



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

¿Cuáles son los efectos del Síndrome de Burnout en los y las cuidadores informales que ejercen el rol de cuidador de personas mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la Fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga?

INFORME FINAL DE PROYECTO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y EL TÍTULO PROFESIONAL DE TRABAJADOR SOCIAL

Estudiante de Tesis

Gustavo Alberto Corrales Pérez

Profesor Guía

Prof. Sara Salum

Institución

FUNDACION HOGAR DE CRISTO V REGION

Año 2019

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Valparaíso.



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

REF.: Informa evaluación y calificación Proyecto
de Título I y II de alumno que indica.

VALPARAISO, 20 de marzo de 2020.-

SEÑOR DECANO:

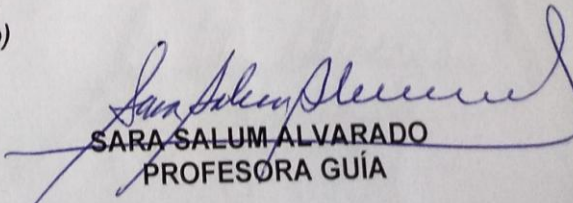
En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesora Guía, cumpla con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Proyecto de Título I y II denominado: "**¿Cuáles son los efectos del Síndrome de Burnout en los cuidadores informales que ejercen el rol de cuidador de personas mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga?**", cursado durante el período académico 2019 por el alumno de la Escuela de Trabajo Social, Sr. GUSTAVO ALBERTO CORRALES PÉREZ.

Para efectos de la calificación se ha evaluado:

- a) Importancia, originalidad y aporte del trabajo al campo profesional;
- b) Aspectos metodológicos;
- c) Amplitud y suficiencia del desarrollo del tema y de la bibliografía utilizada;
- d) Régimen formal de citas;
- e) Carácter de la redacción y calidad del vocabulario técnico utilizado.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Proyecto de Título I y II con las siguientes notas:

Proyecto de Título I: 4,0 (cuatro coma cero)
Proyecto de Título II: 5,5 (Cinco coma cinco)



SARA SALUM ALVARADO
PROFESORA GUÍA

AL SEÑOR
JUAN SANDOVAL
DECANO

Agradecimientos

El trabajo realizado por mí no fue fácil, fue de mucho esfuerzo, rabia, lágrimas y pensamientos de tirar la toalla a lo largo de todo el proceso de tesis, lo cual a pesar de que fue un trabajo realizado de manera individual, no faltó la gente que me ayudó y apoyó, comenzando por Sara, mi madre, la que fue mi pilar a lo largo de estos seis años de desarrollo universitario, la que me motivó, a la que hice rabiar, la que me vio llorar y triunfar con cada logro realizado, a ella principalmente, te amo y gracias totales, mi amor y respeto a alguien que se sacó la mierda para ver a su hijo ser un profesional. Mi Abuelo que fue mi Padre por los 18 años de mi vida, que falleció antes de ingresar a la Universidad de Valparaíso, aunque no estuviste físicamente, si me diste la fuerza para continuar en base a tus valores que hasta el día de hoy, los seguiré demostrando a tu imagen que se que estarás feliz en algún lado. A mi otro Padre, te quiero mucho y gracias por la ayuda y el ánimo en mi deseo de egresar y ser un profesional. Y por último en lo familiar, gracias a mis tías, especialmente a mi tía Elia, mi segunda madre por la ayuda recibida, el amor y las comidas para avanzar en la tesis, tíos, primas y primos por la motivación y el aguante en una época estresante para mi persona que está llegando a su término.

A mis amigos y amigas primero empezando con los del colegio, Sergio, Marco, Patricio Julio, Daniel, Hugo, Aylin, Nico chico, Lucas, Faby, Bruno, entre otros que se me olvidan pero siempre en el corazón, gracias por el apoyo y esas juntas para quitarme el estrés de un proceso tedioso de tesis, muchas gracias.

A mi grupo de universidad, Valentina Sepúlveda y Luis Herrera, por ser mis hermanos durante seis años, donde la sufrimos, la lloramos y nos reímos, sin ustedes, la universidad hubiese sido aburrida, cada palabra, cada ánimo y

consejo las tengo en mi corazón por siempre, cada carrete, cada cerveza y cada fumada, los quiero mucho.

A Camila, a una mujer Fonoaudióloga hermosa que aunque conozca poco, me apoyo en la tesis, gracias por el aguante, el amor y la ternura.

Y por último, a mis profesores que me apoyaron en todo el proceso universitario y profesional, les debo mis ganas de aprender y leer sobre el arte y belleza del Trabajo Social, a ellos mis respetos y admiración en un trabajo arduo de carácter continuo y dinámico.

Como decía una de mis figuras favoritas y motivación para no decaer en cada etapa de la tesis, Freddie Mercury, “es momento de abrir mis alas y volar bien lejos”, el futuro es incierto, aunque me cueste tanto llegar como decía el cuarteto de nos, se que llegare a buen puerto.

Indice

Capítulo I Marco Institucional	10
Presentación	11
Antecedentes Generales	12
Tipo de la Institución	12
Cobertura	14
Radio de Acción	16
Estructura Organizacional	18
Cobertura Programa Patrocinante	19
Antecedentes Históricos	21
Política.....	23
Objetivos	24
Funciones de la Institución	25
Organigrama Programa	26
Programa.....	27
Recursos de la Institución.....	28
Trabajo Social de la Institución.....	29
Funciones de Trabajo Social en la Institución	30
Niveles de intervención social, Situaciones y problemáticas sociales más frecuentes.	31
Problemáticas Sociales más Frecuentes.	32
Vinculación con redes institucionales o redes sociales	33
Capítulo II Marco Teórico	34
Presentación del Capitulo	35
Resumen de la investigación	36
Justificación de la Investigación	37
Identificación del Problema.....	38
Marco Teórico	40
Contexto del Cuidador	40
Tipos de Cuidadores	41
Cuidadores Informales o Primarios	41

Racionalidad y Coerción	42
Incertidumbre Prolongada	42
Intercambios sociales en el contexto familiar	43
Actividades del Cuidado Informal.....	43
Perfil del cuidador informal.....	44
Consecuencias del Cuidado Informal.....	45
Cuidador Formal o Capacitado	47
Dependencia y Envejecimiento	49
Teorías del Envejecimiento	50
Genéticas o deterministas.....	50
Estocásticas o Ambientales	51
Psicológicas	52
Sociales.....	53
Tipos de Envejecimiento	55
Normal	55
Resiliente.....	55
Satisfactorio, con éxito, competente o activa	55
Patológico.....	55
Dependencia y Capacidad Funcional	57
Factores y Tipos de Dependencia de la Persona Mayor	57
Factores Físicos	58
Factores psicológicos.....	58
Factores contextuales	59
Actividades de la Vida Diaria: Básicas e Instrumentales	60
Tipos de Dependencia	62
<i>Dependencia severa</i>	62
<i>Dependencia Moderada</i>	62
<i>Dependencia Leve</i>	63
Escala que Miden la dependencia en Personas Mayores.....	64
Dependencia desde una Perspectiva Mundial	65
Políticas generales de apoyo a los cuidadores principales o informales	68

Programas de comidas a domicilio	68
Centros diurnos	68
Servicios de inserción familiar	68
Servicios de estancias temporales o Centros de respiro familiar	68
Apoyo a los cuidadores principales comparado de países	69
Alemania	69
España	69
Japón	69
Dependencia desde una perspectiva Latinoamericana	71
Dependencia desde una perspectiva Chilena	73
Dependencia desde una perspectiva de la Quinta Región.	75
Dependencia desde una perspectiva de la Institución Patrocinante	76
Teoría que pueden explicar el Fenómeno	77
Teoría del Síndrome de Burnout	77
Diagnostico del Síndrome de Burnout.....	78
Síndrome de Carga del Cuidador	80
Acercamientos Teóricos explicativos.....	82
Instrumentos que miden la Carga del Cuidador	83
Capítulo III Marco Metodológico.....	84
Presentación del capitulo	85
Fundamentación metodológica.....	86
Tipo de estudio.....	87
Tipo de diseño	87
Problemática y fundamentación de la investigación	88
Diseño de investigación.....	90
Universo y Muestra de Investigación	91
Criterios de inclusión.....	92
Fuente: Elaboración Propia	92
Técnicas de recolección.....	93
Entrevista Semiestructurada utilizada en la Investigación.	94
Modelo de Consentimiento Informado	95

Criterios de rigor	96
Plan de análisis Cualitativo	98
Matriz de Programación	100
Capítulo IV Análisis e Interpretación de los Resultados.....	101
Introducción	102
Análisis de la información- Cuidador/a Informal	103
Análisis del Objetivo número uno	105
Categoría de segundo Orden: Edad.....	105
Categoría de segundo Orden: Estado civil	107
Categoría de segundo Orden: Género	108
Categoría de segundo Orden: Vínculo	110
Categoría de segundo Orden: Ocupación	113
Análisis del Objetivo número dos	115
Categoría de segundo orden: Somático	116
Categoría de segundo orden: Conductual	121
Categoría de segundo Orden: Emoción	123
Categoría de segundo Orden: Cognitivo.....	126
Categoría de segundo orden: Violencia.....	128
Categoría de segundo orden: Relaciones Interpersonales	130
Categoría de segundo Orden: Red de apoyo.....	133
Categoría de segundo Orden: Ocio.	135
Análisis del Objetivo número tres	138
Categoría de segundo Orden: Pasado.	139
Categoría de segundo Orden: Presente.....	141
Categoría de segundo Orden: Futuro.	143
Análisis Integrado del Cuidado Informal de la Persona Mayor	145
Capítulo V Conclusiones	149
Hallazgos y Reflexiones	150
Conclusión en torno a la Teoría que sustenta la presente investigación.....	153
Conclusión en torno a la Metodología que sustenta la presente investigación	155
Conclusión en torno al Trabajo Social que sustenta la presente investigación	156



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

Conclusión de la institución patrocinadora entorno a los efectos del Síndrome de Burnout en los y las cuidadores informales que ejercen el rol de cuidador de personas mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga	158
Conclusión de la Política Pública en torno a los efectos del Síndrome de Burnout en los y las cuidadores informales que ejercen el rol de cuidador de personas mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga	159
Conclusión General	161
Referencias Bibliográficas.	164



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

Capítulo I Marco Institucional

Presentación

El presente capítulo es referente al Marco Institucional, en el cual se inmersa el Proyecto de Título, señalando de manera general, los antecedentes de la Fundación Hogar de Cristo, siendo este de carácter benéfico privado sin fines de lucro, bajo los valores del catolicismo, en este caso, de la solidaridad, compromiso, espíritu emprendedor, respeto, justicia, transparencia y trabajo en equipo.

Desde los antecedentes generales, se reseña antecedentes y hechos históricos que repercutieron en la Institución, de los cuales se irán identificando sus programas que de él emana a nivel nacional, tales como adulto mayor del cual se ahondará con mayor detalle, mujer, personas en situación de calle, consumo problemático de alcohol y otras sustancias ilícitas, discapacidad mental y de niños, niñas y adolescentes, destacando su cobertura a nivel regional en el territorio chileno.

Dicho anteriormente, se dará mayor énfasis a la línea temática del adulto mayor, en la cual se observará el Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor PADAM de la comuna de Valparaíso, donde de esta se desprende sus objetivos, radio de acción, enfoque de intervención, entre otros.

Antecedentes Generales

Ficha General Fundación Hogar de Cristo.	
Forma Legal	<i>Fundación Hogar de Cristo.</i>
Tipo de Institución	<i>Organización de Beneficencia pública.</i>
Fundación	<i>19 de octubre de 1944.</i>
Fundador	<i>Jesuita Alberto Hurtado Cruchaga.</i>
Ubicación	<i>Calle Bernal del Mercado, comuna de Estación Central, Santiago.</i>
Programa Patrocinante	<i>Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor Marga Marga.</i>
Ubicación	<i>Calle Lautaro #388, Peña Blanca, comuna de Villa Alemana.</i>
Teléfono	<i>995544657.</i>

Tipo de la Institución

La Fundación hogar de Cristo es del tipo privado benéfico no gubernamental, sin fines de lucro, el cual fue creado bajo los principios de la iglesia católica y posee personalidad jurídica a partir del 9 de abril de 1945, según consta el decreto supremo N 1688 del Ministerio de Justicia, publicado en el diario oficial el 24 de abril del mismo año. De este se desprenden tres pilares los cuales se expondrán a continuación (Hogar de Cristo, 2019).

Visión: Bajo la personalidad de respeto, justicia y solidaridad, generando instancias de participación junto a la comunidad, vinculando a esta en la responsabilidad de abrirse frente a la población con vulneración social y/o excluida.

Misión: Convoca con entusiasmo y vincula a la comunidad en su responsabilidad con los excluidos de la sociedad.

