los datos obtenidos posterior al taller y la comparación con los resultados obtenidos previos al taller.**

#### **6.3.1 Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit**

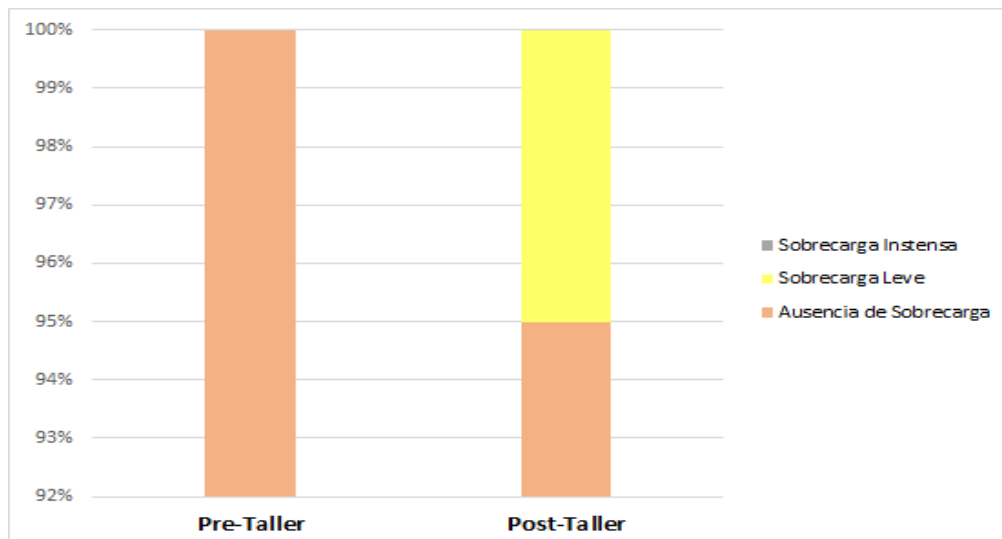
En los resultados post-taller en la escala global del Cuestionario Zarit, se observó una media de 26,9 puntos (d.s= 11,4). Se aprecia un aumento en 0,4 puntos en comparación con los datos arrojados previo al taller (media de 26,5 puntos y d.s=9,2), lo cual no representa un cambio estadísticamente significativo ( $t=-0,16$ ;  $p=0,87$ ).

**Gráfico 15: Zarit pre-post**



Según la clasificación clínica que presenta el cuestionario para el momento posterior al taller (Breinvauer, Vásquez, Mayans, Guerra y Millán, 2009), se observó que un 95% (19 personas) de las participantes presenta ausencia de sobrecarga y un 5% (1 persona) de sobrecarga leve. No se observan cambios clínicamente significativos.

**Gráfico 16: Resultados Zarit pre-post clínicos**



En los resultados de la sub-escala de Impacto del Cuidado (IC), en la aplicación posterior al taller se reportó una media de 7,50 puntos (d.s= 3,31). Al comparar con los resultados obtenidos previo al taller (media de 8,35 puntos y d.s= 3,54) se observa una disminución de 0,85 puntos, lo cual no representa una diferencia estadísticamente significativa ( $W=0,98$ ;  $p=0,33$ ).

En los resultados de la sub-escala de Relaciones Interpersonales (RI), en la aplicación post se obtuvo una media de 3,95 puntos (d.s= 4,03). Al comparar con los resultados obtenidos previo al taller (media de 3,75 puntos y d.s= 3,65) se observa un aumento de 0,20 puntos lo cual no tiene significancia estadística ( $W=0,571$ ;  $p=0,568$ ).

En los resultado de la sub-escala de Expectativa de Autoeficacia (EA), en la aplicación posterior al taller se obtuvo una media de 3,15 puntos (d.s= 1,98). Al comparar con los resultados obtenidos previo al taller (media de 3,20 puntos y d.s= 2,04) se observa un aumento de 0,05 puntos, cambio que no tiene significancia estadística ( $W=0,09$ ;  $p=0,92$ ).

En los resultados de la sub-escala de Dependencia, en la aplicación post-taller se observó una media de 0,70 puntos (d.s= 1,21). Al comparar con los resultados obtenidos previo al taller (media de 0,55 puntos y d.s= 1,05), se observa un aumento de 0,15 puntos, lo cual no es estadísticamente significativo ( $W=0,25$ ;  $p=0,79$ ).

### **6.3.2 Escala de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE)**

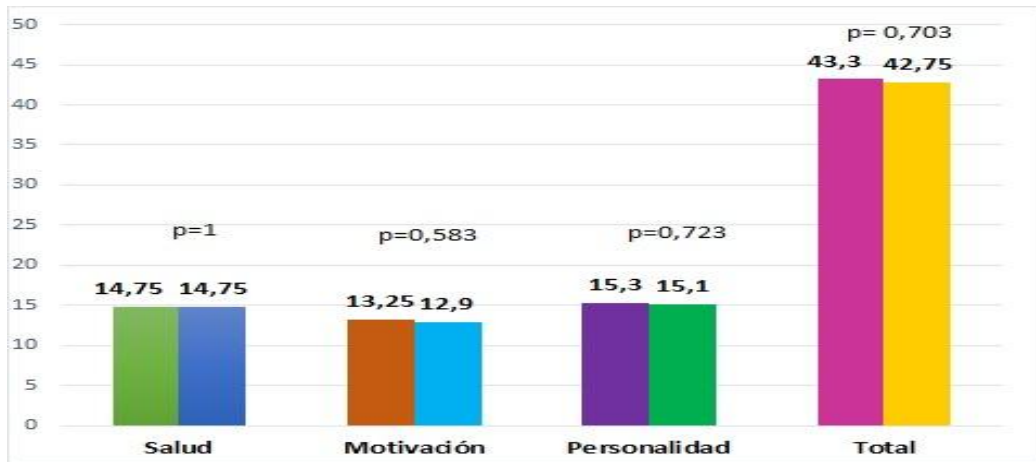
En los resultados de la escala global del cuestionario de Estereotipos hacia la Vejez (CENVE), en la aplicación posterior al taller se reportó una media de 42,7 puntos (d.s= 9,85). Al comparar con los resultados obtenidos previo al taller (media de 43,30 puntos; d.s=9,51), se observa una disminución de de 0,5 puntos lo cual no representa una diferencia estadísticamente significativa ( $W=0,38$ ;  $p=0,70$ ).

En los resultados de la sub-escala Salud del cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE) en la aplicación posterior al taller se reportó una media de 14,7 puntos (d.s=3,6). Al comparar con los resultados obtenidos previo al taller (media de 14,75 puntos y d.s= 3,5), se observa una mantención de la media (14,7 puntos), lo cual no tiene significancia estadística ( $t= 0$ ;  $p=1$ )

En los resultados de la sub-escala Motivación-social, en la aplicación posterior al taller se reportó una media de 12,9 puntos (d.s= 4,0). Al comparar con el resultado previo al taller (media de 13,25 puntos y d.s= 3,3), se observa una disminución de 0,6 puntos, lo cual no tiene significancia estadística ( $W=0,55$ ;  $p=0,58$ ).

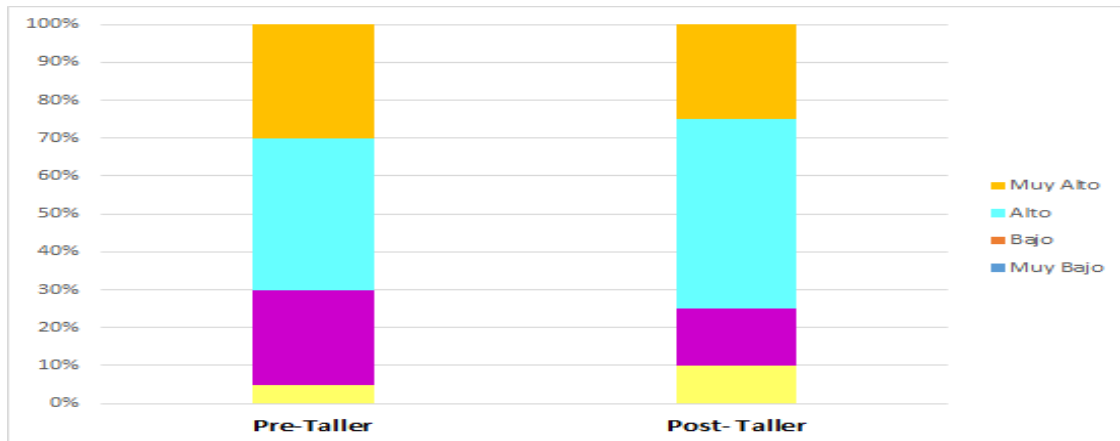
En los resultados de la sub-escala Carácter personalidad (CP), en la aplicación posterior al taller se reportó una media de 15,1 puntos (d.s=3,3). Al comparar con el resultado previo al taller (media 15,3 puntos; d.s=3,5) se observa una disminución de 0,2 puntos, lo cual no refiere a un cambio estadísticamente significativo ( $W=0,36$ ;  $p=0,72$ ).

**Gráfico 17: CENVE pre-post**



Se observa que, según la clasificación clínica que presentan lo el cuestionario para la escala global (Sánchez, 2004), un 30% (6 personas) muy alto, un 40% (8 personas) de las cuidadoras se encuentra en un rango alto, un 25% (5 cuidadoras) bajo y un 5% (1 cuidadora) muy bajo.

**Gráfico 18: CENVE pre-post cambio clínico**



### 6.3.3 Maslach

En los resultados de la escala global en la aplicación posterior al taller se reportó una media de 54,0 puntos (d.s 6,8). Al comparar con los resultados obtenidos previo al taller (media de 55,9 y d.s=9,7) se observa una disminución de 1,8 puntos, lo cual no representa un cambio estadísticamente significativo ( $t=0,88$ ;  $p=0,38$ ).

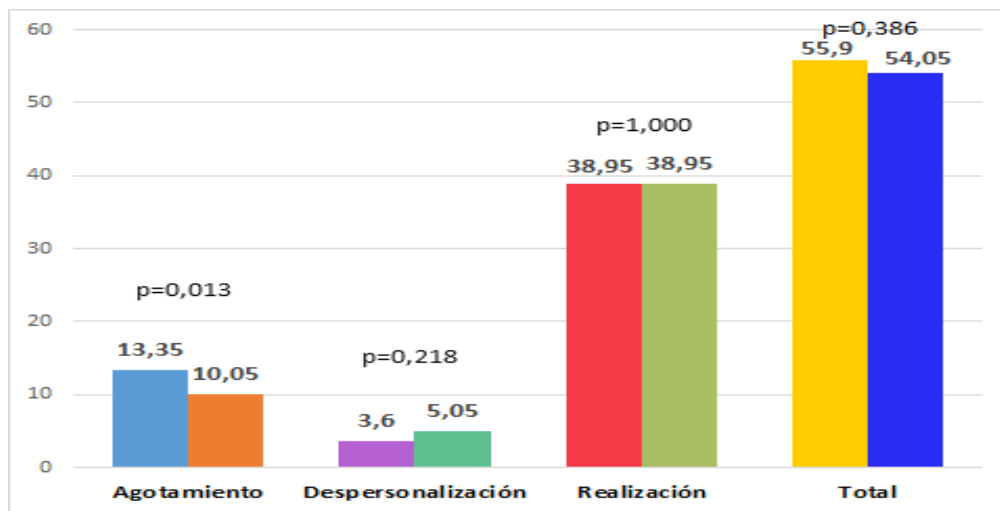
En los resultados de la sub-escala de agotamiento de las cuidadoras (AE), en la aplicación posterior al taller se reportó una media de 10,0 (d.s= 6,9). Al comparar con los resultados previos al taller (media de 13,3 puntos y d.s= 6,4) se observa una disminución de 3,30 puntos, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa ( $t=2,74$ ;  $p=0,13$ ).

En los resultados de la sub-escala de Despersonalización (D), en la aplicación posterior al taller se reportó una media de 5,05 (d.s= 4,9). Al comparar con los resultados obtenidos previo al taller (media de 3,6 puntos y d.s= 3,5), existe una disminución de un 1,4 puntos, frente a lo cual no se reporta un cambio estadísticamente significativo ( $W=1,27$ ;  $p=0,21$ ).

En los resultados de la sub-escala de Realización Personal (RP), en la aplicación posterior al taller se reportó una media de 38,9 (d.s= 7,7). Al comparar con los resultados obtenidos previo al taller (media, 38,9 y d.s=7,4), se observa una

mantención de la cifra. Por lo cual, no se encuentra significancia estadística ( $W=0$ ;  $p=1$ ).

**Gráfico 19: Maslach pre-post**



Según la clasificación clínica que presenta el cuestionario (Buzzeti, 2005) para la escala global, en los resultados obtenidos posterior al taller, se observa un 95% (19 personas) de las cuidadoras se encuentra en un rango medio, un 5% (1 cuidadora) en un rango bajo y ninguna de las participantes presenta un rango de 'burnout' alto.