Valores de la Fundación

Solidaridad: Actuar frente a las necesidades, mediante estrategias generacional y intergeneracional en beneficio de la calidad de vida.

Compromiso: Desarrolla el trabajo con profesionalismo, responsabilidad y cariño con el compromiso de unidad, con la gente que se trabaja, con sus familiares y/o personas significativas.

Espíritu emprendedor: Logro de los objetivos, con alternativas de mejoramiento de las condiciones de vida de los beneficiarios.

Respeto: Respetar a la persona en sus diferencias, sus atributos, sus características personales y sus derechos básicos a la libertad personal, la privacidad y la intimidad.

Justicia: Generar condiciones de igualdad de oportunidades y restitución de derechos vulnerados.

Transparencia: Desempeñar el quehacer basado en la verdad y la honestidad, estableciendo relaciones de confianza con la persona beneficiada, el equipo, las familias y otros.

Trabajo en equipo: Trabajar en confianza, colaboración para el logro de metas y objetivos.

Cobertura

La Fundación atiende mensualmente a más de 35 mil personas en extrema pobreza, en las más de 500 obras que posee a lo largo del país, los cuales cuentan con criterios de focalización, conjugando cinco tipos de privación en su población objetiva: pobreza monetaria, pobreza multidimensional, situación de vulnerabilidad, deterioro BioPsicoSocial y vulneración grave de los derechos fundamentales; Estos son levantados por el instrumento Ficha Única de Identificación, la cual es aplicada a cada acogido al momento de su ingreso a un programa social (Hogar de Cristo, 2017).

Las líneas de acción con que se trabajan en Hogar de Cristo serán expuestos a continuación (Hogar de Cristo, 2017):

Personas en Situación de Calle: La realidad de las Personas en situación de calle como ciudadanos sujetos de derechos con habilidades y capacidades que pueden ser desarrolladas y fortalecidas en inclusión social.

Mujeres víctimas de Violencia: Esta línea de trabajo busca promover y desarrollar espacios de acogida, protección, prevención, apoyo psicosocial y legal, en beneficio de una vida más justa y libre de violencia.

Infanto/Adolescente: (Niños, niñas y adolescentes con derechos vulnerados).El objetivo de la línea Infanto-Adolescente es contribuir a promover, prevenir, proteger y reparar los derechos de los niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad y exclusión social de nuestro país.

Persona Mayor: Vela por la dignidad, la igualdad y el respeto por las personas mayores en situación de riesgo social y con algún grado de dependencia, reconociendo sus capacidades, potencialidades e incentivando su autonomía.

<i>Línea de Acción</i>	<i>Numero de Programas</i>	<i>N de personas atendidas</i>
<i>Adulto Mayor</i>	78	3769
<i>Consumo problemático de alcohol y drogas</i>	23	1256
<i>Discapacidad mental</i>	52	1628
<i>Educación Inicial</i>	50	6115
<i>Emergencia</i>	6	1726
<i>Inclusión Laboral</i>	12	2665
<i>Infanto Adolescente</i>	16	1043
<i>Personas en situación de calle</i>	86	15518
<i>Reinserción educativa</i>	14	2305
<i>Violencia de genero</i>	2	239
<i>Total Corporativo</i>	339	35515

Fuente: Memoria Anual Hogar de Cristo, año 2017.

Radio de Acción

A continuación se detalla la gestión realizada a nivel nacional de la línea de acción regional de la Fundación Hogar de Cristo, ordenada por cada zona de atención y organizada por sedes en las ciudades y regiones de Arica a Punta Arenas.

Zona Norte		
Regiones	Total N de Programas	Total personas atendidas
Arica y Parinacota	10	824
Tarapacá	19	2079
Antofagasta	25	1721
Atacama	12	1280
Coquimbo	19	1759
Zona Centro		
Regiones	Total N de Programas	Total personas atendidas
Valparaíso	37	2906
Metropolitana	119	11781
O'Higgins	18	2732
Zona Sur		
Regiones	Total N de Programas	Total personas atendidas
Maule	35	3795
Bío Bío	70	5775
Araucanía	35	1695
Zona Sur		
Regiones	Total N de Programas	Total personas atendidas
Los Ríos	11	546
Los Lagos	29	2404
Aysén	8	681
Magallanes	9	681

Fuente: Memoria Hogar de Cristo, 2017.

Dicha línea de acción se trabaja en conjunto con cuatro Fundaciones Filiales a Hogar de Cristo los cuales son: *Paréntesis*; *Rostros Nuevos*, *Emplea* y *Sumate* (Hogar de Cristo, 2017).

Fundación Paréntesis: Rehabilitación de jóvenes y adultos en situación de pobreza que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas. Su objetivo es el acoger, acompañar y promover la dignidad e inclusión social de estas personas, junto con contribuir en el proceso reparatoria.

Fundación Rostros Nuevo: Inclusión social de personas adultas con discapacidad mental promoviendo la mantención y desarrollo de capacidades, la vinculación con su comunidad (familia, entorno territorial e instituciones).

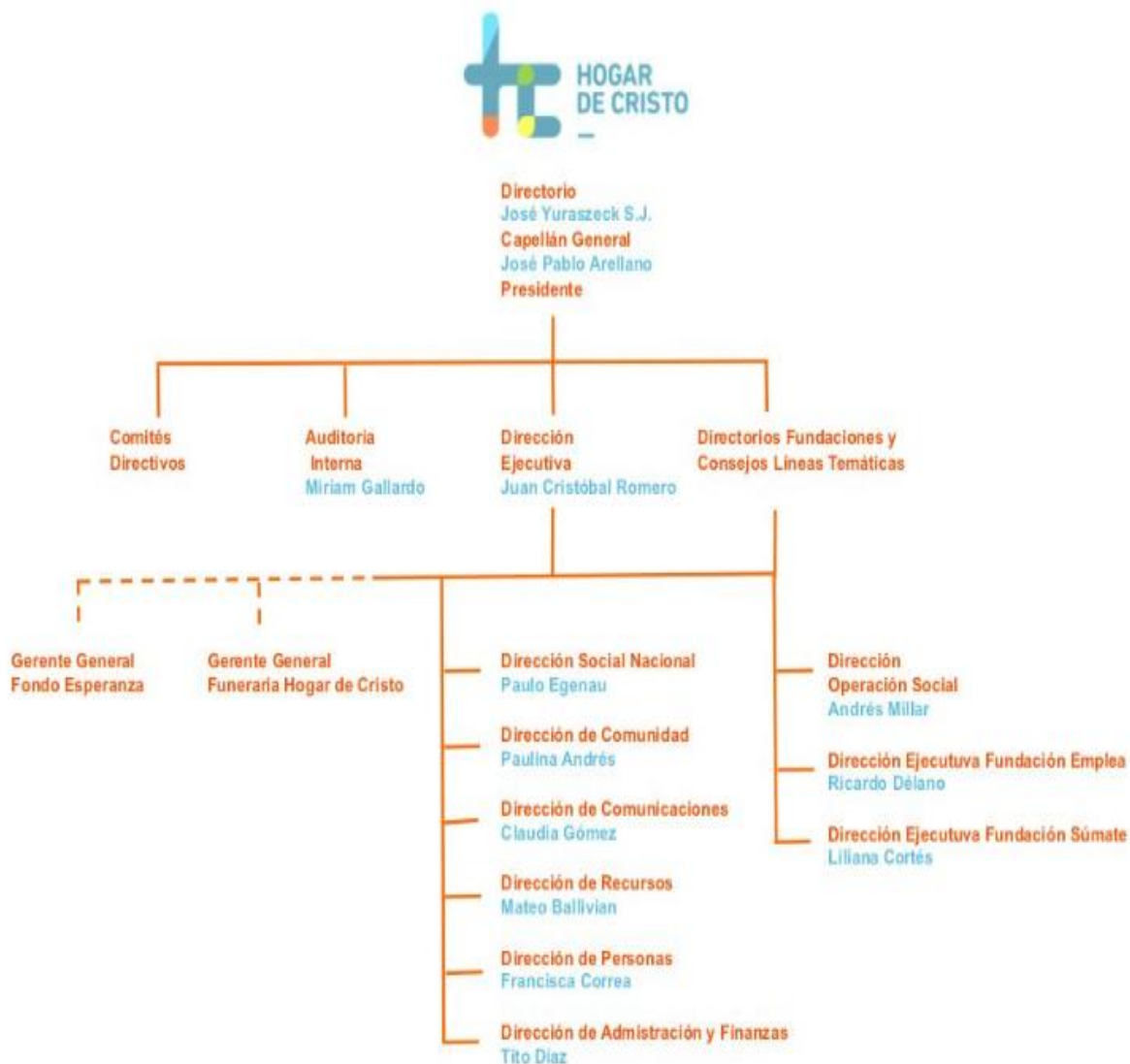
Fundación Emplea: Promover la inclusión laboral de personas en situación de pobreza y exclusión social, a través del fortalecimiento de sus capacidades y competencias personales, sociales y laborales que les faciliten el acceso y permanencia en un puesto de trabajo, con el objetivo que mejoren su calidad de vida y la de sus familias.

Fundación Sumate: Apoyar en la educación académica en su ámbito psicosocial, entregando herramientas necesarias para reparar los daños causados por la exclusión educativa, potenciar el desarrollo de habilidades sociales y de aprendizaje.

Estructura Organizacional

Es dirigida en la actualidad por José Fco. Yuraszeck, siendo responsable de la Dirección Ejecutiva, y por el padre José Pablo Arellano, actual Capellán General, formando parte de las obras de la Compañía de Jesús en Chile; El directorio está compuesto por nueve participantes. Todos ellos Ad honorem, es decir, no reciben remuneración por el desempeño en sus cargos y tienen una permanencia de 6 años desde su incorporación (Hogar de Cristo, 2019).

Imagen: Estructura Organizacional Hogar de Cristo, año 2019.



Fuente: Transparencia, Organigrama Principal del Hogar de Cristo, 2019.

Cobertura Programa Patrocinante

Respecto a la *Temática Persona Mayor*, esta se centra en los Programas domiciliarios, en este caso, en el Programa de Atención Domiciliaria al Adulto Mayor, que emana del cuidado y protección dirigido a personas mayores que posean algún grado/tipo de dependencia; con el fin de entregar los apoyos psicosociales y materiales necesarios para posibilitar una mejor atención socio-familiar y su conexión con los centros de salud.

El Programa de Atención Domiciliaria al Adulto Mayor cubre a aquellas personas de 60 años y más que se encuentran en situación de exclusión social, que desean permanecer en la comunidad, cuyo apoyo familiar y recursos económicos son insuficientes para su bienestar.

PADAM Marga Marga nace a raíz del proceso de traspaso de CEAM Las Rosas, en el marco de la Estrategia social 2015 – 2020 generando un espacio en las dependencias del Hogar de Cristo de Belloto Sur, Quilpué pero que en el año 2017, este se traslada a Peñablanca, comuna de Villa Alemana.

Imagen: Cobertura de programas de Línea temática Persona Mayor.

Cobertura 2016		
Tipo de Programa	Numero de Programas	Personas Atendidas
Ambulatorio	20	1661
Domiciliario	62	2575
Residencial	15	834
Sala de Enfermo	1	108
Total Persona Mayor	98	4119

Fuente: Memoria Hogar de Cristo, año 2016.

Se acoge a más de cuatro mil Personas Mayores mientras que desde una cobertura domiciliaria, esto son más de tres mil las Personas Mayores en situación de riesgo social y con algún grado de dependencia y sin redes de apoyo (Hogar de Cristo, 2016); estos deben cumplir con los siguientes criterios para el ingreso a programas de línea temática de la Persona Mayor (Hogar de Cristo, 2015).

Imagen: Criterios de Ingreso Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor

CRITERIOS	NO CORRESPONDE / EGRESO	CORRESPONDE
EDAD	Menores de 60 años	Mayores de 60 años
INGRESOS	Adulto/as mayores con cualquier pensión mayor a PBS (\$82.500)	-Adultos/as mayores con PBS de vejez -Adultos/as mayores con PBS de invalidez -Adultos/as mayores con cualquier otro tipo de pensión menor a una PBS (viudez, orfandad, etc.)
NIVEL DEPENDENCIA	DE Adultos/as Mayores autovalentes	-Adultos/as mayores autovalentes frágiles -Adultos/as mayores dependientes leves -Adultos/as mayores dependientes moderados -Adultos/as mayores dependientes severos.
RED DE APOYO FAMILIAR SIGNIFICATIVA	-Adultos/as mayores autovalentes, autovalentes frágiles y dependiente leves CON red familiar y/o significativa. -Adultos/as mayores dependientes moderados y severos SIN red de apoyo familiar o significativa que entregue cuidados (residencia)	-Adultos/a Mayores autovalentes frágiles, y dependientes leves que NO cuenten con ninguna red de apoyo. -Adultos/as mayores dependientes moderados y severos CON alguna red de apoyo familiar o significativa, que entregue cuidados.
RED DE APOYO INSTITUCIONAL / PROGRAMAS SOCIALES	Adultos/as mayores autovalentes y autovalentes frágiles pertenecientes programas sociales que entregan acompañamiento psicosocial, como el Vínculos u otro similar.	Adultos/as Mayores que no pertenezcan a ningún programa social.
OTROS FACTORES DE VULNERABILIDAD SOCIAL	Adultos/as mayores sin otros factores de vulnerabilidad social.	Adultos/as mayores que presentan factores de vulnerabilidad social, como por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> • Falta de vivienda en adultos/as mayores solos • Historia de calle en el adulto/a mayor o red significativa • Consumo problemático de alcohol o drogas en el adulto/a mayor o red significativa. • Discapacidad mental en el AM o en su red significativa • Otros factores de vulnerabilidad social.

Fuente: Contexto Hogar de Cristo: Estrategia Social 2015-2020.

Antecedentes Históricos

La búsqueda de justicia social que marcó la personalidad y la vida del padre Alberto Hurtado, lo llevó a fundar el 14 de octubre de 1944 el Hogar de Cristo, cuyo objetivo era brindar “pan, techo y abrigo” a los más pobres (Manzanares N.F. , 2016). Lo cual empieza a iniciarse una campaña a través del diario el Mercurio, e impulsada por Polidoro Yáñez, un miembro de la comisión de la Dirección de la Protección de la Infancia, dependiente del Ministerio de Salubridad.

Es por eso que el 21 de diciembre de 1944 Polidoro Yáñez, colocó la primera piedra de la construcción de la sede principal de la fundación, ubicada en la calle Bernal del Mercado, en la comuna de Estación Central, Santiago; mientras que en 1945 la Fundación pasa a tener personalidad jurídica, y se inaugura la primera hospedería.

En el año 1952, fallece el Padre Hurtado debido a un cáncer de páncreas, sin antes sentar las bases de la Fundación.

En octubre de 1957 y tras ser aprobada la idea de extender el Hogar de Cristo a regiones, nacen nuestras primeras dos filiales en la región de Antofagasta y en la ciudad de Los Ángeles. En 1960, se reorganizó la Patrulla de la noche, que buscaba reeditar las rutas que hacía el Padre Hurtado para ir en la búsqueda de los niños abandonados que vivían en la calle. Ese mismo año se inauguraron los hogares familiares, que propiciaban la idea de una casa familiar más que de un internado para acoger a estos niños.

En 1964, se creó el primer hogar para adultos mayores en pobreza, mientras en la década de los 70 se inauguraron nuevas filiales en Arica, Concepción, Copiapó y Valparaíso, así como centros abiertos para adultos mayores y la sección para enfermos terminales. Desde esa época en adelante,

el Hogar de Cristo supera ampliamente sus objetivos, logrando llegar a abarcar muy distintas áreas de acción social. Así, si en un inicio no era más que una residencial para pasar la noche, con el tiempo ha ampliado sus sujetos de atención y protección tales como adultos/as mayores, niños/as en problemas de adicción de sustancias ilícitas, entre otras problemáticas en donde se vulneran los derechos de los sujetos.

Por otra parte, el nacimiento de los Programa de Atención Domiciliaria de Adulto Mayor (Manzanares N.F. , 2016) nacen como idea el año 1996, replicando una experiencia observada en Cuba, donde se realiza un acompañamiento ambulatorio a los adultos/as mayores en sus domicilios, con el fin de monitorearlos y prevenir el deterioro de éstos. Posteriormente, comienza como un programa piloto de la Región Metropolitana, debido a los buenos resultados obtenidos de esta iniciativa, el programa se replica en la V Región, instalándose en Quilpué, el 2 de septiembre 23 del año 1996, dando de esta forma cobertura en las ciudades de Valparaíso, Villa Alemana y Quilpué. En 2009, Hogar de Cristo incorpora en su forma de trabajo el Modelo Técnico, que busca estandarizar y nivelar el trabajo en las diferentes unidades de los Programas PADAM. En los años 2010 y 2012 se incorporan en la V región los PADAM Santa María, San Antonio y la Calera.

Política

La política del Hogar de Cristo está basada en siete valores (Covarrubias, Rioja y Muñoz, 2012).

Solidaridad: El cariño no es recibir, es dar.

Compromiso: El mundo está cansado de palabras, quiere hechos.

Espíritu: Emprendedor Visión amplia, corazón grande.

Respeto: Hacer de la tierra una casa digna para todos los hombres.

Justicia: La caridad comienza donde termina la Justicia.

Transparencia: Creer todavía en el ideal, en la justicia, en la verdad, en el bien, en que hay bondad en los corazones humanos.

Trabajo en Equipo: El espíritu del equipo crea obras llamadas a perseverar.

El Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor trabaja con Personas Mayores no solo en pobreza económica, sino con el nuevo concepto que surge de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) la pobreza multidimensional, incluyendo cuatro áreas que antiguamente no se trataba, como lo son el trabajo y seguridad social, la educación, y el acceso a la salud y la vivienda (Herrera B, 2016).

Objetivos

El Programa de Atención Domiciliaria de la Persona Mayor cuenta con Objetivo General y cinco Específicos (Covarrubias, Rioja y Muñoz, 2012).

Objetivo General

Lograr que las personas mayores se mantengan en su medio habitual de manera autónoma e interdependiente mejorando sus condiciones de vida y superando su situación de exclusión social

Objetivo Específico

Personas mayores que cumplen objetivos propuestos en el plan de intervención individual de acuerdo a los ejes transversales.

Personas mayores que alcanzan condiciones mínimas definidas para Padam.

Personas mayores fortalecen su red de apoyo social (vínculos significativos).

Personas mayores que logran vincularse de manera afectiva con redes formales.

Personas mayores mejoran su participación y empoderamiento.

Funciones de la Institución

El concepto de prestaciones se refiere a un bien o servicio que a un/a participante o usuario/a es entregado de acuerdo a su clasificación, las que corresponden a las siguientes categorías (Manzanares N.F. , 2016):

Confort, Higiene y Vestuario: Entrega de artículos o insumos básicos respecto a las necesidades específicas de cada Persona Mayor, de acuerdo a su diagnóstico.

Salud y Apoyo funcional: Gestión y articulación de los mecanismos necesarios para asegurar el cuidado adecuado las necesidades personales de cada Persona Mayor.

Psicoeducación/Socio educación: Educación implícita, generar y fomentar la participación activa, autodeterminación y empoderamiento.

Apoyo Psicosocial: Apoyo, la coordinación, orientación, intervención y la derivación. Todo esto orientado a la persona misma.

Apoyo Espiritual: Trabajo de la espiritualidad, rescatando la historia de la persona y todo lo que la envuelve, con el fin de crear armonía en su vida interior.

Apoyo Material: Apoyo completo e integral, complementando el primer punto.

PADAM Marga Marga realiza diferentes tareas enfocadas a intervenir de manera integral las problemáticas de las Personas Mayores:

Trabajo en programas (infraestructura): acciones que permitan avanzar con el cumplimiento del Plan de Intervención Individual

Trabajo en domicilio: realizando periódicas visitas al domicilio en el cual reside la Persona Mayor.

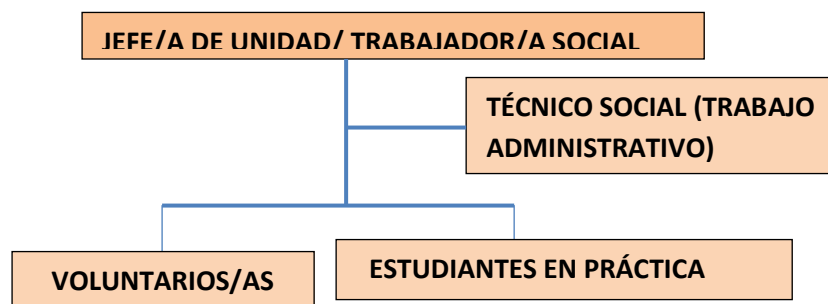
Trabajo con redes: realizando gestiones articuladoras con redes disponibles

Actividades con los usuarios: Atención o entrevista individual - Atención grupal – Asambleas

Actividades del equipo: Reunión de equipo - Reunión de análisis de la situación de la Persona Mayor - Reuniones entre equipo - Actividades de cuidado del equipo.

Organigrama Programa

En la actualidad PADAM MARGA MARGA está compuesto por el Jefe de Unidad, Trabajador Social Alex Arancibia R.



Fuente: Elaboración Propia.

Programa

El Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor con la línea temática *Persona Mayor* es la de “*vincular socialmente a los adultos mayores en situación de pobreza y exclusión social, reconociendo sus potencialidades, capacidades y recursos, promoviendo su autonomía y mantención en su medio habitual*” (Hogar de Cristo, 2011). PADAM guía su accionar en cuatro ejes transversales

Desarrollo de Capacidades: Reconocer el potencial de desarrollar capacidades para superar su situación y ampliar sus oportunidades a una vida mejor. El desarrollo y mantención de sus capacidades los faculta para utilizar sus activos y recursos e incrementar su bienestar; les permite una mejor calidad de la salud, logro de la independencia funcional, desplegar destrezas cognitivas y habilidades de regulación emocional para una participación social adecuada.

Fortalecimiento de Vínculos e Integración Social: Los elementos del entorno (creencias, comunidad, personas significativas, familia) pueden desencadenar, influenciar, detener o dar solución a los problemas de las personas mayores.

Protección y Promoción de Derechos: Las Personas Mayores son personas activas que tienen el derecho de exigir servicios y prestaciones estatales, a expresar sus opiniones respecto a su vida y a las intervenciones que se realizan con ellos.

Participación y Empoderamiento: Las Personas Mayores son en sí mismo motor de cambio en su situación de pobreza y exclusión social. Acceder a los servicios y recursos que necesitan para mejorar su situación y para mantener su autonomía.

Recursos de la Institución

Estos se dividirán en *infraestructura*, *equipamiento*, *emplazamiento/seguridad*, *financieros* y *humanos* (Covarrubias, Rioja y Muñoz, 2012):

Infraestructura: Funcionando en las dependencias de otro tipo de programa para Personas Mayores, contando con transporte de manera permanente o con dinero necesario para movilización.

Emplazamiento y seguridad: Emplazado en un lugar de fácil acceso y que no implique riesgo para la salud o para la seguridad de las personas.

Recursos financieros: obtener financiamiento a través de fondos concursables, presentación de proyectos para prestaciones específicas permanentes o por periodos acotados, ya sean en dinero, especies o recursos humanos. Algunas fuentes de financiamiento pueden ser los Municipios, Colegios, Universidades, ONGs, Ministerios, Gobernaciones, etc.

Recursos Humanos: Trabajador social: Coordinar, ejecutar, controlar la implementación de la planificación social y evaluar los resultados de su unidad; *Técnico social*, Ejecutar la atención social directa a las Personas Mayores y a sus familias, asimismo también a las personas significativas; *Voluntariado*, Aquellas personas que puedan aportar lo que puedan y quieran a la fundación o al programa.

Trabajo Social de la Institución

El Trabajo social dentro de la Institución se dividirá en tres dimensiones:

Administrativo: Generar instrumentos de registros de intervención y gestión comunitaria, así como el de la evaluación coordinando y dirigiendo reuniones de equipo interna del programa para la evaluación y solicitud, de adultos mayores postulantes al programa, además de actualizar seguimiento. Fortalecer las capacidades inclusivas y solidarias en las comunidades territoriales. Esto es posible convocando y vinculando actores sociales de distintas realidades.

Redes: Coordinar y articular redes institucionales y recursos comunitarios mediante el fomento de espacios de participación comunitaria en sectores con alto índice de vulnerabilidad social. Esto es posible relacionándose con las organizaciones territoriales o funcionales del sector. Su fines la gestión de redes que fomenten el trabajo comunitario junto a entidades gubernamentales.

Comunidad: Trabajar como dupla psicosocial comunitaria temáticas de vinculación comunitaria, capacitaciones, y diagnóstico participativo. Ejecutar atención social directa en adultos mayores y sus familias y/o personas significativas realizando evaluaciones sociales, previa indagación de la situación del adulto mayor y su familia.

Funciones de Trabajo Social en la Institución

El Trabajo Social debe poseer un rol de gestor capacitador metodológica y éticamente, para ser capaz de liderar un programa debiendo coordinar este mismo, como también gestionar y toma de decisiones en conjunto de otros profesionales o de instituciones colaborativa (Manzanares N.F. , 2016).