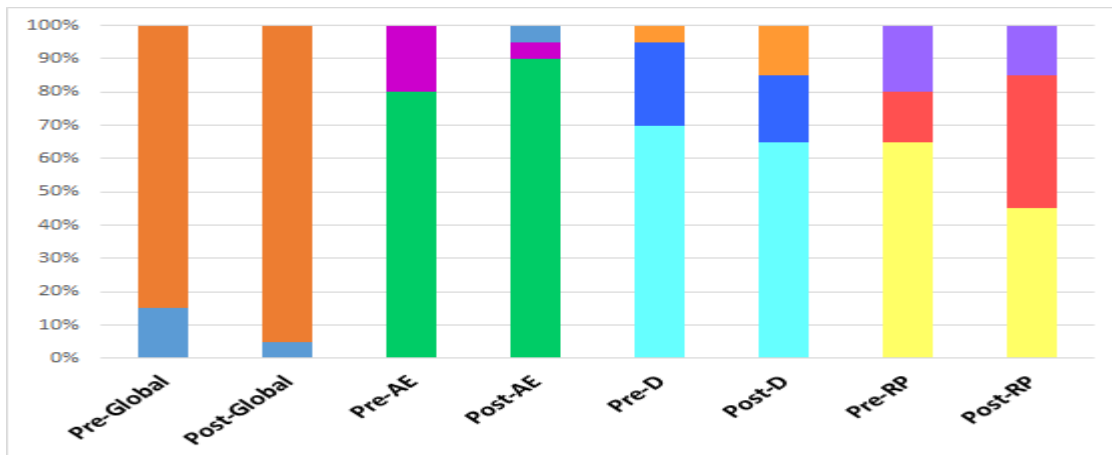
Según la clasificación clínica que presenta el cuestionario (Buzzeti, 2005), para la escala de agotamiento emocional (AE), en los resultados obtenidos posterior al taller, se observa un 90% (18 personas) de las participantes con un índice bajo de agotamiento, mientras que un 5% (1 cuidadora) presentó un nivel de agotamiento medio y 5% (1 cuidadora) tuvo agotamiento alto. Con respecto al cambio clínicamente significativo, se observa un 5%, lo que equivale a 1 persona.

Según la clasificación clínica que posee el cuestionario (Buzzeti, 2005), para la subescala de despersonalización (D), en los resultados obtenidos posterior al taller, se observa un 60% (12 personas) de la muestra presentó un índice bajo de despersonalización, 20% (4 personas) presentó un nivel medio y un 15% (3 cuidadoras) un índice alto.

Según la clasificación clínica que posee el cuestionario (Buzzeti, 2005) para la subescala de realización personal (RP), en los resultados obtenidos posterior al taller,

se observa un 45% (9 cuidadoras) de la muestra presentó un nivel bajo de realización personal, un 40% (8 personas) un nivel medio y un 20% (4 personas) de las participantes presentaron un nivel alto.

**Gráfico 20: Maslach pre-post cambio clínico**



### 6.3.4 OQ-45.2

En los resultados de la escala global obtenidos del cuestionario OQ-45.2, en la aplicación posterior al taller se reportó una media de 39,2 puntos (d.s=18,4). Al compararlo con los resultados previos al taller (media 49,8 puntos; d.s= 22,1) se observa una disminución de un 10, 5 punto. Lo cual reporta un cambio estadísticamente significativo ( $t=3,32$ ;  $p=0,004$ ).

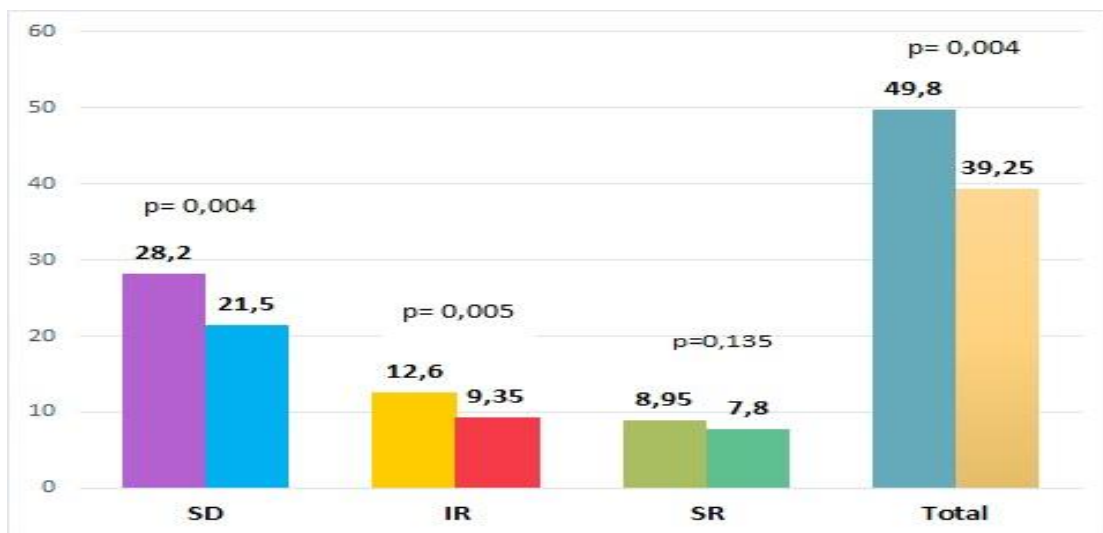
En los resultados de la sub-escala distrés sintomático (DS) en la aplicación posterior al taller se reportó una media de 21,5 (d.s= 11,1). Al compararla con el resultado previo al taller (media de 28,2 y d.s=14,0), se observa una disminución de 6,7 puntos, lo cual reporta un cambio estadísticamente significativo ( $t=3,31$ ;  $p=0,004$ ).

En los resultados de la sub-escala de relaciones interpersonales (RI), en la aplicación posterior al taller se reportó una media de 9,3 (d.s= 5,6). Al comparar con los resultados previos al taller (media de 12,6 y d.s= 6,3), se observa una disminución de

3,3 puntos, lo cual representa un cambio estadísticamente significativo ( $t=3,31$ ;  $p=0,004$ ).

En los resultados de la sub-escala de rol social (SR) en la aplicación posterior al taller se reportó una media de 7,8 (d.s= 3,0). Al comparar con los resultados obtenidos previo al taller (media de 8,9 y d.s= 3,5), se observa una disminución de 1,1 punto, lo cual no representa un cambio clínicamente significativo ( $t=1,56$ ;  $p=0,13$ ).

**Gráfico 21: OQ.45.2 pre-post**



Según la clasificación clínica que proporciona el cuestionario (Von Bergen, De la Parra, 2002) para la escala global, en los resultados obtenidos posterior al taller, se observa un 95% de la muestra que (19 cuidadoras) presenta “funcionalidad” o “conformidad”, mientras que una cuidadora (5%) se mantiene en la clasificación de “disconformidad” o “disfuncionalidad”, aun cuando disminuye en 7 puntos del puntaje total. Un 30% (6 personas) de las participantes reportan un cambio clínicamente significativo (Bajo 73 puntos o con una disminución de 17 puntos que representa el índice de cambio confiable).

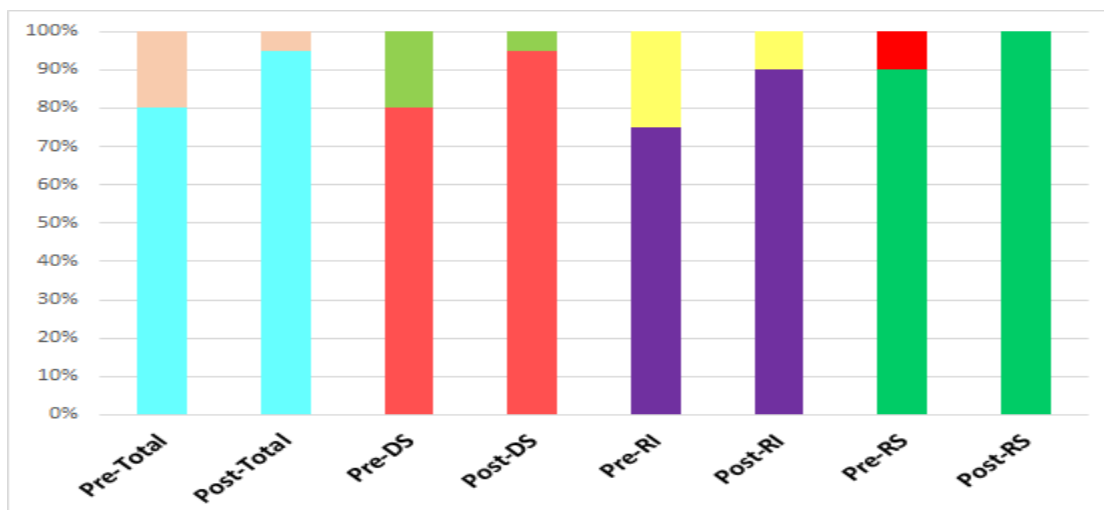
Según la clasificación clínica que proporciona el cuestionario (Von Bergen, De la Parra, 2002), para la subescala de diestrés sintomático, en los resultados obtenidos posterior al taller, se observa un 95% de la muestra (19 de las participantes) que

presenta distrés sintomático “funcional” o de “conformidad” (según la clasificación el autor), mientras que una cuidadora (5%) tuvo un índice alto, de “disfuncionalidad” o de “disconformidad. Un 30% de las participantes reportan un cambio clínicamente significativo (Bajo puntaje de corte: 43 o una baja igual o mayor del índice de cambio confiable: 12 puntos).

Según la clasificación clínica que proporciona el cuestionario (Von Bergen, De la Parra, 2002), para la subescala de relaciones interpersonales (RI), en el momento posterior al taller, se observa que el 90% (18 personas) del total de la muestra presenta un índice de “funcionalidad” o “conformidad” en sus relaciones interpersonales y el 10% (2 personas) un índice de “disfuncionalidad” o “disconformidad” en sus relaciones interpersonales. Al comparar con los datos recogidos previo al taller, se reporta además, un 20% de la muestra, un cambio clínicamente significativo (Bajo el puntaje de corte: 16 o con una disminución de 9 puntos que representa el índice de cambio confiable).

Según la clasificación clínica que proporciona el cuestionario (Von Bergen, De la Parra, 2002), para la subescala de rol social (SR) en el momento posterior al taller, se observa que la totalidad de la muestra (20 cuidadoras) presenta “funcionalidad” o “conformidad” con su rol social. Al comparar con los resultados recogidos previo al taller, se observó un 15% de cambio clínicamente significativo (Bajo el puntaje de corte: 14 o una disminución de 8 puntos, que representa el índice de cambio confiable).

**Gráfico 22: OQ.45.2 pre post cambio clínico**



#### 6.4 Tabla resumen variables clínicas pre y post taller “Árbol de la Vida”

	Pre		Post		Estadist.	Sig.	%Ca.Cin.	d	1-β
	X	DS	X	DS					
<b>Zarit</b>									
ZT	26,5	9,2	26,9	11,4	T= -,16	0,87		0,03	0,06
ZIC	8,3	3,5	7,5	3,3	T= ,98	0,33		0,22	0,24
ZRI	3,7	3,6	3,9	4	W= -,57	0,56		0,06	0,36
ZEA	3,2	2	3,1	1,9	T= ,09	0,92		0,02	0,05
ZD	0,5	1	0,7	1,2	W= -,25	0,79		0,11	0,4
<b>Cenve</b>									
CT	43,3	9,5	42,7	9,8	T= ,38	0,70		0,005	0,07
CDS	14,7	3,5	14,7	3,6	T= 0	1,00		0	0,05
CMS	13,2	3,3	12,9	4	T= ,55	0,58		0,09	0,08
CCP	15,3	3,5	15,1	3,3	T= ,36	0,72		0,05	0,07
<b>Maslach</b>									
MT	55,9	9,7	54	6,8	T= ,88	0,38	5%	0,199	0,04
MAE	13,3	6,4	10	6,9	T= 2,74	,013*	15%	0,613	0,69
MD	3,6	3,5	5	4,9	T=-1,27	0,21	20%	0,33	0,26
MRP	38,9	7,4	38,9	7,7	T= ,000	1	15%	0,05	0
<b>OQ-45</b>									
OQT	49,8	22,1	39,2	18,4	T= 3,32	,004**	30%	0,74	0,76
OQS	28,2	14	21,5	11,1	T= 3,31	,004**	30%	0,74	0,76
OQIR	12,6	6,3	9,3	5,6	T= 3,14	,005**	20%	0,70	0,74
OQSR	8,9	3,5	7,8	3	T= 1,56	0,13	15%	0,34	0,54

\*p<0,05; \*\*p<0,01; X= Media aritmética; D.S= Desviación Estándar; Sig=Significancia Estadística; %Ca.Cin= % de Cambio Clínico; d= tamaño del efecto; 1-β= potencia estadística.

## **7. DISCUSIÓN**

### **7.1 Variables Sociodemográficas**

#### **7.1.1 Respecto del Género**

En cuanto a los resultados sociodemográficos presentes en este estudio, en primer lugar, el 100 % de los cuidadores son mujeres, lo que coincide con los resultados del primer Estudio Nacional de Dependencia en la Personas Mayores, en donde la mayoría de los cuidadores correspondían a mujeres (SENAMA, 2012). Bajo este punto de vista, se hace necesario tener presente que las repercusiones del cuidado sobre la salud mental del cuidador son diferentes en función de su género. Así, los resultados de diversas investigaciones realizadas en este sentido aluden a una mayor probabilidad de desarrollar trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) y síntomas asociados con el estrés entre las cuidadoras frente a los cuidadores hombres (Schultz y Williamson, 1991; Yee y Schulz, 2000; Family Caregiver Alliance, 2001; Dettinger y Clarkberg 2002). Asimismo, es importante destacar, como lo indican Celma y Acuña (2009) que la imagen del cuidador no se escapa al proceso de feminización, fuertemente arraigado en la actualidad, mostrando a la mujer, como la persona, encargada de cuidar a un otro. Específicamente en Chile, hay una marcada discriminación de género, evidenciada en la desigualdad existente en la división del trabajo por género, que asigna las actividades productivas (vinculadas al mercado) a los hombres y las reproductivas (relacionadas con el cuidado de los seres humanos) a las mujeres, se proyecta en los patrones de inserción laboral de las mujeres y la consecuente desvalorización de sus labores en el mercado de trabajo (Arriagada, 2010; Casado-Mejía, Ruiz-Arias y Solano-Parés, 2009).

Siguiendo con estas variables, se ha reportado que la edad que presentaba un mayor porcentaje (35%), dentro de la muestra era entre 50 y 59, la que consideramos como una edad elevada dentro del ámbito asistencial, por este motivo hay que tener en cuenta que, pareciera ser que los cuidadores con mayor edad tienden a presentar mayores niveles de carga (Ginsberg, Martínez, Mendoza, Pabón, 2005). Sin embargo,

algunos autores apuntan que la edad constituye un factor de riesgo en tanto que otros consideran que es un factor protector (Pereda-Torales, Marquez, Hoyos, Yañez, 2009), por lo que esta variable, no sería concluyente con algún resultado específico. Con respecto al estado civil un 60% de las cuidadoras es casada, lo que podría relacionarse directamente con la edad presentada por la mayoría de las cuidadoras formales presente en esta intervención.

En relación al nivel de estudio, un 45% presenta técnica completa, lo que se muestra como un problema preocupante en término mundiales, ya que, la mayoría de las personas que desde diversas especialidades tratan directamente con los adultos mayores, no presentan conocimientos gerontológicos necesarios para comprender cabalmente la problemática de las personas que asisten, debido a la falta de formación académica adecuada (Salvarezza, 1998). Siguiendo esta línea, en la actualidad, se puede vislumbrar que la formación de los profesionales del área de la salud sea muy técnica y no prepare los estudiantes para un cuidado más global y humanizado (Carniel, Runte, Torres-González, Bruce, 2008). Por este motivo destacamos la importancia, de que los cuidadores deban contar con los conocimientos necesarios, sobre los cambios fisiológicos que van presentando los adultos mayores y su posible accionar frente a una situación de emergencia, sin dejar de lado la convivencia y las relaciones que podría generar con el adulto mayor asistido. Sobre este punto, un estudio realizado en México plantea que es conveniente brindar a los cuidadores capacitación sobre lo que es el envejecimiento desde el punto de vista biológico y psicológico. Tal capacitación a quienes rodean a los adultos mayores no sólo se debe ofrecer para que comprendan el proceso de envejecimiento como un proceso normal, sino para que conozcan los aspectos clínicos y patológicos de la salud física y del comportamiento (Hernández y Ehrenzweig, 2008).

Considerando el tiempo trabajando el mayor porcentaje (40%) hace alusión a 49 meses o más, lo que es concordante al estudio realizado el 2012 por el servicio de salud de la Región de los Ríos, en el que, el 46.2% de los cuidadores formales resultaron llevar de 1 a 5 años dedicados al rol de cuidador. En este punto, se torna importante mencionar que en general, el cuidador formal presenta descontento y

disminución de interés en el trabajo al llevar una mayor cantidad de años ejerciendo el labor de cuidador (Hernández y Ehrenzweig, 2008).

Por otro lado el mayor porcentaje del tiempo de cuidado hacia el adulto mayor corresponde a un 40% lo que va de 0 a 10 horas semanales, lo que está directamente relacionado al horario pre- establecido que podrían efectuar en el lugar de trabajo.

Es importante destacar que la asistencia es uno de los principales problemas que se presentan en la implementación de intervenciones en cuidadores (Losada, Kinght, Márquez, 2003) y este estudio, no estuvo ajeno a eso, ya que la asistencia fue disminuyendo a lo largo de las sesiones, debido a diversos inconvenientes por parte de las cuidadoras o por parte de la institución.

La intervención efectuada puede no tener potencia estadística suficiente para detectar y evidenciar diferencias estadísticas significativas en las diversas variables medidas. Por lo que creemos relevante mencionar que el pequeño tamaño de la muestra, reduce sustancialmente el poder y la capacidad de generalización estadística de este estudio (Canonici, Andrade, Gobbi, Santos- Galduroz, Bucken & Stella, 2011). No obstante el elevar la potencia estadística requiere incrementar el número de participantes y, por consiguiente, los costes y las dificultades (Martínez-González, Ruiz-Canela, De Irala, 2011). En este punto es importante mencionar, las dificultades que tuvimos como grupo en la obtención de la muestra de cuidadores formales y en poder llegar a un acuerdo con la institución a la cual pertenecen estas cuidadoras, en función de la realización del taller en sí, del tiempo, del número de sesiones, del número de cuidadoras por cada grupo, del lugar donde se efectuaría en taller, entre otros. Por lo que, al poseer un número bajo en la muestra, debido a las dificultades anteriormente descritas, no se presenta una potencia estadística necesaria, y esto puede haber impedido la detección de las variables y de los cambios que pueda haber efectuado el taller.

## **7.2 Características Clínicas de las cuidadoras formales**

### **7.2.1 Según el Cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE)**

Se ha mencionado el interés, al inicio de este estudio, de proporcionar algún tipo de respuesta frente a la preocupación manifestada por el SENAMA (2014) a través de la propuesta de envejecimiento positivo, la cual busca inducir un cambio cultural que abra camino a la valoración positiva de los adultos mayores. En la misma tendencia, la OMS (2002) desde la perspectiva del “Envejecimiento Activo”, plantea que se hace necesaria una toma de conciencia por parte de las instituciones sociales y políticas para favorecer, desde edades tempranas, una imagen positiva del envejecimiento. Este objetivo únicamente se puede conseguir fomentando la participación activa de las personas mayores en todos los ámbitos sociales, proporcionando formación y educación especializada en psicogerontología a los profesionales médicos, sanitarios y de los servicios sociales, y alentando a los grupos que representan a las personas mayores a hacer frente a los estereotipos negativos y a la discriminación por causa de la edad (SENAMA, 2014; OMS, 2002).

En los resultados respecto al nivel de estereotipos negativos hacia la vejez (CENVE), previo al taller, se reportó que existe un 75% de las participantes que puntuaron en los rangos “Alto” y “Muy alto”, el cual disminuye en un 5% sin significancia estadística ( $W:0,387$ ,  $p:0,703$ ). Esto era esperable, ya que el taller del árbol de la vida, no fue desarrollado directamente para la disminución de estereotipos, sino que se esperaba, en cambio, que si existía una disminución en el desgaste emocional existiera una disminución en los niveles de estereotipos, dada la relación que existe entre el desgaste las creencias asociadas (Bell y Morce, 2000; Busso, 2001; Aranibar, 2001; Giró, 2006; Fernández- Ballesteros, 2007; Gergen, 2009; Sánchez-González, 2009; Fernández- Ballesteros, 2011; Sánchez-González y Egea-Jiménez, 2011; Calvo, 2013) Se podría menospreciar la cifra porcentual mencionada (75%) al considerar el reducido número de participantes, pero se considera que esta cifra se corresponde con lo propuesto por las instituciones mencionadas anteriormente (SENAMA, 2014, OMS, 2002). Y por otra parte, lo que se busca es advertir acerca de la relevancia de esta

temática, y además extiende una invitación a tomar en cuenta esta temática a la hora de trabajar con cuidadores/as de adultos mayores.

Algunas investigaciones realizadas en México con este cuestionario reportan que el 65% de la muestra evidencia “Alto” y “Muy alto” nivel de estereotipos negativos hacia la Vejez (Enrique, Vargas, 2010). Investigaciones realizadas en 10 países de Latinoamérica (2012), entre ellos Chile, reportan que existen estereotipos negativos hacia la vejez tanto en las personas mayores como en los jóvenes universitarios, residentes en distintas zonas de Latinoamérica. Y por último investigaciones reportan, por otro lado, la falta de estudios respecto a esta temática en Asia, África y América Latina específicamente (Smith, 2006).

Estudios como éste pueden contribuir, por lo tanto, a concientizar a la sociedad - no sólo a los cuidadores y a las instituciones- y aportar un mayor conocimiento y experiencia a estudiantes y profesionales de disciplinas relacionadas con las ciencias sociales y la salud. Es un tema que nos implica a todos, es nuestro propio futuro: la vejez (Larra, 2013). Pues, el pensamiento, las creencias e ideas que cada ser humano posee tienen un profundo efecto en las interacciones con otros/as. Cada persona incorpora inevitablemente su propio análisis social, político y cultural a sus interacciones con los adultos mayores, por esto el trabajo con las creencias, mitos y/o estereotipos en torno a la vejez se hace fundamental (Maturana y Varela, 1972, 1987, 2003; Gergen, 1996 Esler y Waldegrave, 1993; Rodríguez, Andrade y Marqués, 2001; White y Epston, 2002; Anderson, 1997).

Son relevantes, por lo tanto, los esfuerzos que se realicen para la disminución de los estereotipos fuertemente arraigados en las personas, pues durante décadas que han observado los efectos que éstos pueden llegar a tener sobre las acciones de las personas (recelo, miedo, desvalorización entre otros). Los estereotipos desencadenan actitudes negativas que, provocan desigualdades sanitarias y/o sociales. Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud han venido emitiendo recomendaciones que tratan de provocar decisiones gubernamentales que combatan los estereotipos o falsas creencias en torno a la vejez (OMS, 2002; Carbajo, 2009; Fernández-Ballesteros, 2003; Smith, 2006).

Como ha sido mencionado anteriormente, el cuestionario CENVE, no ha reportado un cambio estadísticamente significativo ( $W=0,38$ ;  $p=0,70$ ). Por lo cual, ha sido inesperado encontrar un cambio clínicamente significativo. Tal cambio corresponde al 30% de la muestra. Pero además de este, se evidencia que un 35% empeora y un 35% tiene pequeñas variaciones sin significancia.

Por esto últimos datos, han surgido algunas preguntas: ¿Este cambio clínico fue producto del taller? ¿En qué facilita el cambio?

Es posible que algunas de estas respuestas sean referidas en el aporte que realizará la investigación cualitativa de los datos.

### **7.2.2 Sobrecarga y agotamiento emocional**

Se ha expuesto en esta investigación, cómo ha surgido la preocupación por los efectos que las cuidadoras formales poseen a raíz de encontrarse cuidando a personas mayores, las cuales en su vulnerabilidad y dependencia necesitan de cuidados diferentes a otros grupos. Por lo cual, era esperable que en los resultados que se observaran en los instrumentos, específicamente Zarit y Maslach, se reportaran niveles altos de Sobrecarga y Agotamiento Emocional respectivamente; efectos que, según las investigaciones, son los más frecuentes dentro de los grupos de cuidadores/as (Camacho, Hinostrosa & Jiménez, 2010; Losada, Montorio, Fernández y Márquez, 2005; Montorio, Fernández, López y Sánchez, 1998).

Al observar la recogida de datos, específicamente, en el Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en el momento previo al taller, se observó que el 100% de las participantes se encontraban en el rango de puntaje mínimo ( $X < 43$ ), que corresponde a “ausencia de sobrecarga”. Ésta sin significancia estadística ( $t: -0,16$ ;  $p: 0,87$ ) al comparar con los datos posteriores al taller, donde el 95% de las participantes se encontraba en “Ausencia de Sobrecarga” y un 5% en “Sobrecarga Leve”, lo cual representa un aumento de 17 puntos en una participante.

En este cuestionario, por consiguiente, no se encontraron cambios clínicamente significativos, por lo que no podemos hacer referencia a las variaciones o influencias posteriores al taller o a la falta de ellas.

En relación al desgaste profesional, éste se describe como un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y reducción de la realización personal (Maslach y Jackson, 1986). Como se mencionó anteriormente se utilizó el cuestionario Maslach para medir esta variable. Al comparar lo evidenciado previo a la realización del taller el árbol de la vida, nos percatamos que existía una diferencia estadísticamente significativa específicamente en la subescala agotamiento emocional ( $t=2,74$ ;  $p=0,13$ ). En cuanto a las subescalas despersonalización ( $W=-1,27$ ;  $p=0,218$ ) y realización personal ( $W=0$ ;  $p=1$ ) éstas no reportaron diferencias estadísticamente significativas.

En primer lugar el agotamiento o cansancio emocional, hace referencia a sensaciones de sobre-esfuerzo físico y psíquico que se produce como consecuencia de las continuas interacciones que mantienen los trabajadores con ellos, y con sus clientes (Hernández, Granada y Carmona, 2011). Específicamente en la muestra de cuidadores formales, se obtuvo en la evaluación previa al taller un 85% en el índice medio y un 15% en el bajo, y posterior al taller un 95% en el índice medio y un 5%.

Es importante comentar que como lo menciona Gil- Monte (2005) los recursos personales con que cuente el individuo o la forma como la persona interprete o maneje las situaciones, influye en la frecuencia e intensidad del síndrome, es por este motivo que creemos el taller tuvo un efecto en el agotamiento emocional, a través de descubrir las diversas capacidades personales de cada cuidador a lo largo de las sesiones efectuadas. En relación a la variables sociodemográficas y el desgaste profesional, un estudio realizado en Colombia encontró que las personas que tienen hijos presentan un nivel más elevado de agotamiento emocional, al igual que las personas que se encuentran solteras (Hernández, Granada y Carmona, 2011). Los resultados aportados por Guillen y Guil (2003) plantean que la relación entre sexo, edad, nivel educativo y síndrome de burnout no es clara.