** Ejecutar atención directa a los adultos/as mayores de acuerdo a los protocolos establecidos en la metodología PADAM.*

** Realizar evaluaciones sociales, previa indagación de la situación de los adultos y adultas mayores con los cuales se trabajará, indagación además hacia el adulto o adulta y su familia.*

** Elaborar planes de intervención socio-familiares acorde a cada situación en específica.*

** Facilitar, entregar y apoyar a las personas adultos/as mayores y sus familias o personas significativas, en la ejecución y el cumplimiento del plan de intervención.*

** Hacer entrega de los beneficios materiales que los adultos y adultas mayores necesiten contemplados en el programa según indique el protocolo.*

** Mantener actualizado el registro personal de cada adulto y adulta mayor.*

** Coordinar y dirigir las reuniones técnicas y/o de equipo interna del programa.*

** Colaborar en la realización de las actividades del equipo y de los adultos/as mayores.*

** Colaborar y gestionar los aspectos relacionados a voluntariados de la región que puedan ser útiles en el cumplimiento de los objetivos del plan.*

Niveles de intervención social, Situaciones y problemáticas sociales más frecuentes.

Los niveles de intervención social en el Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor fueron desarrollados por Manzanares, los cuales serán expuestos a continuación (Manzanares N.F. , 2016).

Caso/Familia: Visitas domiciliarias, entrega de materiales, contención afectiva y emocional, gestión de redes entre otros. Se trabaja con las familias acerca de los cuidados del adulto mayor y la salud como auto cuidado de la familia

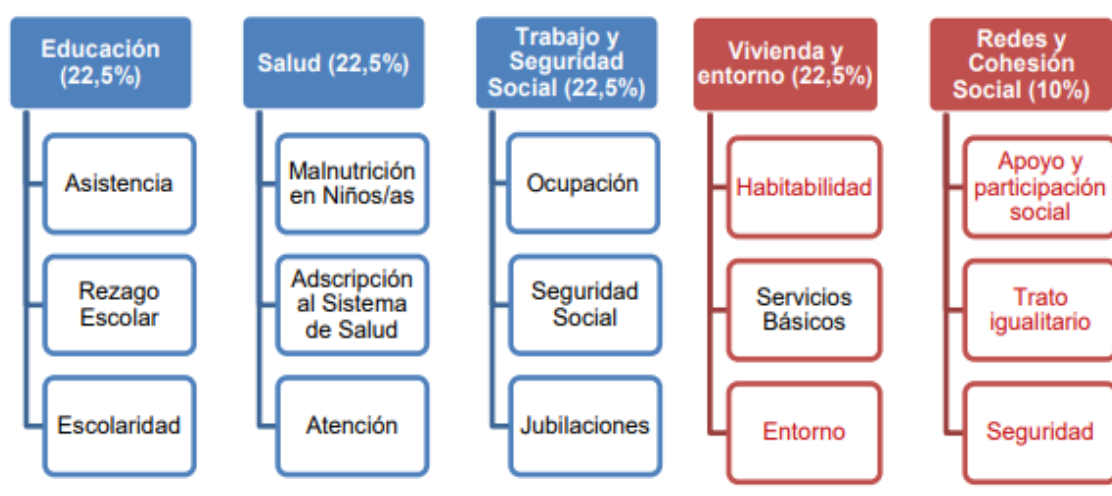
Grupo: Trabaja con Personas Mayores y Cuidadores, fortaleciendo y complementando la acción individual mediante el trabajo en grupos, se promueve la retroalimentación de éstos y la generación de espacios de intercambio y participación activa dentro de la comunidad. Existe un acompañamiento a los cuidadores de estas Personas Mayores, con un fin de conocer su fenómeno social.

Comunidad: Se producen encuentros entre el voluntariado y la comunidad en la cual viven, haciéndose partícipes de centros, que tienen el objetivo de mejorar las redes de los adultos mayores, crear redes, darles un sentido de pertenencia y empoderar a la Persona Mayor, también dar a conocer sus derechos y deberes, además de potenciar la vivencia de la comunidad. Todo esto basado en los valores de la institución y el respeto a la persona, sus derechos y la dignidad humana.

Problemáticas Sociales más Frecuentes.

Se reconocen que el fenómeno de la pobreza es mucho más lo cual no pueden ser medidas por un sólo indicador; lo cual se adopta la metodología de Alkire y Foster observando la pobreza desde una visión multidimensional, considerando la intensidad de las privaciones o carencias que sufren los hogares en distintas dimensiones del bienestar y luego suma estas carencias para identificar a los hogares en situación de pobreza multidimensional (CASEN, 2015).

Imagen: Medida de Pobreza Multidimensional, con incorporación de Entorno y Redes



Fuente: Casen, Pobreza Multidimensional. Ministerio del Desarrollo, 2015.



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

Vinculación con redes institucionales o redes sociales

Familia de la Persona Mayor; Barrio de la Persona Mayor y la Comunidad; Centros de Atención Familiar; Juntas de vecinos; Iglesias; Municipalidades; Instituciones a cargo de pensiones: AFP – IPS; Instituciones a cargo de Vivienda: SERVIU; Fundaciones filiales y organismos privados.



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

Capítulo II Marco Teórico

Presentación del Capítulo

El segundo capítulo denominado Marco Teórico, el cual es la base fundamental para los conceptos que se mostraran en el análisis de la presente investigación, presentando el estado de investigación, estudios relacionados al marco referencial, aportando datos relevantes para llevar a cabo la investigación. En segundo lugar se desarrollaran los ejes temáticos identificados por el tesista, los cuales son los conceptos centrales de la investigación.

Es importante la recopilación de información, dando a conocer conceptos importantes para el pilar teórico, teniendo como foco, el Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor, programa que se está enfocando en el trabajo con personas que ejercen el rol de cuidadores informales de personas mayores.

Asimismo, se desarrollaran tres contextos, los cuales son el *Rol del Cuidador*, *Dependencia y Envejecimiento* y por ultimo *Dependencia y Capacidad Funcional*, confluyendo estos tres, en lo que se denominara Burnout/Síndrome de carga del cuidador como la teoría base de la investigación.

Resumen de la investigación

El presente trabajo de investigación consiste en conocer los efectos del Síndrome de Burnout en cuidadores informales de personas mayores, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga desde la perspectiva de tres categorías, las cuales son: Parámetros socio demográficos desde la edad, estado civil, genero, vinculo ,ocupación; la segunda categoría es referente a los efectos del síndrome de Burnout desde una perspectiva individual y social que afectan al cuidador informal; y por último, las experiencias cotidianas de la persona que cuida a otras desde tres perspectivas, los cuales son el pasado, presente y futuro.

Justificación de la Investigación

La investigación que se desarrolla en el presente proyecto de título corresponde a una investigación cualitativa descriptiva sobre las percepciones de personas que ejercen el rol del cuidado informal en personas mayores dependientes.

Desde un contexto internacional, algunos países han tomado resguardos frente a esta situación ya sea España, Alemania, Japón, entre otros. Desde un contexto nacional, esta no cuenta con políticas públicas concretas que se enfoquen en la temática del cuidado, atendiendo a sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales pero que si se observa desde la realidad chilena, es un grupo que carece de políticas públicas y leyes que respalden su actual, siendo sujetos desprotegidos al momento de asumir un rol que es complejo y que implica una fuerte carga para la persona, en este caso, un familiar, el asumir el cuidado de una persona mayor que no puede satisfacer sus necesidades por sí mismo (Ormeño I.A., 2018).

La elección de la investigación tiene como propósito en complementar las escasas investigaciones referentes al fenómeno del cuidado informal en Chile, como también ahondar sobre el Síndrome de Burnout en el cuidado informal familiar y como los efectos de este síndrome desencadenan una serie de consecuencias que puede llevar a diversos problemas que van desde la sobrecarga física y mental, conflictos personales familiares, económicos, financieros, ocio y recreación, entre otros; en conclusión, el cuidador principal es una persona que presenta peores condiciones de salud que sus pares y tardan más en recuperarse de las enfermedades, además muchas veces muestran cambios en el estado de ánimo, con sentimientos de tristeza, indefensión, culpa, frustración, entre otras (Ormeño I.A., 2018).

Identificación del Problema

Uno de los principales desafíos del acelerado envejecimiento de la población, hace referencia al aumento en la prevalencia de la dependencia (Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud. Prevención de la Dependencia en las Personas Mayores, 2007). El envejecimiento de la población incrementará drásticamente la proporción y el número de personas que necesitan asistencia asociada en los países en todos los niveles de desarrollo, en consecuencia, disminuirá la proporción de personas más jóvenes que podrían proporcionar esa atención (MINSAL, 2014). Esta problemática está entre los riesgos más severos que afronta cada fase del ciclo de vida, porque es la imposibilidad de hacerse cargo de sí mismo, especialmente de aquellos que terminan su vida laboral activa y no están en condiciones de generar su propio ingreso de manera autónoma, dándose con mayor fuerza en personas mayores debido al proceso degenerativo propio del envejecimiento, siendo asumido por el conjunto de la sociedad (Chile Cuida, 2017).

La dependencia en personas mayores se da naturalmente en un avance del deterioro neurodegenerativo y físico, puede conllevar a que un familiar significativo, denominándolo como el cuidado informal familiar, asuma el cuidado de este, lo cual con el pasar del tiempo y carga que implica este cuidado, puede generar consecuencias, significando una importante fuente de estrés y agudizamiento del riesgo de padecer problemas físicos y alteraciones psicosociales al ejercer el cuidado, lo cual conlleva un sacrificio en renuncias a parte de la rutina habitual, de la vida social y laboral al ofrecerse en el cuidado de una persona mayor (Flores, Rivas y Seguel, 2012)

Este sector de la población atiende las necesidades básicas, tanto físicas como emocionales, de la persona mayor que ha perdido su autonomía total o parcial (Nava, Quechol, Olivares, Martínez y Reyes, 2015). Las actividades hechas por los cuidadores comprende labores tan diversas como

las domésticas, higiene personal, salud, alimentación, afecto, cariño y espacios de recreación/esparcimiento (Estudios de vejez y envejecimiento, Centro Univesidad Catolica., 2015).

Respecto al rol del proveedor de la atención, el cuidado implica introducirse en acuerdos intersubjetivos y afectivos intensos sobre las personas que demandan cuidados y sobre quienes cuidan, siendo el pilar fundamental la familia, la cual es un factor preponderante en el cual se negocian prácticas bajo una lógica de división sexual en el ámbito doméstico, recayendo con especial fuerza, en las mujeres (Chile Cuida, 2017). Según una investigaciones realizada por Luengo, Araneda & López, más del 90% de las cuidadoras en Chile son mujeres. Esta cifra concuerda con la amplia cantidad de literatura e investigaciones que muestran que las mujeres están identificadas como las cuidadoras principales en la familia (Segovia J Y Videla S, 2016).

Marco Teórico

Contexto del Cuidador

Esta definición es desarrollada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, la cual plantea el cuidado como “acciones que la sociedad lleva a cabo para garantizar la supervivencia social y funcional de quienes han perdido o carecen de autonomía personal y necesitan de ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria”, especificando que “la acción de cuidar implica ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria –bañarse, comer, movilizarse, entre otros (CEPAL, 2012). Dichos cuidados son referidos a la “gestión y a la generación de recursos para el mantenimiento cotidiano de la vida y la salud; a la provisión diaria de bienestar físico y emocional, que satisfacen las necesidades de las personas a lo largo de todos el ciclo vital; el cuidado refiere a los bienes, servicios y actividades que permiten a las personas alimentarse, educarse, estar sanas y vivir en un hábitat propicio” (Arriagada, I., 2009).

La necesidad de cuidado se debe a la situación de vulnerabilidad y e incapacidad de la persona de cuidar de sí misma, haciendo inevitable que otros se hagan cargo de resolver sus necesidades, conllevando tres características: *actividad de largo plazo*, porque la dependencia es prolongada y no se constituye en una práctica social esporádica; Silva Robles desarrolla una serie de características, la cual sus rasgos son su *curso ascendente* decir, al inicio es una tarea de baja intensidad pero, conforme los niveles de dependencia aumentan, incrementando su cuidado, representando un consumo intensivo y extensivo de recursos de toda índole, y a medida que se va incrementando la dependencia es necesario un *mayor uso de recursos* para ella (Miranda D.T., 2015). La actividad de cuidar puede ser dada por la institución o personas que proveen del Cuidado (Arriagada I., 2010). Estas son realizadas por tres fuentes básicas: *Estado, Familia y Mercado* los cuales son profundizados por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (García J.R., 2010): **Estado:** Puede

diferenciarse entre el sistema público y el sistema no público. En este caso, el Estado representa el sistema público mediando sus administraciones públicas de salud y servicio de cuidado; **Familia:** Representa el sistema no público el cual proviene de las familias u otros miembros de la red social de las personas dependientes; **Mercado:** Incluye los servicios privados como las residenciales para adultos mayores, hospitales y clínicas. Estos servicios son habitualmente de costos muy elevados.