Siguiendo con la subescala de despersonalización, la cual hace alusión a la forma de afrontamiento que protege al trabajador de la desilusión y agotamiento. Ésta implica actitudes y sentimientos cínicos, negativos sobre los propios clientes, que se manifiestan por irritabilidad y respuestas impersonales hacia las personas que prestan sus servicios (Martínez, 2010). En la muestra de cuidadores formales, se encontró que hubo una disminución del 10% del índice bajo, posterior a la aplicación del taller,

igualmente una disminución del 5% del índice medio y un aumento del 10% del índice alto. Esta variable tendría relación con la evolución de la profesión del cuidado, y con ello con la formación cualificada de los profesionales. En esta formación parece existir elementos deficitarios relacionados con los aspectos que tienen que ver con habilidades sociales, habilidades emocionales y de comunicación, que exigen ser entrenadas y que necesitan de una formación muy concreta (Garrosa, Moreno-Jimenez, Rodriguez- Carvajal y Morante, 2005). Un estudio realizado a 473 enfermeras en España arrojaron que es más fácil despersonalizar en contextos profesionales en los que el contacto con el dolor y la muerte es escaso (arrosa, Moreno- Jimenez, Rodriguez- Carvajal y Morante, 2005). En este caso puntual, al trabajar con adultos mayores, se encontrarían más cercanos a la vulnerabilidad, dependencia y fallecimiento de estas personas, por lo tanto estarían en contacto directo con situaciones relacionadas con dolor.

La dificultad para la realización personal en el trabajo son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Es el deterioro del autoconcepto acompañado de sensaciones de inadecuación, de insuficiencia y de desconfianza en sus habilidades (Martínez, 2010). En este estudio se pudo ver como hubo una disminución de 20% en los niveles de realización personal con índice bajo, además se muestra un aumento de 25% en el nivel medio de realización personal, y finalmente una disminución del 5% en los niveles altos. En cuanto a la media, se pudo ver como esta se mantuvo (38,95). En un estudio realizado en México se llegó a la conclusión de que una de la razones del mantenimiento de este porcentaje podría ser un reflejo de los bajos salarios que estos trabajadores perciben, ya que incluso los más altos salarios no son suficientes para cubrir las necesidades básicas de una persona, mucho menos de una familia (Vázquez-García, Esperón, González-Losa, 2013). Es importante comentar que de hecho, se ha hallado que la formación en el trabajo se relaciona con altos niveles de realización personal (Méndez, Secanilla, Martínez y Navarro, 2011).

A partir de los resultados expuestos, surge una pregunta: ¿Habría algo, común a todas las participantes del taller, que impida reportar la sobrecarga o el desgaste laboral?

En términos generales diversos factores como el entorno físico, el desempeño del rol, las características estresantes del propio trabajo y el clima personal aparecen como principales desencadenantes del burnout (Hernández, Granada y Carmona, 2011), por lo que estaba lejos de nuestras manos, hacer cambios a nivel organizacional, sólo se logró trabajar en términos personales e interpersonales como grupo de cuidadores.

Son escasos los estudios que se han enfocado a los cuidadores formales, hecho preocupante, ya que ha habido un incremento de las casas de asistencia para la atención de personas de la tercera edad, (Vázquez-García, Esperón, González-Losa, 2013). Por lo tanto planteamos la necesidad de seguir estudiando esta variable y las que puedan estar relacionadas con la realización del ardua labor de cuidar, aunque no se puede pasar por alto que la población estudiada es pequeña (Vázquez-García, Esperón, González-Losa, 2013).

Cuando se utiliza la palabra “sobrecarga”, “burnout” u otro, por lo general, tanto dentro de los variados tipos de instituciones como a nivel del público general, se entiende que las personas sufren de fatiga o están cansadas; sin embargo, dicha comprensión tiende a hacerse en el lenguaje común, por lo que no se dimensiona el serio problema que se presenta. Así puede surgir la posibilidad que los resultados evidenciados en la recogida de datos previa al taller podrían haber sido invisibilizados por la naturalización del problema (Catsicaris, Eymann, Cacchiarelli y Usandivaras, 2007; Casado-Mejía, Ruiz-Arias y Solano-Parés, 2009; Forbes, 2011; Valencia, 2012). Por otra parte, pero posiblemente vinculado a lo anterior, se ha discutido sobre cómo se redactan las preguntas y/o afirmaciones en un instrumento, qué palabras se utilizan y si los significados asociados a éstas son compartidas con las participantes. Es decir, de qué forma en las preguntas de los cuestionarios se incorporan las formas de comprensión de las personas-participantes y no, de manera exclusiva y excluyente, la comprensión profesionalizada y si existe, por lo tanto, en el instrumento un lenguaje común entre el investigador y cada participante.

En el paradigma interpretativo, responde Mariane Krausse (1995) la tarea del investigador científico es estudiar el proceso de interpretación que los actores sociales hacen de su "realidad", es decir, se debe investigar el modo en que se le asigna

significado a las cosas. Esto implica estudiarlo desde el punto de vista de las personas y enfatizar el proceso de comprensión ("verstehen") de parte del investigador. Metodológicamente hablando, no supone un observador ajeno a la realidad estudiada sino, muy por el contrario, un investigador inmerso en ella, a fin de que pueda comprender su significado y comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas (Cook & Reichardt, 1986; Taylor & Bogdan, 1986; Anderson, 1997).

Se ha discutido además, acerca de la época del año en la cual ha sido realizada la investigación, considerando el posible aumento de estrés que podría estar asociado al final del año. Se ha reportado, desde la evidencia, la presencia de mayor niveles de estrés a fin de año y el cómo la participación en un determinado taller podría ser un factor protector contra el aumento de síntomas (Fuentes, Muñoz, Muñoz, Olivares, Peñailillo, 2015).

### **7.2.3 Sintomatología Ansioso-Depresiva**

El Cuestionario OQ-45, como ha sido mencionado previamente, fue diseñado para evaluar resultados psicoterapéuticos, pero para esta investigación lo que se pretendía en específico, era evaluar el nivel de sintomatología previo y posterior al taller, además del efecto que el taller podría traer en las relaciones interpersonales y en el rol social, que son parte de las otras dos subescalas del cuestionario.

Antes que todo, es necesario considerar que los principales problemas psicológicos del cuidador son la depresión, ansiedad y el insomnio, y es este fenómeno el que ha sido conocido como síndrome de burnout o desgaste profesional (Velásquez, Colin, González, 2013; Camacho, Hinostroza & Jiménez, 2010; Losada, Montorio, Fernández y Márquez, 2005; Montorio, Fernández, López y Sánchez, 1998).

A mediados de la década de 1970, el psiquiatra H. Freudenberger describió el síndrome burnout o desgaste profesional como la pérdida de energía notoria, que progresaba hasta llegar al agotamiento, en presencia de síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes (Velazquez, Colin, González, 2013).

Para algunos autores, la depresión se solapa al desgaste emocional, tal como el estrés e insatisfacción laboral, reconociendo que puede provocar el suficiente deterioro físico y mental en el personal de salud hasta el punto de poder interferir gravemente en su trabajo cotidiano y ocasionar, en consecuencia, importantes daños a la salud (Madrigal, 2006). Otras opiniones dicen que el desgaste no es igual a la depresión, pero los dos se relacionan de cerca y pueden compartir criterios diagnósticos o coexistir. Esta relación no es simple, es compleja y multidireccional. A través de la historia se ha mencionado el desgaste puede contribuir a la depresión (Maslach, 1982; Oramas, Almirall, Hernández, 2007; Palacios, Jiménez, 2008; Madrigal, 2006), la depresión puede contribuir al desgaste (Glass y otros, 1993) o que una predisposición para la depresión podría aumentar el riesgo para el desgaste (Madrigal, 2006).

Al observar la recogida de datos respecto al desgaste emocional, previo al taller, lo primero que se reporta a nivel del puntaje global, fue un 20% de participantes en un rango “disfuncional” o de “disconformidad” (como lo clasifica el autor del instrumento), es decir tenían puntajes mayores a 73. Frente a estos resultados tres participantes se derivaron al Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Valparaíso. El inicio de la terapia individual fue posterior a la fecha del término del taller, por lo que no hay influencia en los resultados.

Respecto de la sub-Escala de distrés (DS) previo al taller, el 20% de las participantes se encontraban sobre los síntomas esperables, en relaciones interpersonales (RI) el 25% y en rol social (RS) el 10%.

Al comparar con lo evidenciado posterior al taller nos encontramos con diferencias estadísticamente significativas ( $t: 3,324$ ) en la escala global, en la subescala de diestrés ( $t: 3,317$ ) y en la de relaciones interpersonales ( $t: 3,145$ ). Respecto a la subescala de rol social no se encontró una diferencia estadísticamente significativa ( $t: 1,56$ ).

Pero además de lo anterior, se observó una diferencia clínicamente significativa en la escala global en un 30%, en la subescala de diestrés en un 25%, en la de relaciones interpersonales en un 15% y en la de rol social en un 5%. Si bien no se encontraron investigaciones en las cuales este instrumento sea utilizado para el trabajo con grupos, ya que ha sido desarrollado para medir la eficacia de procesos

terapéuticos. En Chile, en la universidad Bolivariana, se realizó una evaluación de la efectividad de la atención psicológica con el cuestionario OQ-45, en la cual se obtiene, respecto a un n: 24, que el 66,7 % de las personas atendidas alcanzan un estado clínico de no cambio, un 20,8% un tipo de cambio no significativo, y un 12,5 logró un cambio clínico significativo, luego de un proceso terapéutico individual (Hernández, 2006).

¿Qué es lo que busca provocar este taller en las participantes? Éste taller busca que cada persona se conecte con sus historias personales y a través de ellas compartir con las otras participantes, sus conocimientos o saberes de vida, habilidades, esperanzas, sueños, entre otras, así como las dificultades que enfrentan y las formas que han escogido para responder a éstas (Denborough, 2008; White y Epston, 2002; Latorre, 2010; Jorquera, 2010). A esta práctica, Michael White (2006) le llama el sitio seguro de identidad, un espacio protegido de las influencias del problema, que se enriquece a través de preguntas movilizadas por la curiosidad genuina, en el espacio de una conversación.

Las conversaciones en donde se escuchan, se honran y se valoran las maneras en que las personas han respondido a las dificultades, independientemente de la naturaleza de las dificultades es, ante todo, una evidencia de que las personas siempre responden y que son, cada una de ellas, las protagonistas de la historia. No el problema. No el profesional especializado.

Las personas siempre toman medidas tratando de prevenir sus dificultades, dan pasos para modificarlo o para modificar los efectos sobre su vida y/o relaciones, tratando de proteger y preservar aquello que espreciado. Aunque estas respuestas no se relacionen con la posibilidad de prevenir o detener la dificultad, existen pequeños actos de resistencia encubiertos: maneras de protegerse, actos de cuidar, habilidades de vida, etc. los cuales pueden ser imperceptibles y despreciados por otros. Pero cuando se regala un poco de luz sobre la más pequeña de las respuestas, ésta puede resonar de maneras impredecibles y sin duda, aquel sonido convertirse en el escudo protector de aquella difícil batalla. (White, 2005; Yuen 2009; Latorre 2010, Russell y Carey, 2004; Jorquera, 2010)

Este tipo de conversaciones no sólo hacen visibles y refuerzas las maneras en que cada persona ha respondido, sino además, permite la creación y re-creación en las maneras de dar sentido y entender una experiencia vital (Gadamer, 1971; Sassendfeld, 2010; Anderson 1997). Y no sólo esto, sino que por otra parte, como se explica en la hermenéutica filosófica de Gadamer (1971) a través de la conversaciones se pone en práctica la intención de comprender al otro. Pues, al parecer, lo que se pretende en una conversación como esta es la comprensión del otro, y quizá algo más.

Es el encuentro con Otro, con los Otros, lo que da sentido, es el hecho de estar entre humanos quien hace humanos a los humanos, es el otro quien me convierte en yo. Una conversación como ésta no se limita a intercambiar información, sino que sirve también para aproximarse. Los interlocutores ya no son exactamente los mismos cuando se separan. La conversación siempre deja una huella en quienes conversan (Gadamer, 2001; Sassendfeld, 2010; Lévinas, 1976).

¿Cuál es esa huella a la que se refiere Gadamer? ¿Qué es lo que cada persona encontró en medio de éstas conversaciones? ¿Qué efecto tiene esa huella sobre las dificultades? Estas y otras respuestas, serán presentadas en el estudio cualitativo de esta misma investigación.

## 8. LIMITACIONES Y FORTALEZAS

### 8.1 Limitaciones

La primera dificultad que se ha observado en este estudio, está relacionada con la falta de un grupo control, por lo que no se puede asegurar que los resultados evidenciados a través de los cuestionarios respondan de manera exclusiva a la aplicación del taller propuesto. Como se ha mencionado a lo largo de esta investigación, esta ausencia de grupo control ha sido exclusivamente por la dificultad que presenta el reclutamiento de cuidadores formales para una propuesta como esta. Debido a que la muestra no fue probabilística, no representa a todos los cuidadores formales de adulto mayor a nivel regional o nacional. Por otra parte, el reducido tamaño de la muestra evidenció una baja potencia estadística en la gran mayoría de los instrumentos utilizados, por lo que el bajo número de personas hace posible que algunos efectos no hayan podido ser detectados.

Se observó además, una dificultad en la comprensión de la terminología que se utiliza en ciertos ítems de los cuestionarios, específicamente en Zarit y Maslach, lo que podría ajustarse a uno de los temas planteados en la discusión, que al parecer el lenguaje técnico no pertenecía al dominio lingüístico de las participantes. Lo que puede alejar, de alguna forma, la experiencia de desgaste de las personas de la cuantificación que evidencia un cuestionario.

Se observó en la asistencia un porcentaje alto de deserción -el 33,33%- lo que equivale en términos numéricos, a 10 personas de 30 personas. Debido a esta situación se consideraron algunas explicaciones, ninguna de ellas, como una certeza o verdad objetiva. Entre estas, la dificultad que tenían las cuidadoras respecto a sus horarios laborales, los cuales se distribuían en turnos de mañana, tarde y noche. Por otra parte, el número de sesiones era alta para las posibilidades reales de las participantes. Además de esto, se le agrega la progresiva deserción que explica según Jiménez (1999) a través de una curva descendente típica que se presenta en las personas que asisten a éste tipo de atención en Chile, donde después de la 2ª sesión se presenta una deserción del 25% y en la 3 sesión en adelante, deserciones alrededor del 10% por sesión.

Esto último refiere a algo que se considera importante de considerar, pues los efectos que pueden tener las participantes, aun cuando posean alta motivación a participar, al salir de un turno de noche o en el momento de asistir en su día libre, lo cual puede evidenciar mayor cansancio, menor concentración, dificultad para seguir un hilo conductor en las conversaciones, entre otras.

Se considera otra debilidad de esta investigación, la dificultad en encontrar instrumentos estandarizados para la población chilena, con el fin de validar los resultados para la investigación. Y no sólo esto, sino además la escasez de instrumentos y metodologías basadas en los principios de las perspectivas posmodernas, los que permitan evidenciar de manera cuantitativa lo que esta mirada propone y también lo que protege.

Por último, otra limitación que presenta este estudio fue que el tipo de muestra con el que se trabajó, pues estaba compuesta exclusivamente por mujeres, variable no intencionada. Esto impide comparar las diferencias que puedan existir según el género de los cuidadores.

## **8.2 Fortalezas**

Esta investigación es el primer estudio cuantitativo que se realiza no sólo a nivel nacional, sino también a nivel internacional que entrega evidencia de esta práctica narrativa denominada Árbol de la Vida. Es por tanto y de alguna manera, también una respuesta al interés que ha manifestado en noviembre del año 2009 por The Dulwich Centre Publication, de recopilar evidencia que muestre la efectividad de este tipo de prácticas y además, es una forma de aportar a información a considerar respecto a prácticas de investigación que sean coherentes con la visión y principios que se plantean desde la posmodernidad y la narrativa. Este estudio es, sin más pretensión que un primer peldaño que permita el desarrollo desde diferentes ámbitos, pero principalmente desde esta perspectiva.

Además de lo anterior, es la primera aplicación posmoderna que entrega evidencia en el área de la salud, para la prevención del maltrato y el desgaste

emocional; es por otra parte una aplicación que responde a la propuesta que realiza el SENAMA, en sus proyectos para el período 2012-2025. En dónde busca, como se ha mencionado a lo largo de esta investigación, proteger a los adultos mayores del maltrato y que los actores relacionados con los cuidados de éstos, se encuentren en las condiciones óptimas para dicha labor. Sin pretender expresar que esta es “la” mejor forma, sino que da pie para que a partir de lo que se ha recogido como aprendizaje se pueda mejorar en otros métodos y estudios. Como se mencionó en la discusión, frente a la temática de los estereotipos negativos, la relevancia de las relaciones interpersonales en el trabajo, entre otras.

Este estudio es una aplicación de una práctica clínica grupal, que da cuenta un bajo costo de implementación, la cual puede replicarse en distintos contextos sociales, sin referir a un problema específico. Pero que ha evidenciado, no de manera concluyente y directa, provocar una disminución en la sintomatología ansioso-depresiva, un aumento en la cohesión grupal, en la disminución del desgaste emocional y en el agotamiento emocional. De éstos, el que presenta mayor evidencia, es la disminución de sintomatología ansioso-depresiva, reportada por el cuestionario OQ-45.

Por otra parte, si bien este estudio presenta los resultados cuantitativos recogidos en esta investigación, es importante considerar que, a partir de este estudio también se realizará un análisis cualitativo, el cual busca reportar la experiencia que las participantes han tenido y recoger el proceso de cambio en las narrativas (si es que lo hubiera) de las participantes, los significados asociados al desgaste emocional y qué es lo que ellas consideran que un taller de este tipo les entregó, que sea importante para ellas como cuidadoras formales, como personas, como grupo, más allá de lo que pueda reportar un instrumento.

Este taller evidencia, por último, lo que ciertamente se plantea desde la teoría, que trabaja sobre la cohesión grupal, y en “sentirse conforme” (reportando la clasificación del cuestionario OQ-45). Desde conversaciones colaborativas, descentradas e influyentes. Sin dejar fuera, que esta evidencia, con las debilidades que se han mencionado, entrega una muestra de que son las personas, los grupos, no el problema, no los profesionales especializados los expertos en sus vidas y quienes

saben, sin lugar a dudas, que necesitan y cuáles son los caminos que las llevan a la solución y al sitio que ellos prefieran.

## 9. PROYECCIONES

Teniendo en consideración las implementaciones futuras del taller “El árbol de la vida”, es posible destacar que al ser una investigación cuantitativa pionera en el enfoque posmoderno, los resultados obtenidos a partir de este estudio servirán para la realización de otras intervenciones a nivel cualitativo, para así poder enriquecer los datos, respondiendo a algunas de estas preguntas que surgieron a partir de lo recogido en el estudio, ¿En qué creen, las participantes, que este taller les ayudó? ¿Qué vieron de diferente a nivel personal y/o grupal a través de las conversaciones? ¿En qué creen ellas ayuda un taller como este?

Antes que todo, se considera relevante desde la ética colaborativa, la que busca un trabajo asociado, respondiendo a las necesidades que las personas manifiestan, ya sea a nivel verbal o lo que se reporte a través de instrumentos, realizar una “detección de necesidades” antes de proponer cualquier tipo de investigación al respecto. Es por esto que se recomienda que los futuros interesados en implementar cualquier tipo de práctica narrativa, en este u otro contexto, iniciar por escuchar la voz de quienes van a participar. ¿Qué necesitan los diferentes actores? ¿Qué pide la institución? ¿Qué considera importante el grupo? ¿Qué cree cada persona que les ayudaría en la labor que realizan? Consideramos cruciales este tipo de reflexiones previo al trabajo de investigación, para intentar distanciarse de lo impositivo que tiene en sí una investigación como esta. En donde un grupo de expertos determinan cuál es el problema de las personas y cómo se resuelve.

A partir de la “detección de necesidades” co-construir junto con las participantes un bosquejo que permita idear una metodología pertinente para responder a las necesidades específicas de ese grupo. Y en el caso que, las personas y/o los instrumentos reportaran “desgaste emocional”, entonces utilizar la metodología más adecuada.

Respecto al taller realizado con cuidadores y considerando lo propuesto desde la ética colaborativa presentado anteriormente, consideramos necesario replicar el mismo taller con un grupo control, con la idea de considerar otras variables que no hayan sido consideradas que puedan haber influido en la mejoría o en la mantención

de puntajes. Además de replicarlo comparándolo con otro tipo de estrategias que buscan disminuir el desgaste emocional, como lo es mindfulness, técnicas de afrontamiento, técnicas de relajación, psicoeducación, entre otras. Con la ideas de comparar las estrategias más efectivas para esta problemática.

Frente a esto, creemos que es importante tener presente la dificultad que existe para tener una muestra que sea representativa, por lo que se recomienda generar algún tipo de vínculos con instituciones que posean un gran número de cuidadores y centros en diferentes cuidadores. Esto podría ayudar a no sólo tener una muestra representativa, sino que poseer un grupo control y otros grupos para comparar otros tipos de estrategias.

Sería interesante realizar todo lo mencionado anteriormente con un grupo de cuidadores informales, para así evidenciar algunas diferencias que puedan existir frente a dicha muestra. Sin dejar fuera, la relevancia que tendría encontrar una muestra que estuviera compuesta por hombres y mujeres, para realizar comparaciones en relación al género, asociado a los estereotipos y a la discriminación de género, con esto evidenciar las diferencias en los efectos que tiene el cuidado en cada uno de los grupos.

En el cuestionario CENVE, como se mencionó en la discusión se encontró un porcentaje del 75% de las cuidadoras en niveles “alto” y muy alto de estereotipos negativos, por lo sugiere considerar la importancia que tiene trabajar sobre los estereotipos, desde esta perspectiva, como una construcción social arraigada en los discursos dominantes.

Sería importante considerar también, a la hora de realizar una investigación de tipo cuantitativa, pedirles responder los mismos cuestionarios a las participantes, para que, con eso, se pueda observar si esta aplicación permanece a largo plazo. Frente a esto, el grupo control cumple un rol fundamental.

Por otro lado, se podría realizar “El árbol del trabajo” o “El árbol de los cuidados”, pues si bien, algunas preguntas en este taller fueron intencionadas para reportar lo que ocurría en el ámbito laboral, quizá un taller más específico podría tener otro tipo de efectos, con preguntas tales como: ¿Cuáles son tus raíces que tienes en torno al cuidado? ¿Recuerdas la primera vez que viste a alguien cuidando a otras personas?

¿Recuerdas la primera vez que te sentiste cuidada por alguien? ¿Cómo fue eso? ¿Quién crees que te inspiró o enseñó acerca de la importancia de cuidar a quienes lo necesitan? ¿Qué o quién te trajo hasta este tipo de trabajo y no a otro? ¿Qué habilidades, aprendizajes de vida crees que te han ayudado a realizar esta labor? ¿Hay personas que creas que han sido importantes en este aprendizaje? ¿Qué crees que te regalan las personas que cuidas? ¿Cómo te sientes tú con esos regalos? ¿Qué les entregas tú a ellas? ¿Crees que eso es importante para ellas? ¿Cómo se sentirán con lo que haces por ellas? ¿Te lo han comentado?, entre otras.

Por último, se sugiere desde la ética, la teoría y los ideales, sin importar la perspectiva con la que los profesionales se encuentren comprometidos, escuchar la voz de las personas. Escucharlas e invitarlas a ser parte del cómo se abordan los problemas, buscando con esto, descentrar el poder y alejarse un poco más de las prácticas profesionales que reproducen e imponen acciones que le roban la posibilidad de ser agentes activos a las personas, en la lucha contra sus dificultades. Que sean ellos quienes tengan la posibilidad de ser, no sólo el protagonista de la historia, sino que además sea el autor del guión, participando en la producción y dirección del film.

## 10. CONCLUSIONES

A través de la presente investigación, fue posible conocer, aunque no de manera determinante ni representativa, los efectos cuantitativos que la implementación del taller “El árbol de la vida”, una práctica narrativa que se realiza en el área clínica a nivel comunitaria, aplicada al contexto de cuidadores formales de adulto mayor, tuvo respecto al desgaste emocional, los estereotipos negativos de la vejez, la sobrecarga y la sintomatología ansioso-depresiva. Con el fin de responder a los efectos más frecuentes que reporta la investigación, al cambio demográfico y a las propuestas del SENAMA.

Pese a no contar con resultados representativos ni de alta potencia estadística, dada la baja muestra, se encontró un 75% de “altos” y “muy altos” niveles de estereotipos negativos acerca de la vejez, frente a los cuales el taller no tuvo ninguna influencia.

Por otra parte, se observan cambios estadísticamente significativos en la subescala del Cuestionario Maslach, agotamiento emocional, en la escala global del cuestionario OQ-45 y en las subescalas de diestrés (sintomatología Ansioso-Depresiva) y en la de relaciones interpersonales.

Principalmente en el cuestionario OQ-45 se observó un cambio clínicamente significativo en un 30% de las participantes, específicamente en la escala global. Y al compararlo con un estudio que se realiza para medir el éxito terapéutico, en los procesos de terapia individual mencionado en la discusión, se observó un 12,5% de cambio clínicamente significativo, sin significancia estadística, en la escala global.

Es importante considerar que la escala de diestrés reportó un 25% de cambio clínicamente significativo, y es esto relevante pues la sintomatología ansioso-depresiva es parte de las características que se presentan en el desgaste emocional o laboral. Si bien, la disminución de la sintomatología de las cuidadoras, no es parte de los objetivos del taller, pues éste está centrado más bien, en los recursos de las participantes, se generó de forma indirecta dicha disminución.

Finalmente, esta investigación desde lo que consideramos su aporte más significativo, entrega evidencia cuantitativa el taller del Árbol de la Vida, a la práctica

narrativa, al posmodernismo además de algunas sugerencias, desde lo observado en esta investigación para la implementación de principio éticos a la hora de investigar. Es una respuesta además, a los intereses del SENAMA, a The Dulwich Centre Publications y a sus colaboradores.

Se evidencia, que aunque el centro no fue la sintomatología y/o el desgaste emocional, el facilitar un espacio donde los recursos de las personas sean visibles tiene efectos al parecer sobre lo mencionado.

Y aun teniendo dichos resultados y si es que éstos fueran exclusivamente por la aplicación del taller, éstos no reportan qué tiene, específicamente, esta práctica que ayuda, facilita y/o permite la existencia de ciertas cifras, esta información será reportada además de otras preguntas, en la otra parte de esta investigación, desde un lenguaje cualitativo.