Tipos de Cuidadores

Se puede distinguir entre dos tipos de Cuidadores los cuales son el *Informal o Primario* y el *Formal o Capacitado*.

Cuidadores Informales o Primarios

La Organización Mundial de la Salud conceptualizó el cuidado primario como la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo de manera parcial o total, en la toma de decisiones, cubrir necesidades básicas de manera directa o indirecta, el cuidado material como el cuidado inmaterial implicando un fuerte vínculo afectivo, emotivo y sentimental (OMS, 2010). Este no cuenta con formación en salud, ni recibe remuneración económica y cumple este papel sin someterse a normas de horario ni de procedimientos, situación que se logra por un sentido de obligación fusionado con afectividad, invariablemente por el vínculo tan estrecho de convivencia (Benitez, Garcés y González, 2017). Dicho cuidado al no ser de un carácter capacitado, trae consigo un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos afectando a las actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, equilibrio emocional y libertad (Espinoza Godoy K.A., 2010).

El cuidado informal está condicionado por la motivación hacia la persona, la cual esta puede ser generada por la *Racionalidad y Coerción, Incertidumbre Prolongada, Intercambios sociales en el contexto familiar, Decisión de Cuidar* (García J.R., 2010):

Racionalidad y Coerción: Predominan variables como el género, el rol familiar, el nivel socioeconómico o la situación de salud en la situación de cuidado bajo la base del altruismo por el bienestar del otro. Este tiene principios propuestos por Homans los cuales se expondrán a continuación.

Principio de racionalidad: elegir entre acciones alternativas siguiendo el principio racional de obtener el máximo beneficio.

Principio de reciprocidad: “Justicia Retributiva” relación manteniendo un equilibrio recompensas-costes, lo cual la satisfacción con la relación aumenta cuando las recompensas son recíprocas y disminuye cuando los costes son recíprocos.

El principio del Saciamiento: cuanto más haya recibido una persona una recompensa determinada en un pasado inmediato, tanto menos valiosa le resultará toda ulterior unidad de esa recompensa.

Incertidumbre Prolongada: La decisión respecto al cuidado depende de la evaluación previa que los sujetos realizan de la situación (Klose). Brouwer explica que las decisiones bajo incertidumbre ocurren frecuentemente, por lo que la conducta observada no es resultado de la optimización con información perfecta, sino que está basada en las creencias y suposiciones del cuidador informal. La toma de decisiones es un proceso tanto individual como colectivo, en el que son centrales elementos como el género, la red social, el tipo de familia, la posición familiar o el acceso a los servicios de salud. La desigualdad de poder en la familia desemboca en muchos casos en un ejercicio de dominación, que no es otra cosa que la coerción sobre los individuos para que asuman la responsabilidad del cuidado

Intercambios sociales en el contexto familiar: Fynch explica que en la interacción familiar se produce una moralidad particular basada en relaciones y transacciones reales entre personas que necesita ser construida y reforzada a lo largo del tiempo. Dwyer ahonda en la reciprocidad familiar, sustentándose en normas morales que otorgan significados sobre lo que debe ser la familia y que, en muchos casos, están vinculadas a corrientes religiosas. Estas normas se basan en la reciprocidad generalizada (Las relaciones que establecen no son equivalentes en un punto en el tiempo, sino que devuelven ayudas pasadas y presuponen una correspondencia de cara al futuro).

Actividades del Cuidado Informal: Guzmán, Huenchuan y Montes explican una serie de servicios que permiten la mantención de las condiciones de salud, bienestar, calidad de vida, integración social y autonomía de la persona mayor dependiente: *económica, doméstica, cuidados personales, informativas o estratégicas y emocional* (Estudios de vejez y envejecimiento, Centro Univesidad Catolica., 2015): *Económica:* Consiste en el apoyo que permite cubrir total o parcialmente los gastos generados por la mantención de la persona dependiente; *Doméstica:* Se refiere a la ayuda para la realización de las actividades domésticas, proporcionando por ejemplo recursos y servicios apropiados en cuanto al aseo y orden de la vivienda, asegurando además que la persona reciba la alimentación necesaria; *Cuidados personales:* Corresponde a las ayudas para poder realizar las actividades básicas de la vida diaria, tales como bañarse, comer, vestirse, etc.; *Informativa o estratégica:* Consiste en la ayuda en la resolución de problemas concretos y en la conexión entre la persona dependiente con recursos externos de todo tipo. Específicamente la familia, como red principal de apoyo, es clave por dos motivos: i) la adquisición de hábitos saludables y ii) por el acercamiento al dependiente de los avances y mejoras sanitarias procedentes del ámbito público y privado; *Emocional:* Tiene dos variantes, una consistente en dar afecto, acompañarse y preocuparse por el otro; otra se refiere a dar oportunidades de expresar emociones – especialmente importantes son las

negativas como pena, soledad, rabia- y descargar ansiedad, lo cual se asocia a tener a alguien disponible con quien hablar.

Perfil del cuidador informal: Definiendo un perfil de cuidador informal, se puede decir que existe un “escenario de asimetrías determinadas por el cambio en los roles de las mujeres, la resistencia al cambio de los varones y la limitada solidaridad familiar (intergénero - intergeneracional) que contribuyen a la denominada “crisis de cuidado” (Rico M.N., 2015). Esta será complementada con los estudios de Bonet (Bonet I.U., 2009).

** La persona que ejerce el cuidado conlleva a una Implicación de tiempo y energía, respondiendo a criterios socioculturales y tiene costos de renuncia o imposibilidad de invertir dicho tiempo en otras actividades (trabajo remunerado, ocio, participación social y política).*

** En el hogar, responde a la división sexual del trabajo, roles y pautas que regulan las relaciones intergeneracional. En este sentido, son mujeres (84%), de mediana edad (53 años), con bajo nivel educativo y renta baja en el cual no tienen actividad laboral retribuida.*

** En la comunidad, el trabajo voluntario de cuidado suele ser portador de una perspectiva asistencialista y maternalista.*

** El trabajo de cuidado es relacional, pone en contacto a las personas, puede ser voluntario e involucrando sentimientos de afecto y protección. También indeseado y bajo presiones, incluso violencia.*

** El 32.6% de los cuidadores es la esposa, 32.6% hija y el 13% esposo.*

Esta relación de cuidador y persona mayor puede resultar en tres categorías (García J.R., 2010).

Esposa o esposo: Cuando una persona mayor empieza a generar dependencia, es muy común que su pareja asuma este rol, esto se da principalmente por una *Cohabitación, Mayor Intimidad, Mayor Sincronización de los Horarios y Menores Cargas.*

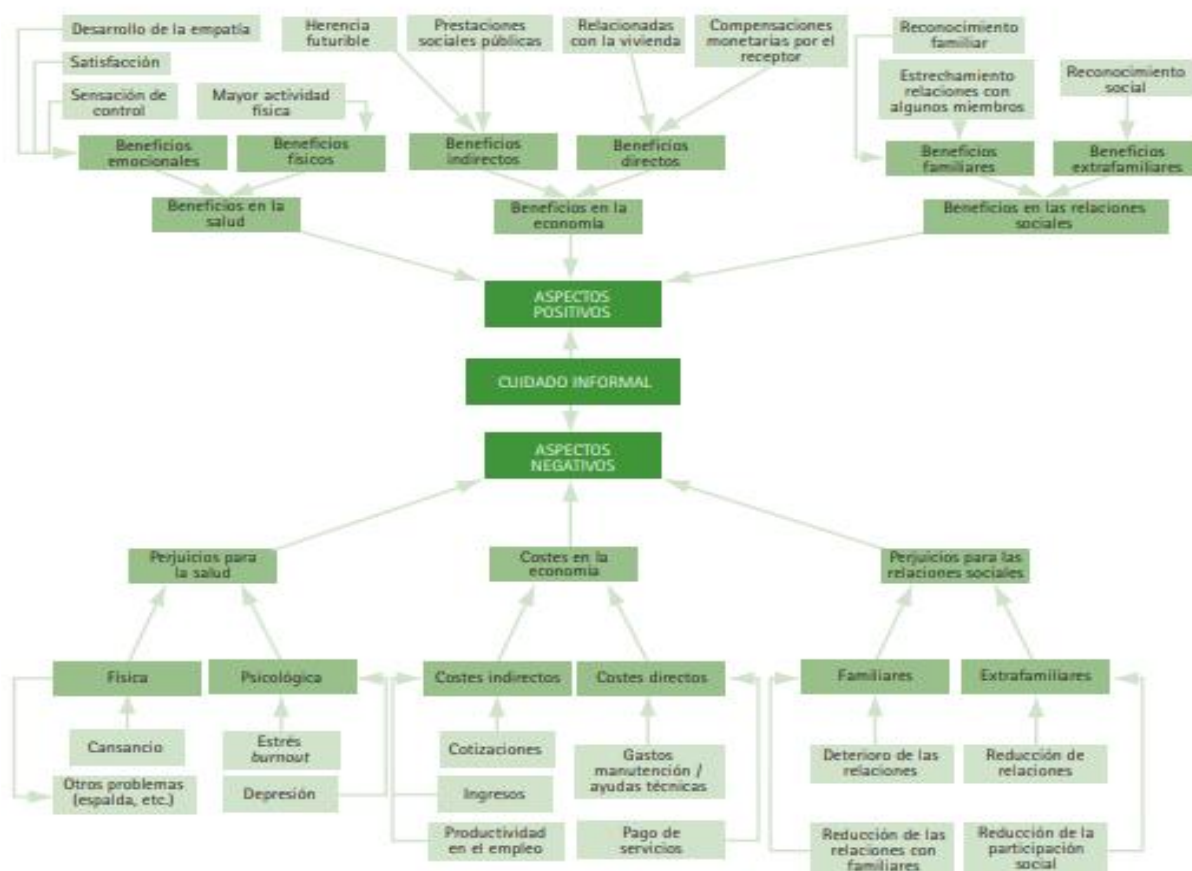
Filialidad: Walker diferencia cinco patrones de ayuda a los mayores por parte de sus hijos: *Ayuda rutinaria:* asistencia regular y frecuente; *Ayuda de apoyo:* Ayuda limitada que pueden contar los cuidadores rutinarios; *Ayuda restringida:* se limita a ayudas concretas, como el apoyo financiero; *Ayuda esporádica:* ayuda dada en función de las circunstancias del cuidador, y no de la persona cuidada; *Disociación:* ocurre cuando no se puede contar con la ayuda del hijo/a.

Otros Cuidadores: Se trata de un grupo de cuidadores muy heterogéneo, cuyo apoyo puede ser crucial cuando no hay otros familiares cercanos susceptibles de ocuparse de la persona dependiente.

Consecuencias del Cuidado Informal: *Salud:* Se han recopilado estudios de Fast, Montoro Rodríguez y Bazo respecto a el impacto sobre la salud física y mental de los cuidadores es fundamentalmente negativo, siendo de carácter emocional, como el estrés psicológico, estados de ánimos bajos, pérdida de sensación de control y autonomía, depresión, sentimiento de culpa y frustración y tasas de morbilidad mayores que el resto de la población (García J.R., 2010). El estrés continuado debido al cuidado puede dar lugar al denominado síndrome del Burnout (“síndrome del quemado”), que se caracteriza por la presencia de síntomas de agotamiento emocional, despersonalización en el trato e inadecuación con la tarea que se realiza (Ruiz, 1998); *Situación económica:* Los costes económicos del cuidado informal pueden ser directos o

indirectos. Los costes directos incluyen cambios en la disponibilidad de recursos que son directamente atribuibles al cuidado informal, es decir, que no se hubieran producido de no ser por éste; Siendo gastos en bienes y servicios adquiridos específicamente para el receptor o para sí mismo por causa del cuidado: servicios de cuidado o de apoyo al cuidador, transferencias monetarias al receptor, pago por ayudas técnicas, etc. (García J.R., 2010); *Relaciones sociales*: Se reflejan en su uso del tiempo: suele confinar al cuidador en el hogar, aumentar el tiempo de trabajo no remunerado y reducir el tiempo; el cuidado interfiere en la posibilidad de establecer y mantener relaciones sociales, en la calidad de esas relaciones y en la participación en actividades de interacción.

Imagen: Aspectos positivos y negativos del cuidado familiar a personas mayores para el cuidador.



Fuente: Los tiempos del cuidado, El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores, año 2010.

Cuidador Formal o Capacitado

El cuidado formal cuenta con dos modalidades, lo cual en la modalidad estatal y de mercado (Los servicios públicos de cuidado pasan a través de una organización burocratizada y están, al menos en parte, financiados públicamente), pueden tener un carácter público y privado: *Mercado*, incluyendo los servicios privados ya sea residenciales, hospitales y clínicas, de costo muy elevado. *Estado*, incluyendo los servicios estatales públicos y no estatales ya sea centros para el cuidado diario de personas mayores. *Organizaciones comunitarias*, servicios ofrecidos por cuidadoras voluntarias, organizaciones comunitarias con apoyo de la cooperación internacional y otros (Arriagada I., 2010).