## 11. BIBLIOGRAFÍA.

Abanto A, F. R, editors (2000). Demografía del paciente crónico: Medicina Geriátrica eb Residencias. Madrid: EDIMSA.

Adams-Westcott, J & Isenbart, D (1993). Terapia del Abuso Sexual. Recopilación: Michael Durrant y Chery White.

Anderson, 1999. "Conversación, lenguaje y posibilidades".

Aldana, G y Guarino, L (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Summa Psicologica UST Vol. 9, N°1.

Alpuche, V; Ramos del Río, B; Rojas, M; Figueroa, C (2008). Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. Psicología y Salud, Vol. 18, Núm.2.

Allport, G (1987). The historical background of social psychology, in G. Lindsey y Aronson. The Handbook of Social Psychology. Nueva York. Págs 34-7.

Aparicio, M; Sánchez, M; Díaz, J; Cuellar, I; Castellanos, B; Fernández, M. y de Tena, A (2008). La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales. Madrid: Imsero.

Araya, D (2013). Relación entre creencias en salud bucal y prácticas de higiene oral realizadas por cuidadores de adultos mayores dependientes pertenecientes a la comuna de providencia. Universidad de Chile.

Áron, A; Llanos, T (2004). Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. Sistemas familiares.

Bauman, Z (1993). Postmodernity, or living with ambivalence. In J. Natoli & L. Hutcheon (Eds.), A postmodern reader (págs. 9-24). Albany, NY: State University of New York Press.

Bauman, 2004. "Modernidad Líquida".

Bateson, G (1980). Mind and Nature: A necessary unity. Nueva York. Bantam.

Bateson, G (1972). Steps to an ecology of mind. New York: Ballantine.

Barthel D, Mahoney (1965) F. Funtional evaluation: Barthel Index. Md State Med J.

Barber, C; Iwai, M (1996). Role conflict and role ambiguity as predictors of burnout among staff caring for elderly dementia patients. *Journal of Gerontological Social, Work*, Vol 26.

Benavides, O; Alburquerque, D; Chaná-Cueva, P (2013). Evaluación de la sobrecarga en los cuidadores de los pacientes con enfermedad de Parkinson ambulatorios y sus factores de riesgo. *Revista médica de Chile*.

Boekhorst,S; Willemse, B; Depla, M; Eefsting, J; Margriet, A (2008). Working in group living homes for older people with dementia: the effects on job satisfaction and burnout and the role of job characteristics. *InternationalPsychogeriatrics*, 20:5.

Borrella, D (2003). Programa educativo para fomentar actitudes positivas en adolescentes hacia los mayores.

Botella, L; Pacheco, M y Herrera, O (1999). Pensamiento Posmoderno Constructivo y Psicoterapia. Vol X No 37. *Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació Blanquerna Universitat Ramon Llull. Barcelona*.

Breinbauer, H; Vásquez, H; Mayanz, S; Guerra, C y Millán, T (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista Médica de Chile*.

Bruner, J (1986). *Actual minds, posible worlds*, Cambridge, MA; Harvard University Press.

Bustillos-Lopez, A y Fernández-Ballesteros, R (2012). Efecto de los estereotipos acerca de la vejez en la atención a adultos mayores. *Cuernavaca. Vo 54 No 2*.

Buzzetti, M (2005). Validación de Maslach Burnout Inventory, en dirigentes del colegio de profesores de A.G de Chile. *Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Carrera de Psicología*.

Calvo-Salguero, A. Aguilar, M. Salinas, J. (2008). Valores laborales individualistas y colectivistas de enfermeras y enfermeros en un entorno multicultural. *Index de enfermería*.

Canonici, A; Andrade, L; Gobbi, S; Santos- Galduroz, R; Gobbi, L & Stella, F (2012). Functional dependence and caregiver burden in Alzheimer's disease: a controlled trial on the benefits of motor intervention. *Psychogeriatrics*, Vol 12.

Caro, E (2003). La vulnerabilidad social como enfoque de análisis de la política de asistencia social para la población adulta mayor en México. Ponencia presentada en simposio viejos y viejas participación, ciudadanía e inclusión social. 51 Congreso Internacional de Americanistas.

Castelblanque E, Albert Cuñat V. ¿Quiénes son los ancianos frágiles –ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara. Medicina General. 2002; 45:443-680.

Carbajo, M (2010). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. Revista de la Facultad de Educación de Albacete, No 24.

Carniel, L; Runte, A; Torres-González, F y Bruce, M (2011). Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*.

Cashin, A; Browne, G; Bradbury, J & Mulder (2013). The effectiveness of narrative therapy with young people with autism. *Journal of Child and Adolescent Mental Health Nursing*, vol. 26, no. 1.

White, 1986. "Negative explanation, restraint & double description: a template for family therapy". *Family Process*. 25, 2. pág 169.

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (2003). División de Población de la CEPAL. La situación de las personas mayores.

Cerquera; A; Galvis, M (2013). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico*, Vol. 12, No. 1.

Creig, D y Fuentes, X (2009). "Burnout" o Agotamiento en la Práctica Diaria de la Medicina, Vol 28

Cook, T y Reichardt, Ch. (1986). Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Madrid: Morata.

Correa, J; Florenzano, R; Rojas. P; Labra, J; Del Río, V y Pastén, J (2006). El uso del cuestionario OQ-45.2 como indicador de psicopatología y de mejoría en pacientes psiquiátricos hospitalizado. *Revista de Chile Neuro- psiquiatría*.

Cuddy, A & Fiske, S (2002). *Doddering but dear: Process, Content and function in stereotyping of older persons*. London: A Bradford book.

Danziger, K (1994). Does the history of psychology have a future? *Theory and Psychology*, 4, págs. 467-84

De los Reyes, M. (2001) Construyendo el concepto de cuidadores de ancianos. IV Reunión de Antropología Envejecimiento de la población en el Mercosur.

Del Carmen, M (2010). Mitos y Esterotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. Revista de la Facultad de Educación de Albacete, N° 24.

De Shazer, S (1985). Keys to Solutions in BriefTherapy. Nueva York, W. W. Norton.

Dolores, M (2008). El rol profesional del psicólogo en la promoción del envejecimiento activo. Formación continuada a distancia. Consejo general de colegios oficiales de psicólogos.

Dulwich Centre Publications “Narratives of therapists’ Lives” (1997) Traducción: Verónica Tirotta (2002). -Tengo que revisar como se cita.

Durrant & White, 1994. “Terapia del abuso sexual”.

Efran, J & Clarfield, L (1992). Constructionist therapy: Sense and nonsense. In S. McNamee & K.J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (págs. 200-217). London: Sage.

Espin, A (2010). Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. La Habana.

Espinoza, K; Jofre, V (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores formales. Ciencia y enfermería XVIII.

Estudio de Recopilación, Sistematización y Descripción de Información Estadística Disponible sobre la Vejez en Chile (2011).

Fernández-Ballesteros, R (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. Barcelona: Anuario de Psicología.

Fernández-Ballesteros, R (2004). La psicología de la vejez. Catedrática de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico Universidad Autónoma de Madrid.

Fernández-Ballesteros, R; Zamarrón, M; López, M; Molina, M; Díez, J; Montero, P y Schettini, R (2010) Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*.

Fernández-Ballesteros, R (2011). Envejecimiento Saludable. La investigación en España. Madrid.

Fernández, C (2003). Estereotipos de la vejez y niveles de dependencia. *Geriátrika*.

Feyerabend, P (1976). Tratado Contra el Método: Esquema de una teoría anarquista del conocimiento. Londres. Trads: Diego Ribes. Editorial: Tecnos.

Fombuena-Valero ¿Quién es el otro del trabajo social? Alteridad y trabajo social

Foucault, M. (1980) Power/knowledge: Selected interviews and other writings. Nueva York: Pantheon Books.

Franco, M; Villarreal, E; Vargas, E; Martínez, L y Galicia, L (2010). Estereotipos negativos de la vejez en personal de salud de un hospital de la Ciudad de Querétaro, México. Revista Médica Chile. Vol 138 No 8.

Franco, T (2013) ¿Qué papel desempeñan los estereotipos en el aprendizaje del español como lengua y cultura extranjera?. Université Stendhal Grenoble. Mémoire de Master PLC.

Bruner, J (1986). Actual minds, posible worlds. Cambridge, MA: Harvard University Press (Trad. Cast: Realidad mental t mundos posibles, Barcelona, Gedisa, 1988)

Franco, M; Villarreal, E; Vargas, E; Martinez, L y Galicia, L (2010). Estereotipos negativos de la vejez en personal de salud de un Hospital de la Ciudad de Querétaro, México. Revista Médica de Chile.

Danziger, K (1994). Does the history of psychology have a future? Theory and Psychology, 4, págs. 467-84

Freeman, M (1993). Rewriting the self: History, memory, narrative, Londres: Routledge.

Freedman, J & Combs, G (1996). Narrative therapy: the social construction of preferred realities. New York/London: W. W. Norton & Company.

Gadamer, G (1991). La actualidad de lo bello. Barcelona. Editorial: Paidós.

Gadamer, G (1975). "Truth and method" (Ediciones Sígueme - Salamanca, Trads.) Publicado en 1993. No 4

Garrosa, E; Moreno- Jimenez. B; Rodriguez- Carvajal, R y Morante, M (2005). Variables Predictoras del burnout en Enfermería: importancia de los procesos emocionales de resistencia. Medicina y seguridad del trabajo.

Gergen, K (2007). Construcción Social: Aportes para el debate y la práctica. Universidad de Los Andes. Bogotá.

Gergen, K (1996). "Realidad y Relaciones: Aproximación a la construcción social."

Gergen, K (1982). Toward transformation in social knowledge, en Nueva York: Spreinger-Verlag.

Gergen, k (1994). Free will and psychotherapy: complaints of the draughtman's daughters. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 14, págs. 87-85.

Gergen, K (1992). Toward a postmodern psychology. In S. Kvale (Ed.), *Psychology and postmodernism* (págs. 17-30). London: Sage.

Gergen, K. 1997. Toward a cultural constructionist psychology. *Theory and Psychology* 7: 31-36.

Gil-Monte, P (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide.

Ginsberg, J; Martínez, M; Mendoza, A y Pabón, J (2005). Carga subjetiva percibida por el cuidador y su relación con el nivel de deterioro de pacientes con diagnóstico de demencia. Influencia de edad, estilo de personalidad y tipo de cuidador. Vol 51 No 104.

Giró, J (2005). El envejecimiento activo en la sociedad española. Eurostat.

Grazziano, E y Bianchi, E, (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros.

Heejung, K., Chang M. Rose K. y Kim S. (2011). "Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia" *Journal of Advanced Nursing*. 68(4) 846-855.

Hernández, J; Granada, P y Carmona, J (2011). Posibles indicadores del síndrome de burnout, en 18 operarios de una distribuidora de GLP de la ciudad de Armenia. *Revista Negotium*, No 20.

Hernández, I (2006). Evaluación de Efectividad de la Atención Psicológica, a través del "Outcome Questionnaire" de Lambert (OQ 45.2) en el Centro Atención Psicológica de una Universidad privada. Universidad Bolivariana.

IMERSO. Libro Blanco de la Dependencia. In: IMSERSO, editor. Madrid; 2007.

Ira- Ira, C; Negrete, M y Rosas, P (2012). Nivel de sobrecarga del cuidador formal y dependencia física y/o psíquica del adulto mayor en residencias de larga estadía. Universidad Austral de Chile.

Islas, N; Ramos, B; Aguilar, M; y García M (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19(4), 266-271.

Jones, E (1986). Interpreting interpersonal behavior: The effects of expectancies, *Science*, 234, págs. 41-6

Kamsler, A; Adams-Westcott, J & Isenbart, D; Durrant, M & Kowaski, K; Elms, R;I & Waldegrave, J. (1993). *Terapia del abuso sexual*. Compilado por: Durrant, M & White, C. Barcelona, España. Editorial: Gedisa.

Kitzinger, C (1987). *The social construction of lesbianism*, Londres: Sage.

Kuhn, T (1970). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.

Krause, M (1995). *La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos*. *Revistas temas de educación* No 7.

Kvale, S (1992). Postmodern psychology: A contradiction in terms? In S. Kvale (Ed.), *Psychology and postmodernism* (pp. 31-57). London: Sage.

Latorre, I (2010). *El árbol de la vida con trabajadores adultos. Una respuesta narrativa a las consecuencias del trauma provocadas por accidentes en el contexto laboral*. Vol 6 No 1 y 2. Santiago de Chile.

Latorre, I (2010). *El árbol de la vida con trabajadores adultos. Re-autoría para adultos*. Santiago de Chile.

Lara, B (2013). *Imagen social de la vejez: Un acercamiento a los principales estereotipos y las repercusiones discriminatorias en las personas mayores*. Facultad de ciencias sociales y trabajo.

Leal, F; Espinosa, C; Vega, J y Vega, S (2012). *Sobrecargas objetivas y nivel de apoyo familiar a pacientes adultos con esquizofrenia*. Barranquilla. Salud Uninorte.

Lehtinen, U (1993). Feelings are “petterns in the weave of our life” not a basis for feminist epistemolog”. *Nordi Journal of Women’s Studies*, 1, págs.. 39-50.

Lévinas, E. (1976). *Noms propres*. Paris: Fata Morgana Éditeurs. citado por Josefa fombuen-Valero)

Lévinas, E. (1987). *Hors sujet*. Paris: Fata Morgana Éditeurs, Paris. citado por Josefa fombuen-Valero).