En caso de que el cuidador informal sienta que ya no tenga las capacidades de asumir su responsabilidad frente al cuidado de la persona mayor, este puede recurrir a cuatro posibles posibilidades: *cuidado informal*; *cuidado formal*; *cuidado formal e informal* o; *no reciba cuidado*. Los cuidadores informales tienen un interesante papel en elección y provisión del cuidado formal, y la disponibilidad y el desarrollo de los servicios formales influyen decisivamente en la intensidad y el tipo de cuidado informal.

Este tipo de cuidado está regulado, se enmarca habitualmente dentro de una institución y el proveedor suele recibir remuneración económica; implicando la universalidad en la prestación del cuidado formal. Se provee a cualquier persona que lo necesite y/o que puede pagarlo, a diferencia del cuidado informal, que se circunscribe a la red social del proveedor y depende de mecanismos informales. El proveedor de cuidado formal es un profesional capacitado que oferta un servicio a cambio de dinero para el que tiene una preparación que lo habilita. Es un profesional que desempeña tareas de asistencia especializada, a diferencia de la atención generalista que se le atribuye al cuidador informal. La relación entre cuidador y receptor está

caracterizada por una neutralidad afectiva, en contraste con la implicación emocional del cuidador informal (Herrera Gomez M., 1998).

Concurre alguno de los siguientes criterios: el cuidado se provee A) sobre una relación contractual –oral o escrita; B) a través de una organización – empresa, institución pública u organización sin ánimo de lucro. García complementa estos estudios, postulando dos tipos básicos de cuidado formal: el que se provee desde las instituciones públicas, y el que se contrata a través de las familias. Los servicios públicos de cuidado pasan a través de una organización burocratizada y están, al menos en parte, financiados públicamente. Por otro lado, las familias recurren cada vez más a servicios privados de cuidado para hacer frente a la atención de sus miembros dependientes (García J.R., 2009).

En conclusión, el cuidar a personas mayores implica una tarea que exige una gran capacidad humana para respetar la dignidad y mantenimiento de su autonomía, de igual modo, mantener una posición positiva hacia la persona mayor que cuida en la adaptación de todos los cambios que conlleva este proceso, es importante, una desde visión de la persona mayor, desarrollar el concepto del envejecimiento como un fenómeno complejo y multidimensional que acarrea consecuencias y desafíos, tanto para los sujetos de la población mayor que experimentan la vejez, en cuanto a la desprotección que experimentan en su vida cotidiana; viviendo esta realidad de forma inestable en temas de salud, seguridad económica y bienestar social, enfrentando, además, la subvaloración y discriminación que se expresan en discursos, símbolos y estructuras socioculturales respecto al envejecimiento (Benitez, Garcés y González, 2017).

Dependencia y Envejecimiento.

El envejecimiento es un proceso individual, el cual se expresa de diferentes formas en los adultos mayores, interviniendo aspectos biológicos, sociales, psicológicos, además de los estilos de vida poco saludables ya sea obesidad, estrés, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo, etc. (García J.R., 2010). El progresivo deterioro biológico y consecuente aumento de problemas de salud se asocian a una declinación de las capacidades funcionales y la autonomía de las personas mayores (Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores, 2009). Es un proceso gradual irreversible en la estructura y función de un organismo que ocurre como resultado del paso del tiempo (SENAMA, 2010).

El *envejecimiento de la población* se define como una modificación progresiva de la distribución por edad de los miembros de esta población que da un paso cada vez más considerable a las edades avanzadas, y correlativamente un peso cada vez más bajo a las edades jóvenes. La causa esencial del envejecimiento reside en el descenso de la natalidad, y mortalidad infantil, y el aumento de la esperanza de vida. Aumento proporcional del número de personas mayores. Es el resultado de la transición desde una población con alta fecundidad y baja esperanza de vida, a una población con fecundidad y mortalidad bajas. El descenso del número de jóvenes implica que el peso relativo de los mayores aumenta considerablemente en el conjunto demográfico (SENAMA, 2010)

Este tipo de envejecimiento según Organización de Naciones Unidas, está a punto de convertirse en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias para casi todos los sectores de la sociedad, ya sea, el mercado laboral y financiero y la demanda de bienes y servicios (viviendas, transportes, protección social), así como para la estructura familiar y los lazos intergeneracional (ONU).

Teorías del Envejecimiento

Strehler fundamenta una teoría del envejecimiento dilucidando varios factores: *Perjudiciales*: Minoran las funciones; *Progresivos*: Tengan lugar paulatinamente; *Intrínsecos*: No sean por causa de agentes medio ambientales alterables; *Universales*: Todos los miembros de una especie muestran las carencias o déficit (Hernando Ibeas M.V., 2006).

Genéticas o deterministas: Las Teorías genéticas están basadas en evidencias científicas que demuestran la influencia de los genes en el proceso de envejecimiento celular y orgánico. Estas se irán detallando a continuación

Error Catastrófico: Formulada por LE. Orgel, expone que el tiempo genera errores en la síntesis de proteínas y ADN conllevando fallas en la homeostasis celular provocando la muerte celular

Entrecruzamiento: Formulada por M. Brownlee, quien explica que la formación de enlaces moleculares entre proteínas o cadenas de ácidos nucleicos se incrementa con la edad. Tales cadenas provocan consecuencias ya sea Diabetes, Cataratas, desorganizaciones funcionales, etc.

Teoría del desgaste: Sheldrake, explica el envejecimiento celular como la acumulación de la ruptura de productos citoplasmáticos, algunos de los cuales pueden ser perjudiciales para la célula.

Genético-Estocástica: Incluye tres planteamientos interrelacionados: A) *Regulación genética*, explica que el envejecimiento tendría relación directa con el desequilibrio de los factores que permiten el mantenimiento de la fase de reproducción; B) *Diferenciación terminal*: Alteración genética suponiendo una diferenciación terminal de las células, efectos negativos sobre la regulación genética; C) *Inestabilidad del genoma*, Inestabilidad del genoma resaltándose como causa de envejecimiento, a nivel de ADN y en la RNA y proteínas.

Mutación Somática o Teoría de la mutación genética: Planteada por Sziilard, el cual el envejecimiento es el resultado de alteraciones genéticas en el ADN nuclear de células somáticas. Los cambios, están insertos en los errores de transmisión genética y la codificación de proteínas.

Restricción Calórica: La deprivación alimentaria, al causar un metabolismo más bajo, produce un menor número de sustancias antioxidantes y prolonga la vida. La actividad metabólica provoca: Aumento de la esperanza de vida; Aumenta la reparación del ADN; Disminución del número de enfermedades; efecto antioxidante, etc.

Radicales libres: Denham Harman, propone esta teoría, donde los radicales libres son moleculares inestables que perdieron un electrón, o sea que muestran en su estructura un electrón no emparejado, generando una reacción en cadena que perjudicaría muchas células, especialmente el ADN y, si los antioxidantes no se interponen, puede ser indefinida.

Estocásticas o Ambientales: Se fundamentan en la acumulación casual de sucesos nocivos, ya sea exposición a factores exógenos adversos. Intervienen otros factores en el proceso de envejecimiento, que no estarían relacionados directamente con los genes

Evolucionista: El proceso de envejecimiento es una característica común de todas las especies animales. Es una constante en la vida, es por eso que son tres las teorías evolutivas que explican la causa y su proceso. *Proceso de adaptación:* Entiende que la naturaleza, por medio de la evolución, ha establecido un sistema, el envejecimiento, para organizar la sucesión paulatina de las generaciones. *Mutaciones tardías:* Las mutaciones perjudiciales que son las responsables del envejecimiento, se acumulan, con el tiempo y producen una errónea codificación, Estos se activan en aquellos individuos que han madurado o suficientemente. *Soma desechable:* El envejecimiento es una especie de desajuste entre la supervivencia y la reproducción. La selección natural busca un desequilibrio entre dicha supervivencia y reproducción.

Limite de Hayflick o Teoría de la capacidad explicativa finita de las células: Propuesta por Hayflick, el cual explica que el envejecimiento esta genéticamente programado. Existe un gen que una vez activado llevaría a todos los cambios que causa el envejecimiento.

Teoría Inmunológica: Flodin, explica que el genoma nuclear actúa como un reloj molecular/celular, controlando y programando los cambios que se desarrollan en un organismo, desde su concepción, a través de las distintas etapas biológicas, hasta su envejecimiento.

Teoría Neuroendocrina: Se dan cambios morfológicos, a nivel neuronal lesivos, que provocan cambios de nivel endocrino, que son, a su vez causa del envejecimiento.

Psicológicas: Tienen aspectos cognoscitivos, motivacionales, afectivos y emocionales. Énfasis en las mutuas relaciones. Sus principales planteamientos teóricos son:

Optimización selectiva con compensación. Paul y Margret Baltes plantean la selección de metas, optimizar los medios para lograrlas y encontrar compensaciones cuando desaparecen los medios para alcanzar tales metas.

Selectividad socio-emocional. Cartensen considera que al percibir la limitación en la perspectiva del tiempo y cercana a la finitud de la vida, se dan cambios motivacionales que llevarían a las personas adultas mayores a orientarse preferiblemente hacia metas emocionalmente significativas;

Integración dinámica: emoción- cognición. Labouvie-Vief se refiere a las relaciones entre cognición y emoción a lo largo de la vida. Las estructuras y relaciones familiares y culturales para entender como las personas adoptan mecanismos distorsionados, más que integrados entre conocimiento y emoción tal como sucede con la represión de las emociones.

Teoría del Desarrollo Psicosocial: Ideada por Erik Erikson a partir de la reinterpretación de las fases psicosexuales desarrolladas

por Sigmund Freud en las cuales subrayó los aspectos sociales de la personalidad desde la infancia a la vejez.

Sociales: Estudia el proceso de envejecimiento y la condición de persona mayor, como construcciones socio-culturales; y se pregunta por lo que ellas significan en distintas épocas, sociedades y culturales.

Desvinculación o desapego diferencial: El adulto mayor al llegar a una edad avanzada intenta retirarse de las fuentes de estímulos sociales ya que no puede hacer frente a las crecientes demandas de adaptación, lo que le ocasiona una sensación de fracaso y angustia, al no poder realizar lo que antes hacía con mínimos esfuerzos.

Teoría de la modernidad: Cowgill afirma que la posición social de los ancianos es inversamente proporcional al grado de industrialización de esa sociedad. Es decir, la condición social que adquieren las personas mayores está en función del grado de modernización o cambios sociales que existen en la sociedad.

Teoría de la subcultura: Teoría postulada por Arnold Rose. Su fundamento estriba que las personas mayores coincidentes en una cierta edad, habitualmente personas de más de 65 años, comparten determinadas circunstancias biográficas como la pérdida de seres queridos, viven solos, u otras circunstancias comunes respecto a la necesidad o cuidados para la salud, situación económica, intereses culturales y sociales, etc.

Construcción social de las edades: Afirmar que la edad es socialmente construida implica considerar que esta no solo tiene que ver con procesos biológicos, sino que es moldeada por normas y factores culturales y sociales.

Modelo convoy de las relaciones sociales: Planteado por Antonucci, Birditt y Ajrouch, reconociendo la necesidad de relaciones sociales en todas las personas y el evidenciar que las relaciones interpersonales, situacionales y de

apoyo moldean constantemente las vidas individuales e influyen en la salud y bienestar.

Teoría de la dependencia estructurada: Centra su atención en la estructura social y no en formas de ser de las personas mayores; la dependencia en que viven muchas de ellas se debe principalmente a condiciones políticas y económicas del sistema social; en las sociedades industrializadas las personas mayores suelen ocupar una posición social y económica inferior a las de cualquier otro grupo, caracterizada por la dependencia y la marginación social legitimándose social y políticamente.

Tipos de Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso dinámico y multifactorial en el que se pueden distinguir diversas categorías sobre las que destaca principalmente el envejecimiento normal; Aunque el organismo se desgasta e incluso sufra deterioros, el sujeto no necesariamente declinará a nivel emocional y que, aun en aquellos que sufren condiciones sociales adversas, su fortaleza emocional les permitirá seguir luchando por su vida y su lugar en el mundo. Se pudo comprobar que el ser humano no es sólo efecto de su cultura y de su biología, de lo que le provoca su medio social y le ocasiona el deterioro de sus funciones, sino que, al mismo tiempo, es un sujeto pro-activo, constructor de su cultura, de su cuerpo, de su historia y, por lo tanto, de su modo de envejecer (Zarebski G., 2013). Se distingue cuatro tipos de envejecimientos los cuales se irán desarrollando a continuación (SENAMA, 2010):

Normal: Se sucede con los estándares correspondientes a un determinado contexto. El que presenta la media de los parámetros correspondientes al funcionamiento biológico, psicológico y social que ha sido definido como normal para la edad.

Resiliente: Habilidad para sacar provecho de las situaciones más adversas mientras se aprende de ellas.

Satisfactorio, con éxito, competente o activa: Proceso personal y social que cursa con dignidad; energía salud, actividad física y mental; participación e integración social, productiva y política; satisfacción con la vida propia; y termina con una buena muerte. Se puede alcanzar optimizando nuestro potencial personal y social, viviendo vidas activas, participativas y productivas, saludables y solidarias

Patológico: Ocurre con presencia de enfermedad, vejez no es igual a enfermedad, pero si en la vejez existe más probabilidad de tener enfermedades crónicas.

Respecto al envejecimiento patológico, una persona mayor es dependiente cuando presenta una pérdida más o menos importante de su autonomía funcional y necesita la ayuda de otras personas para poder desenvolverse en su vida diaria. Por lo general, las causas de la dependencia de una persona mayor son múltiples y varias de forma notable según los casos, presentándose las condiciones sociales y de calidad de vida de las personas mayores, los cuales influyen en el mejoramiento de la capacidad para enfrentar su propio envejecimiento (Benitez, Garcés y González, 2017).

Condiciones sociales y de calidad de vida en la Adulthood Mayor	
Cambios Paralelos al envejecer	Repercusiones en el Adulto Mayor.
<i>Desgaste físico-orgánico.</i>	Falta de acceso a servicios de salud adecuados, dificultando un envejecimiento más saludable y de prevención de fallas funcionales evitables. Ideas del modelo medio tradicional en el cual el adulto mayor carece de un rol activo.
<i>Perdida ocupación y disminución del ingreso.</i>	Estrechez económica. Riesgo de exclusión social.
<i>Ausencia del rol social.</i>	Restricción de actividades que podrían mantener activo a la persona mayor.
<i>Interpretación de la vejez en términos no adecuados.</i>	Ideología cultural referente al viejísimo.

Fuente: Significados BioPsicoSocial que atribuyen las y los cuidadores formales e informales al rol que desempeña como cuidador de adultos mayores con demencia y/o tipo Alzheimer pertenecientes a PADAM de la comuna de Valparaíso y al ELEAM residencia asunción de Peñablanca, año 2017.

Dependencia y Capacidad Funcional

El Consejo de Europa define la *dependencia* como la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana, o, de manera más precisa, como un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía funcional física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal (Blanco, 2004).

Respecto a *capacidad funcional*, la Organización Mundial de la Salud la define como los atributos relacionados con la salud que le permiten a una persona hacer las actividades importantes para ella; esta capacidad estaría compuesta tanto por la capacidad intrínseca, ya sea, la combinación de capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona, más las características del entorno, referidas a todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de una persona (tanto material como social, simbólico y valorico, entre otros), y finalmente a las interacciones entre la persona y esas características externas que son propias del entorno (OMS, 2015). De esta manera, la situación de dependencia se presenta cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no puede llevar a cabo las actividades de la vida diaria sin ayuda de un tercero (OMS, 2015).

Factores y Tipos de Dependencia de la Persona Mayor: El concepto de dependencia se encuentra íntimamente ligado al concepto de discapacidad. La discapacidad se define como un término genérico que incluye deficiencias, limitaciones en la actividades y restricciones en la participación; haciendo referencia tanto a la condición de salud, entendiendo deficiencia como pérdida o desviación respecto a la media de la población de una estructura corporal o función fisiológica; al funcionamiento, entendiendo las limitaciones en la actividad como dificultades, tanto leves como severas, para realizar actividades; y a las relaciones sociales que establece la persona con el

entorno, entendiendo las restricciones en la participación como los problemas que puede experimentar un individuo para hacerse parte de situaciones o eventos vitales (OMS, 2011).

Según Baltes y Wahl definen una dependencia multidimensional, multicausal y multifuncional en donde influirían factores físicos, psicológicos y contextuales (Envejecer con éxito: Prevenir la dependencia, 2009). Estos factores que pueden determinar la dependencia de una persona serán desarrollados a continuación.

Factores Físicos: A) *Fragilidad física, problemas de movilidad y enfermedades:* Deterioro del sistemas biológicos (respiratorio, cardiovascular, etc.), deterioro o empeoramiento de la capacidad, ya sea, actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Artritis, la Artrosis, la Osteoporosis y Fracturas provocadas por caídas u otros accidentes; B) *Limitaciones sensoriales:* sobre todo problemas de visión y oído; C) *Consumo de fármacos:* Efectos secundarios e interacciones farmacológicas no deseadas. La confusión, el deterioro cognitivo adicional, los efectos sedantes, la toxicidad cardíaca o la hipotensión ortostática.

Factores psicológicos: A) *Trastornos cognitivos:* Asociados al padecimiento de demencias, accidente cerebro vascular como problemas que afectan de forma más severa a la dependencia de las personas mayores porque limitan su actividad intelectual y su capacidad de recuerdo, de comunicación con los demás, de realización de acciones cotidianas, etc. B) *Depresión:* Contribuye de manera significativa a la dependencia en la edad avanzada. Empuja al aislamiento social, provoca un aumento de quejas sobre uno mismo y su salud física y aumenta el declive cognitivo y funcional, factores todos ellos que potencian la dependencia; C) *Factores vinculados a la personalidad:* transformar sus demandas y su postura sobre la aceptación de ayuda exterior ante las distintas situaciones de la vida cotidiana.

Factores contextuales: Se refieren tanto al ambiente físico donde vive la persona mayor como a las actitudes y comportamientos de las personas cercanas a los mayores dependientes. Ambos pueden actuar bien a favor de su autonomía, bien a favor de su dependencia.

Existen cuatro tipos de dependencia como la *física*, *psíquica o mental*, *sensorial* y *mixta* los cuales se podrían relacionar con la limitación en la actividad.

Dependencia física: Cuando la persona pierde el control de sus funciones corporales y de su interacción con los elementos físicos del entorno.

Dependencia psíquica o mental: Cuando la persona pierde la capacidad de resolver sus problemas y de tomar decisiones.

Dependencia sensorial: Es un tipo de dependencia debida a alteraciones en alguno de los sentidos: la vista y el oído, fundamentalmente. Esta alteración repercute en la capacidad de la persona para desarrollarse en su vida cotidiana (desplazamientos, leer, realizar las tareas domésticas, conducir, trabajar, etc.),

Dependencia mixta: Generalmente se inicia a partir de una enfermedad que provoca problemas de diversa índole, como dependencia física por afectación de la movilidad asociada a problemas sensoriales, problemas de habla, dificultades para tragar y de comunicación.

Actividades de la Vida Diaria: Básicas e Instrumentales. Las personas se realizan a través de sus ocupaciones en interacción constante con el ambiente, de ahí la importancia de la realización de actividades que sean significativas y gratificantes para ellas (COCEMFE, 2019). La salud y la ocupación están vinculadas porque la pérdida de salud disminuye la capacidad para comprometerse en la actividad (Organización Panamericana de la Salud., 2004).

Es importante enfocarse en las Actividades de la Vida Diaria. Las cuales representan la capacidad funcional de la persona mayor, la cual se entiende como los atributos relacionados con la salud que le permiten a una persona hacer las actividades importantes (OMS, 2015). Esta capacidad estaría compuesta tanto por la capacidad intrínseca, referida a la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona, más las características del entorno, referidas a todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de una persona (tanto material como social, simbólico y valorico, entre otros), y finalmente a las interacciones ya sea actividades diarias entre la persona y esas características externas que son propias del entorno (OMS, 2015).

Actividades de la Vida Diaria: Conjunto de tareas o conductas que una persona realiza de forma diaria y que le permiten vivir de forma autónoma e integrada en su entorno y cumplir su rol o roles dentro de la sociedad. Se distinguen dos tipos de actividades de apoyo realizadas por los cuidadores: ayuda prestada para el desarrollo de *Actividades Básicas de la Vida Diaria* y ayuda prestada para el desarrollo de *Actividades Instrumentales de la Vida Diaria* (Blanco, 2004).

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente. Entre ellas se incluyen las actividades de autocuidado (asearse, vestirse y desnudarse, poder ir solo al servicio, poder quedarse solo durante la noche, comer...) y de

funcionamiento básico físico (desplazarse dentro del hogar) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas) (Blanco, 2004). Sus características son descritas por la Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica son universales, de supervivencia, necesidad básica y que se realizan cotidianamente (COCEMFE, 2019).

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Actividades más complejas, su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal; son tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más difíciles con el medio; se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, como poder utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación, cortarse las uñas de los pies, subir una serie de escalones, coger un autobús, un metro o un taxi, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir, realizar actividades domésticas básicas (fregar los platos, hacer la cama, etc.), poder pasear, ir al médico, hacer papeleos y administrar el propio dinero, entre otras (Blanco, 2004). Conllevan un mayor sesgo cultural, están ligadas al entorno, son un medio para obtener o realizar otra acción y que conllevan una mayor complejidad cognitiva y motriz (COCEMFE, 2019).

Tipos de Dependencia

Estos se desarrollan bajo tres grados de dependencia el cual puede ser la *Leve, Moderada y Severa* (González, Massad y Lavanderos., 2009).

Dependencia severa: Se incluyó dentro de esta categoría a todos los individuos con limitación funcional severa, los cuales, debido a esa condición, siempre necesitan ayuda. Ellos constituirán los sujetos con dependencia severa.

Dentro de la definición de limitación funcional severa se incluyeron las siguientes situaciones:

- a. Individuos Postrados. Se define como aquellos confinados a su cama.
- b. Sujetos que presenten Demencia de cualquier grado.
- c. Presencia de alguna de las siguientes situaciones:
 - Incapacidad para efectuar 1 ABVD (excepto bañarse).
 - Incapacidad para efectuar 2 AIVD Las personas que cumplieron con alguno de los 3 criterios mencionados, fueron consideradas como personas dependientes severas.

Dependencia Moderada: Considerando la segunda parte de la definición, es decir la necesidad de ayuda humana, en el caso de existir una limitación funcional moderada que la requiera siempre o casi siempre, se incluyó dentro de la definición de dependencia moderada.

La dependencia moderada que requiere ayuda siempre o la mayoría de las veces incluye las siguientes situaciones:

- Incapacidad para bañarse.
- Requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 ABVD.

- Requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar para efectuar 3 AIVD.

- Incapacidad para efectuar 1 AIVD y necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD.

Dependencia Leve: La dependencia leve se ha definido:

- Incapacidad para efectuar 1 AIVD.
- Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD.
- Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 AIVD.

Escalas que Miden la dependencia en Personas Mayores: El objetivo de las escalas de valoración funcional es determinar la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente (Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H., 2011).

Índice de Katz: Evalúa el grado de dependencia/independencia de las personas utilizando seis funciones básicas: baño (esponja, ducha o bañera), vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación.

Índice de Barthel: Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como la capacidad de comer, moverse de la silla a la cama y volver, realizar el aseo personal, ir al retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y mantener el control intestinal y urinario.

Escala de Lawton y Brody: Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía.

Dependencia desde una Perspectiva Mundial

Las causas, que hacen cambiar el peso de unas edades respecto a otras son los mismos que pueden modificar el volumen total de la población: *la mortalidad, la natalidad, esperanza de vida y las migraciones* (Letelier C.A. y Vargas Rojas J.A., 2012).

Mortalidad: El progreso logrado en el control de la mortalidad se consiguió mediante el acceso a una tecnología adecuada para la prevención y el tratamiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias, que causaban una elevada proporción de las defunciones, particularmente entre los niños de corta edad.

Natalidad: Los cambios de estructuras económicas y sociales trajeron aparejadas una serie de mudanzas culturales, que contribuyeron a la adopción de pautas de comportamiento reproductivo compatibles con un ideal de familia de tamaño más reducido, aspiración facilitada por la disponibilidad de los procedimientos anticonceptivos.

Esperanza de Vida: Es la media de la cantidad de años que vive una determinada población absoluta o total en un cierto períodos.

Migraciones: Se denomina migración a todo desplazamiento de la población que se produce desde un lugar de origen a otro destino y lleva consigo un cambio de la residencia habitual.