Lippman, W (1997). *Public Opinion*. Free Press Paperbacks. Originally published New York: Macmillan. New York.

López, J y Crespo, M (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. Español: Psicothema.

López-Silva (2013). Realidades, Construcciones y Dilemas. Una revisión filosófica al construccionismo social . Santiago, Chile. Págs. 9-25.

Lyotard, J (1993). Excerpts from «the postmodern condition: A report on knowledge». In J. Natoli & L. Hutcheon (Eds.), A postmodern reader (págs. 71-90). Albany, NY: State University of New York Press.

Mababu, R (2012). El constructo de Trabajo Emocional y su relación con el Síndrome del Desgaste Profesional. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 12, 2.

Madrigal, M (2006) “Burnout” en médicos: aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales. Vol 23 No 2. Costa Rica.

Maturana H y Varela F (2003) El árbol del conocimiento: Las Bases biológicas del entendimiento humano. Pág. 12 Buenos Aires. Editorial: Lumen.

Maturana, H y Varela, F (1972). Autopoiesis and Cognition: The realization of the Living. Reidel, Boston.

Maturana, H y Varela, F (1987). The tree of Knowledge, Shambhala, Boston.

Mateo, I; Millán, A; García, M; Gutiérrez, P; Gonzalo, E; y López, L (2000). Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. Atención Primaria, 26(3), 25-34.

Mariños, A; Otero, M; Málaga, G y Tomateo, J (2011). Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Lima, Perú. Vol 22 No 4.

Martínez, A (2010). El síndrome de burnout: Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat academia, No 112.

Maslach C & Jackson S (1981) The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behaviour. Págs. 99-113

Menezes, V; Fernández, B; Hernández, L; Ramos, F y Contador, I (2006) Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. España: Psicothema.

Millar, P; Millar, D; McKibbin, E & Pettys, G (1999). Stereotypes of the elderly in magazine advertisements. Internacional Journal of aging and human development.

Méndez, P (2012). Estudio exploratorio del uso de la técnica de Externalización (Terapia Narrativa) para el Tratamiento de Trastornos de Ansiedad Fóbica. Tesis: Universidad de Chile.

Ministerio de Salud (2014). Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores Minsal. Subsecretaria de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Ciclo Vital. Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud (2014). Rediseño del Proceso de Atención de las Personas Mayores en Atención Primaria. División de Atención Primaria. Gobierno de Chile.

Molinuevo, J y Arranz, F (2012). Evaluación de las estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la práctica clínica habitual en pacientes incumplidores con demencia tipo Alzheimer. *Revista de Neurología*, 54(2), 65-73.

Moñivas, A (1998). Representaciones de la vejez: modelos de disminución y de crecimiento. *Anales de Psicología*. Págs 13-25.

Morales, I; Villalón, J. (2007). Chile y los Adultos Mayores Departamento. Santiago: Departamento Estadísticas Demográficas y Sociales.

Munro, C (1989). White and the cybernetic therapies: news of difference.. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*. Págs. 183-192.

Oramas, A; Almirall, P y Fernández, I (2007). Estrés Laboral y el Síndrome de Burnout en Docentes Venezolanos. Maracay, Venezuela. Vol 15 No 2.

Organización Mundial de la Salud (2012). La buena Salud añade vida a los años, Información General para el Día Mundial de la Salud 2012.

Organización Panamericana de la Salud (2000). Salud, bienestar y envejecimiento en Santiago, Chile. Publicación Científica y técnica.

Olivares-Tirado, P (2006); Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en Chile. Departamento de Estudios y Desarrollo. Chile

Ortis, M. "Experiencias en la intervención psicológica con familias de personas dependientes." (2007).

Oskamp, S (1997). *Attitudes and opinions*. Englewood Cliffs. 2ª. Ed. Prentice Hall.

Pabón, D y Galvis; Cerquera, A (2014). Diferencias en el apoyo social percibido entre cuidadores informales y formales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte. Vol. 31.

Palacios, X y Offir, K (2008) Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. Bogotá. Vol 16 No 2.

Palmore, E (1990). Ageism: Negative and positive. New York: Springer.

Payne, M (2002). Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales. España: Paidós.

Pereda-Torales, L; Guillermo, F; Hoyos, M y Yáñez. M (2009). Síndrome de Burnout en médicos y personal paramédico. Salud Mental.

Polkinghorne, D (1992). Postmodern epistemology of practice. In S. Kvale (Ed.), Psychology and postmodernism (págs. 146-165). London: Sage.

Portularia, vol. XI, núm. 2, 2011, pp. 61-68, Universidad de Huelva España

Preciado, M; Aldrete, M; Oramas, A y Santes, M. (2008) Agotamiento emocional en el trabajo en profesionistas y operadoras de máquina en la industria. Revista Cubana de Salud y Trabajo

Quiceno, M; Vinaccia, S (2007). Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo. Acto colombiana de psicología, vol 10, No 9.

Ramey, H; Tarulli, D; Frijters, J & Fisher, L (2009). A sequential Analysis of Externalizing in Narrative Therapy with Children. Springer Science+Business Media, LLC.

Rasera, E & Japur, M (2007). Grupo como construção social: aproximações entre construcionismo social e terapia de grupo. São Paulo: Vetor.

Richerson, P., Baldini, R., Bell, A., Demps, K., Frost, K., Hillis, V & Zefferman, M. (2014). Cultural Group Selection Plays an Essential Role in Explaining Human Cooperation: A Sketch of the Evidence. *Behavioral and Brain Sciences*, 1-71.

Rodríguez, R y de Rivas, S (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. Medicina y Seguridad del Trabajo; 57. Suplemento 1: 1-262

Rodríguez, M; del Castillo, A; Arenas, A; Fernández, I; Martínez, C y Pérez, A (2012). Una guía clara, aplicable, recomendable y que se cumple. Gijón: Revista Electrónica trimestral de enfermería.

Roguero-García, J. (2010). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria.

Rojas, M; Gómez C; Ponce J y Rodríguez. R (2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. Departamento de Enfermería. Universidad de Huelva.

Rosenhan, D (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, págs.. 273-86.

Scarr, S (1985). Constructing psychology: Making facts and fables for our times. *American Psychology* 40. Págs.. 499-512

Sandova, C; González, P; Sanhueza, L; Borjas, R y Odgers, C (2006). Síndrome de Burnout en el personal profesional del hospital de Yumbel. Agrupación Nacional de Médicos en Etapa de Destinación y Formación.

Sánchez, M; Cuéllar, I; Castellanos. B; Fernández, M y De Tena, A (2007). La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales. Madrid.

Sánchez, C (2004). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Málaga.

Sánchez- González, D (2009). Geografía del envejecimiento vulnerable y su contexto ambiental en la ciudad de Granada: Discapacidad, dependencia y exclusión social. *Cuadernos Geográficos*, núm. 45, 2.

Sanhueza, J (2014). Estereotipos sociales sobre la vejez en estudiantes mayores. un estudio de caso. *Revista Internacional de la Educación para la Justicia Social*.

Santos, R y Fernando, E (2010). Mudança em psicoterapia de grupo: reflexões a partir da terapia narrativa. Rio de Janeiro. Vol 22 No 1 .

Sarmiento-Bolaños, M. J. y Gómez-Acosta, A (2013). Mindfulness. Una propuesta de aplicación en rehabilitación neuropsicológica. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31,1.

Sassenfeld, 2010. "Algunas reflexiones sobre la hermenéutica filosófica de Hans Georg Gadamer y su relación con la práctica de la psicoterapia".

Secanilla, E; Bonjoch, M; Galindo, M. y Gros, L (2011). La atención al cuidador: Una visión interdisciplinaria. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* Vol. 1, N° 3.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (2009). Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores. Gobierno de Chile.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (2009). Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía. Red de Protección Social, Gobierno de Chile.

Servicio Nacional del adulto mayor (SENAMA). Balance de Gestión Integral Año 2010. Gobierno de Chile.

Servicio Nacional del adulto mayor (2010). Chile y sus Mayores. Resultados Segunda Encuesta Nacional. Calidad de vida en la vejez. Gobierno de Chile.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (2011). Chile Quiere a sus Mayores. Ministerio de desarrollo social. Gobierno de Chile.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (2011). Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012- 2025. Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de Chile.

Snyder, M & Thomsen, C (1988). Interactions between therapists and clientes: Hypothesis and behavioral confirmation, en D. C. Trk y P. Salovey, eds, Reasoning, inference, and judgment in clinical psychology (págs.. 124-52), Nueva York: Free Press.

Spink, M. J. (2003). Psicología social e saúde: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis: Vozes.

Sotolongo, O y Rodríguez, I (2012). Prevalencia del síndrome demencial y la enfermedad de alzheimer en pacientes del policlínico "Pedro Fonseca". Revista Cubana de Medicina General Integral, 28,4.

Strong, T (2008). Externalizing questions: A microanalytic look at their use in narrative therapy. The International Journal of Narrative Therapy and Community Work, (Issue 3), 59-71.

Superintendencia de Salud (2006). Perfil Epidemiológico del adulto mayor en Chile. Departamento de Estudios y Desarrollo. Gobierno de Chile.

Tabueña, C (2006). Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. Madrid. Vol 15 No 3.

Tajfel, H (1984). Grupos humanos y categorías sociales. Barcelona: Heider.

Tajfel, H & Turner L (1989). La Teoría de la identidad social de la conducta intergrupala. En J.F. Morales y C. Huici. Lecturas de Psicología Social. Madrid.

Tarrío, S y De los Reyes, M (2004). Los significados de la vulnerabilidad, discapacidad, dependencia y autonomía y las prácticas de cuidado de ancianos en establecimientos de larga estadía. XI Jornadas de investigación. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Taylor, S y Bogdan, R (1986). Introducción a los métodos cualitativos de investigación - La búsqueda de significados. Buenos Aires: Paidós

Tomm, K (2004) Guía para una terapia Familiar Sistémica. Introducción. España. Editorial: Gedisa. Pág. 9-17.

Torre, F; Martín-Corral, J; Callejo, A., Gómez-Vega, C; La Torre, S; Esteban, I; Vallejo R. y Arizaga, A. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. Revista de la Sociedad Española del Dolor; 15,2.

Torres, J (2008). Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés: (un estudio en población sociosanitaria). Universidad de Huelva.

Torres, M; Ballesquero, E y Sánchez, P. (2008). Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España.

Vaquiroy, S. Stieповich, J. (2010) "Cuidado informal, un reto asumido por la mujer"

Vázquez-García, C; Esperón, R; González-Losa, M (2013). Síndrome de burnout en cuidadores de adultos mayores que trabajan en casas de asistencia social. Revista de investigación clínica, vol 65, No 6.

Velásquez-Pérez, L; Colin-Piana, R y González-González, M (2013). Afrontando la residencia médica: depresión y burnout. Gaceta Médica de México.

Vinacke, W (1997). Explorations in the dynamic processes of stereotyping. J Social Psychol. Págs 105-32.

Von Bergen, A y De la Parra (2002). OQ, 45.2, Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: Adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. Revista terapia psicológica, vol 20, No 38

Vromans, L & Schweitzer, R (2010). Narrative therapy for adults with a major depressive disorder: Improved symptom and interpersonal outcomes. Psychotherapy Research

Vromans, L (2008) [PhD thesis]. Process and outcome of narrative therapy for major depressive disorder in adults: Narrative reflexivity, working alliance and improved symptom and inter-personal outcomes. Queensland University of Technology.

Watzlawick, P; Weakland, J & Fisch, R (1974). Change: Principles of problem formation and problem resolution. Nueva York. W. W. Norton.

Weber, M; Kierrynn, D & McPhie, L (2006). Narrative therapy, eating disorders and groups: Enhancing outcomes in rural NSW. Australian Social Work, 59, 4.

White, M & Epston, D (1989). Liberate Means to Therapeutic Ends. Dulwich Centre Publications. Adelaida.

Wittgenstein, 1961. "Tractatus logico-philosophicus" (Escuela de Filosofía Universidad Arcis, trads.)

Wittgenstein, L (1953). Philosophical investigations. New York: Macmillan

Zambrano, R; Ceballos, P (2007). Síndrome de carga del cuidador. Revista de Colombia Psiquiátrica. vol. XXXVI.

Zamarrón, M (2004). Envejecimiento Activo. Madrid: Pinto

Zavala, M; Vidal, D; Castro; Quiroga, P; y Klasenn, G (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. Ciencia y enfermería XXI.

## ANEXOS

### Consentimiento informado



### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

El propósito del presente documento es invitarlo a participar del Taller “El árbol de la vida” para las cuidadoras formales de adulto mayor del “Hogar La Providencia” e “Institución Manos Unidas”. El investigador a cargo es el Ps. Javier Moran, quien es el profesor guía del grupo de investigación y trabajará en conjunto a cuatro alumnas de quinto año de la carrera de Psicología de la Universidad de Valparaíso.

Para que usted sea capaz de tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. La investigación mencionada se realizará en el (“**Hogar la Providencia**” de Valparaíso e “**Institución Manos Unidas**” de Con-Con, respectivamente) en los horarios ya informados previamente a los participantes.
2. Consideramos que es relevante enfocarnos en los cuidadores de adulto mayor, ya que son estos los que brindan los cuidados, y es en base a esto que el servicio ofrecido por ellos, puede tener consecuencias directas en quienes reciben las atenciones. Es en relación a ello, que creemos que son los cuidadores quienes deben tener el protagonismo en la intervención.
3. La implementación del taller “El Árbol de la Vida” tendrá una duración de cuatro sesiones. Sin embargo si se considera necesario, podrían existir ciertas modificaciones; las cuales serían comunicadas previamente por el equipo a cargo

de la investigación. Tanto al inicio como al término del taller, se le solicitará completar algunos cuestionarios, para apreciar las diferencias entre la implementación inicial y final. Instrumentos: Maslach, OQ45, Zarit, Cuestionario de percepción hacia la vejez y encuesta sociodemográfica.

4. Los participantes no recibirán algún pago monetario por ser parte de esta investigación; siendo su participación de tipo voluntaria.

5. En el caso de que alguno de los participantes se sienta incómodo o angustiado en cualquier momento de las intervenciones, las personas encargadas del taller podrán darle el apoyo necesario en caso de que así lo requiera.

6. El participante se encuentra en la libertad de retirarse del estudio en cualquiera de las fases de éste, si es que así lo estima conveniente.

7. Los resultados podrán ser divulgados en publicaciones de tipo académico-científicas, resguardando mi identidad. Además, entiendo que tendré acceso a los resultados si es que así lo requiero.

8. Los datos obtenidos serán confidenciales, es decir, mi nombre no será dado a conocer. En su lugar, se utilizarán las cuatro iniciales de sus nombres, seguidas de un punto. Sólo podrán ser usados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.

9. Estoy de acuerdo con que se puedan tomar fotografías y grabar durante las intervenciones, con el fin de mantener un registro gráfico y auditivo de las actividades realizadas.

10. Estoy de acuerdo con que se pueda tener acceso a la información de las bitácoras. Por lo mismo, acepto que se pueda tener copia de estos registros.

11. Si la evaluación a la que seré sometido, o cualquier otro hallazgo producto de esta investigación, o si el investigador principal así lo estimara, podré ser atendido en Centro de Atención Psicológica (CAPSI) ubicado en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso (Avda. Brasil 2140) por Javier Morán Kneer quien es el coordinador del centro.

12. Si me surgiera alguna duda, podré consultarla al investigador principal y al co-investigador en cualquier momento de la investigación, a quienes podré contactar en el fono (32) 2508603 y el mail [javier.moran@uv.cl](mailto:javier.moran@uv.cl).

Javier Moran Kneer (Mg)  
(32) 2508603  
[Javier.moran@uv.cl](mailto:Javier.moran@uv.cl)

Nombre Participante

---

Firma

---

Firma

## Cuestionario socio-demográfico



### CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO CUIDADORES FORMALES DE ADULTO MAYOR

Marque con una cruz, la alternativa que corresponda en las preguntas en que se muestra una tabla adjunta.

1. Edad:

2. Sexo

Femenino	<input type="checkbox"/>
Masculino	<input type="checkbox"/>

3. Estado civil

Soltera (o)	<input type="checkbox"/>
Casada (o)	<input type="checkbox"/>
Viuda (o)	<input type="checkbox"/>

4. Nivel de escolaridad

	Completa	Incompleta
Básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Técnica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ¿Desde hace cuanto tiempo que se encuentra trabajando en la institución?

6. ¿Cuánto tiempo le dedica al cuidado de adultos mayores? (Indicar hrs y días de trabajo)

## Zarit

### CUESTIONARIO ZARIT

Indique por favor a continuación, las 4 letras iniciales de su nombre completo.  
(Por ejemplo: Si su nombre es Carolina Andrea Gutiérrez Pérez, indica: C.A.G.P.)

Identificación:

Fecha:

A continuación encontrará una serie de frases referidas a cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otras personas. Después de leer cada frase, indique con qué frecuencia se siente usted de esa manera, de acuerdo con la siguiente valoración: *nunca*, *rara vez*, *algunas veces*, *bastantes veces* y *casi siempre*. Tanto las preguntas como las respuestas han de referirse a cómo se siente en general. Recuerdo que no hay preguntas correctas o incorrectas.

POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS.

0 =	Nunca
1 =	Rara vez
2 =	Algunas veces
3 =	Bastantes veces
4 =	Casi siempre

1. ¿Cree que las personas a las que cuida le piden más ayuda de la que necesitan?

0 = Nunca

1 = Rara vez

2 = Algunas veces

3 = Bastantes veces

4 = Casi siempre

2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a las personas a las que cuida no tiene suficiente tiempo para usted?

0 = Nunca

1 = Rara vez

2 = Algunas veces

3 = Bastantes veces

4 = Casi siempre

3. ¿Se siente estresado por tener que cuidar a esas personas y por intentar, a la vez, satisfacer otras responsabilidades en su familia o trabajo?

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

4. ¿Se siente avergonzado por el comportamiento de las personas a las que cuida?

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

5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de las personas a las que cuida?

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

6. ¿Cree que el cuidar a esas personas, en estos momentos, afecta negativamente a sus relaciones con su familia o amigos?

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

7. ¿Siente temor por lo que el futuro les depare a las personas a las que cuida?

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

8. ¿Cree que las personas a las que cuida dependen de usted?

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

9. ¿Se siente estresado cuando está con las personas a las que cuida?

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

10. ¿Cree que su salud se ha resentido a causa de la responsabilidad de tener que cuidar a esas personas?

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

11. ¿Cree que no tiene tanta intimidad como quisiera debido a tener que cuidar a esas personas?

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

12. ¿Cree que su vida social se ha resentido por tener que cuidar a esas personas?

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

13. Cuándo está cuidando a las personas con las que trabaja, ¿se siente incómodo si tiene que recibir a amigos?

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

14. ¿Cree que las personas a las que cuida esperan de usted que los cuide como si fuera la única persona que pueda hacerlo?

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

15. ¿Cree que no gana suficiente dinero para cubrir sus gastos, a pesar del tipo de trabajo que realiza?

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

16. ¿Cree que no será capaz de cuidar a esas personas por mucho más tiempo?

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

17. ¿Cree que ha perdido el control de su vida desde que comenzó con el trabajo de cuidar a esas personas?

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

18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de esas personas y trabajar en otra cosa?

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

19. ¿Se siente inseguro sobre lo que debe hacer con esas personas a las que cuida?

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

20. ¿Cree que debería hacer más por las personas a las que cuida?

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

21. ¿Cree que podría cuidar mejor a esas personas?

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

22. En general, ¿cómo se siente de agobiado por tener que cuidar a esas personas?

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

POR FAVOR ASEGURESE DE HABER CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS.  
Muchas Gracias.

## Cenve

### CUESTIONARIO DE ESTEREOTIPOS NEGATIVOS HACIA LA VEJEZ (CENVE)

- 1= Muy en desacuerdo  
 2= Bastante en desacuerdo  
 3= Bastante de acuerdo  
 4= Muy de acuerdo

	1	2	3	4
La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria				
Las personas mayores tienen menos interés por el sexo				
Las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias"				
La mayoría de las personas mayores de 70 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante seria como para deteriorar sus capacidades normales				
Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes				
A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles				
La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud				
A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas				
Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños				
La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás				
A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos				
Los defectos de la gente se agudizan con la edad				
El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación, confusión) es una parte inevitable de la vejez				
Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven				
Una gran parte de las personas mayores de 65 años "chocean"				

## Maslach

<b>MASLACH</b>	
<p>A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.</p> <p>A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:</p>	
Nunca:..... 1	Algunas veces al año:..... 2
Algunas veces al mes:..... 3	Algunas veces a la semana:..... 4
Diariamente:..... 5	
<p>Por favor, señale el número que considere más adecuado:</p>	
1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.	
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.	
4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	
5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.	
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	
7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.	
8. Siento que mi trabajo me está desgastando.	
9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	
10. Siento que me he hecho más duro con la gente.	
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	
12. Me siento muy enérgico en mi trabajo.	
13. Me siento frustrado por el trabajo.	
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.	
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	

17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.

18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.

19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.

20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.

21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.

22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.

OQ-45

### Cuestionario de resultados OQ-45.2

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
 Nº Ficha: \_\_\_\_\_ Sesión N°: \_\_\_\_\_ Fono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Para ayudarnos a entender como se ha estado sintiendo, básiese en los **ULTIMOS SIETE DIAS**, incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las frases y seleccione la categoría que mejor describa como se siente esta semana. En el cuestionario el término "TRABAJO" se refiere al empleo, la escuela, el trabajo voluntario, ser dueño de casa, cuidar los niños, etc. Por favor no escriba en las áreas oscuras. Marque con una "X" en el cuadro que corresponda.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre	Siempre
1. Me llevo bien con otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me canso rápidamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nada me interesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me siento presionado (estresado) en el trabajo/escuela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me siento culpable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me siento irritado, molesto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me siento contento con mi matrimonio/pareja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pienso en quitarme la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me siento débil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me siento atemorizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Necesito tomar bebidas alcohólicas en la mañana, después de haber tomado el día anterior. (Si esto no le ocurre marque nunca).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Encuentro satisfacción en mi trabajo/ escuela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Soy una persona feliz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Trabajo/estudio excesivamente (mas de la cuenta).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me siento inútil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me abruma (angustia) los problemas de mi familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mi vida sexual me llena.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Me siento solo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Discuto frecuentemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Me siento querido y que me necesitan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Disfruto mi tiempo libre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Tengo dificultades para concentrarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre	Siempre
23. Me siento sin esperanza en el futuro.	0	1	2	3	4	5
24. Estoy contento conmigo mismo.	4	3	2	1	0	5
25. Me perturban o molestan pensamientos de los que no me puedo deshacer.	0	1	2	3	4	5
26. Me molesta que me critiquen porque tomo o me drogo. ( No se refiere a medicamentos recetados). (Si esto no le ocurre marque nunca)	0	1	2	3	4	5
27. Tengo malestares estomacales.	0	1	2	3	4	5
28. Trabajo/estudio tan bien como lo hacía antes.	4	3	2	1	0	5
29. Mi corazón palpita demasiado.	0	1	2	3	4	5
30. Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos.	0	1	2	3	4	5
31. Estoy satisfecho con mi vida.	4	3	2	1	0	5
32. Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol. ( Si esto no le ocurre marque nunca).	0	1	2	3	4	5
33. Siento que algo malo va a ocurrir.	0	1	2	3	4	5
34. Tengo los músculos adoloridos.	0	1	2	3	4	5
35. Me atemorizan los espacios abiertos, el manejar, el estar dentro de un bus, el metro, ascensores, etcétera.	0	1	2	3	4	5
36. Me siento nervioso.	0	1	2	3	4	5
37. Me satisfacen mis relaciones con mis seres queridos.	4	3	2	1	0	5
38. Siento que me va bien en el trabajo/escuela.	4	3	2	1	0	5
39. Tengo muchas discusiones en el trabajo/escuela.	0	1	2	3	4	5
40. Siento que algo anda mal con mi mente.	0	1	2	3	4	5
41. Tengo dificultades para dormir, o no me puedo quedar dormido.	0	1	2	3	4	5
42. Me siento triste.	0	1	2	3	4	5
43. Mis relaciones con otros me satisfacen.	4	3	2	1	0	5
44. Me enoja tanto en el trabajo/escuela que puedo hacer algo de lo que después me puedo arrepentir.	0	1	2	3	4	5
45. Me dan dolores de cabeza.	0	1	2	3	4	5

Developed by Michael Lambert, Ph.D. and Gary M. Burlingame, Ph.D.  
 © Copyright 1996 American Professional Credentialing Services LLC.  
 All Rights Reserved. License Required For All Uses.  
 Validado en Castellano por Guillermo de la Parra C. y Alejandra von Bergen R.

Para mayor información contact Guillermo de la Parra C.  
 E-MAIL: gdelap@inet.vtr  
 Alejandra von Bergen R.  
 E-MAIL: avonbergen@terra.cl

Fotografías - “Taller Árbol de la vida”, Hogar de ancianas Providencia, Valparaíso



Fotografías - "Taller Árbol de la vida", Institución Manos Unidas, Con-Con



## Tablas de asistencia a “Taller Árbol de la vida”

*Tabla de Asistencia a Taller “Árbol de la Vida”- Hogar de Ancianas Providencia,*

*Valparaíso*

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Total
Participante 1	X	X	X	X	100%
Participante 2	X	X	X	X	100%
Participante 3	X	X	X	X	100%
Participante 4	X	X	X	X	100%
Participante 5	X	X	X	X	100%
Participante 6	X	X	X	X	100%
Total:					100%

\* No se consideraron cuatro participantes que faltaron las dos primeras sesiones al taller y que no entregaron los cuestionarios ni pre y post que se les había solicitado que lo completaran.

*Tabla de Asistencia a Taller “Árbol de la Vida”- Institución “Manos Unidas”, Con-Con*

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Total
Participante 7	X	X	X	100%
Participante 8	X	X	X	100%
Participante 9	X	X	X	100%
Participante 10	X	X	X	100%
Participante 11	X	-	X	66,6%
Participante 12	X	X	X	100%
Participante 13	X	X	X	100%
Participante 14	X	X	X	100%
Participante 15	-	X	X	66,6%
Participante 16	X	-	X	66,6%
Participante 17	X	X	X	100%
Participante 18	X	-	X	66,6%
Participante 19	X	X	X	100%
Participante 20	X	X	X	100%
Total:				90,45%

\* No se consideraron dos participantes que faltaron las dos últimas sesiones al taller y que no entregaron los cuestionarios ni pre y post que se les había solicitado que lo completaran. Cabe destacar, que la cantidad de sesiones es menor en este taller, debido a ciertas dificultades que existieron en la coordinación de horarios para llevar a cabo la actividad.