La humanidad está frente a una profunda transformación demográfica, que —en parte a raíz de los avances de la ciencia y la tecnología— continuará en el futuro (Madariaga A.V., 2001), el cual se resume en las siguientes características:

** En 2000, una de cada 10 personas tiene 60 y más años y para 2050, se espera que una de cada 5 personas estará en esa condición.*

** Las personas de 80 y más años que en 2000 son el 11% del grupo de edad de 60 y más años en 2050 representarán el 19%.*

** Las personas centenarias (de 100 o más años) suman aproximadamente 145.000 individuos en 2000 y se estima que serán 2.2 millones en 2050.*

** La mayoría de las personas de edad son mujeres (55% del total) y su proporción es aún más entre los más ancianos (alcanza aproximadamente a 65%).*

** La mayoría de las personas de edad (51%) vive actualmente en áreas urbanas; para el año 2025 se espera que esta cifra aumente a 62%.*

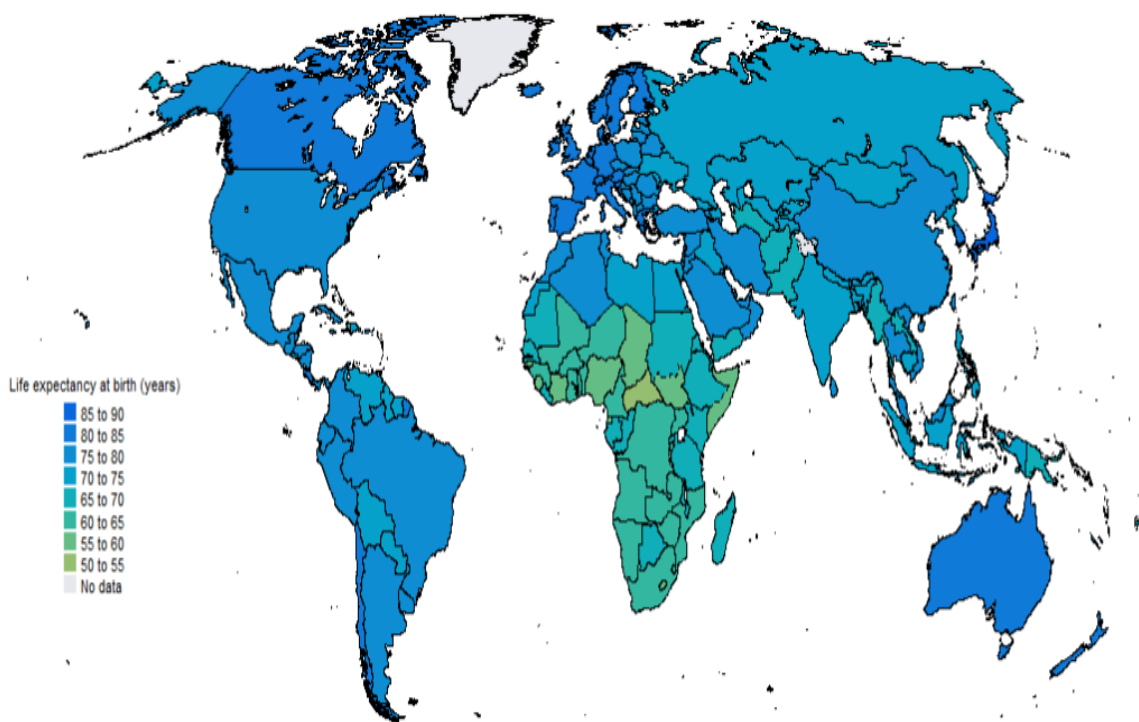
** Durante la última mitad del siglo XX, la esperanza de vida de la población mundial se incrementó en 20 años y su promedio actual es de 66 años.*

El informe Perspectivas de la Población Mundial indica que el número de personas mayores, es decir, aquellas de 60 años o más, se duplique para 2050 y triplique para 2100: pasará de 962 millones en 2017 a 2100 millones en 2050 y 3100 millones en 2100. A nivel mundial, este grupo de población crece más rápidamente que los de personas más jóvenes, lo cual sus proyecciones para el año 2050 sugieren que la población de tercera edad alcanzará el 17,7% del censo mundial (OMS, 2015).

Lo anteriormente dicho, se puede concluir que existirá una relación entre envejecimiento y dependencia; tendencia que ha sido calificada como un “terremoto demográfico” por la Organización de las Naciones Unidas lo que dará lugar a un nuevo orden internacional de la población y ha llevado a todos los países miembros a considerar un desafío social, económico y político de primer orden la atención y el bienestar de la población mayor en el medio y largo plazo según Organización de Naciones Unidas (García J.R., 2010).

Debido a que con la edad aumenta la dependencia de cuidados, el envejecimiento de la población incrementará drásticamente la proporción y el número de personas que necesitan asistencia asociada en los países en todos los niveles de desarrollo. Al mismo tiempo, disminuirá la proporción de personas más jóvenes que podrían proporcionar esa atención y cambiará el papel de las mujeres, quienes hasta ahora han sido las principales proveedoras de esa atención.

Imagen: Expectativas de vida desde el nacimiento, 2020-2025



Fuente: World Population Prospects 2019.

Políticas generales de apoyo a los cuidadores principales o informales:

En algunos países se han desarrollado políticas dirigidas a apoyar la dependencia que pueden estar teniendo personas que están asumiendo el rol de cuidador. En lo que sigue se enumeran algunos servicios que benefician en general a la persona mayor e indirectamente a su cuidador (Ormeño I.A., 2018):

Programas de comidas a domicilio: Proporciona soporte nutricional complementario y libera al cuidador de la tarea de compra de alimentos y preparación de las comidas. Esta modalidad se encuentra presente en Israel, Canadá, Suecia, Dinamarca, Noruega, España y Uruguay.

Centros diurnos: Corresponde a un servicio socio-sanitario y de apoyo familiar, ofrece atención durante el día para necesidades personales básicas, preventivas, terapéuticas y socioculturales, promoviendo la permanencia del adulto mayor en su entorno habitual. Esta modalidad se encuentra presente en Argentina, Brasil, Cuba Paraguay, Uruguay, Canadá, Estados Unidos, Israel, Japón, España, Suecia, Dinamarca, Noruega, Holanda, Francia, Alemania.

Servicios de inserción familiar: Consiste en insertar al adulto mayor en familias que no son las propias; en algunos países se les denomina “hogares de acogida”. La familia sustituta recibe una prestación económica a cambio del alojamiento, mantención, atención y compañía. Los países que cuentan con esta modalidad son Brasil y Uruguay.

Servicios de estancias temporales o Centros de respiro familiar: Entregan atención integral por un periodo limitado de tiempo a fin de entregar tiempo libre y descanso a sus familiares. Generalmente funcionan fines de semana, feriados y en época de vacaciones. En algunos casos funciona también de noche. Los países que cuentan con esta modalidad son Japón, Suecia, Dinamarca, Noruega, Holanda y España.

Apoyo a los cuidadores principales comparado de países

Para este punto, se tomarán de ejemplo los países de Alemania, España y Japón (Ormeño I.A., 2018).

Alemania: El 1º de enero de 2017 entra en vigor una reforma al seguro de dependencia (Segunda Ley de Dependencia), en el cual se aplica “una nueva definición de la dependencia que supone ampliar las prestaciones de este seguro a las personas que ven reducidas sus capacidades psíquicas y cognitivas. Las prestaciones o asistencias son: *Prestaciones monetarias para amigos, familiares o personas contratadas directamente por los necesitados de asistencia; Asistencia domiciliaria cuando los familiares cuidadores temporalmente no puedan asumir los cuidados; Afiliación a los seguros de pensiones y de accidentes de los familiares cuidadores; Curso de formación familiares cuidadores y voluntarios que prestan ayuda asistencial; Cuidados de respiro.*

España: La Ley Nº 39 del 14 de diciembre de 2006 sobre Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley 36/2006) establece que el beneficiario puede recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales, siempre que tenga las condiciones adecuadas de convivencia y habitabilidad en la vivienda. Los criterios comunes de actuación respecto de los cuidadores no profesionales establecidos en España son los siguientes: - *Programas de formación e información que entreguen conocimientos básicos para el cuidado sociosanitario de la persona dependiente.* - *Prestaciones económicas para el cuidado en el entorno familiar.* - *Facilitar apoyo emocional a los cuidadores no profesionales para el autocuidado.* - *Impulsar el reconocimiento social de los cuidadores, orientándolos para una futura inserción en el mercado laboral;*

Japón: A partir del 1 de abril del año 2000, Japón ha implementado un nuevo plan de seguro social para los discapacitados y adultos mayores, estableciendo un fondo mancomunado de seguro en salud, especial para



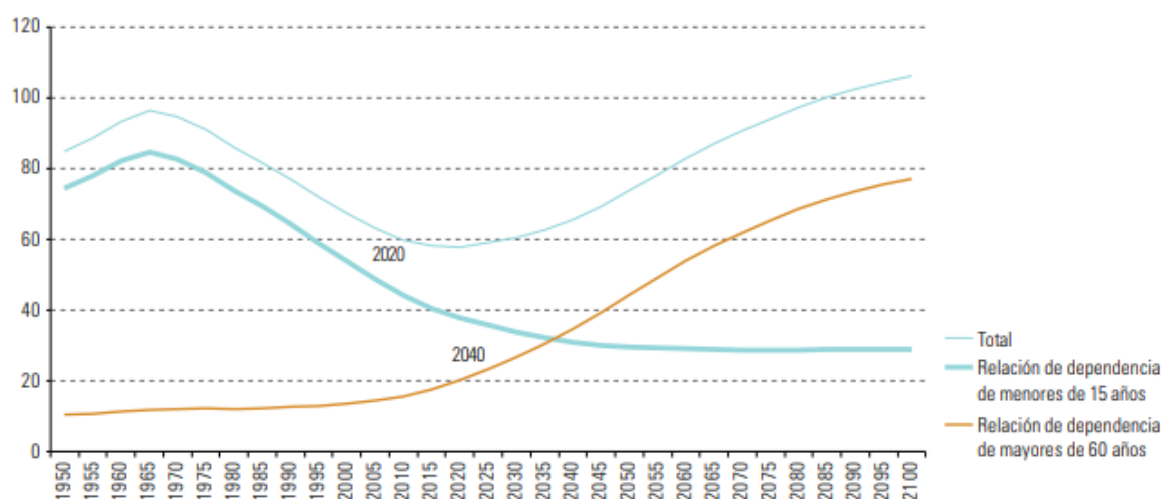
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

adultos mayores y un seguro de dependencia. El seguro de dependencia es un sistema obligatorio que se basa en la cobertura universal, financiado con un fondo común que es constituido a partes iguales por el Estado, y los ciudadanos.

Dependencia desde una perspectiva Latinoamericana

En promedio, la relación de dependencia en América Latina y el Caribe alcanzará su valor mínimo alrededor de 2020, con un valor de 58 personas en edades potencialmente “dependientes” (0 a 14 años y 60 años y más) por cada 100 personas en edades potencialmente activas (15 a 59 años) (CEPAL, 2017).

Gráfico: América Latina y el Caribe: relación de dependencia total de la población de 0 a 14 años y de 60 años y más, 1950-2100 (Por cien).

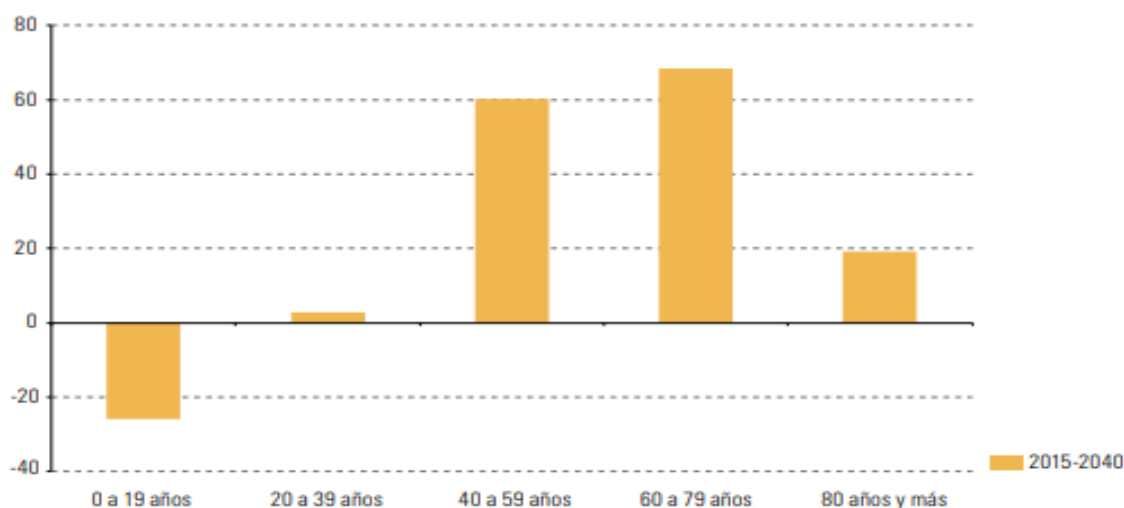


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, “World Population Prospects: The 2017 Revision”, 2017.

La disminución de la relación de dependencia obedece principalmente a la marcada reducción de la relación de dependencia de los menores de 15 años y, por el contrario, el aumento posterior se debe al acelerado aumento de la carga de los mayores de 60 años. La población mayor (equivalente a 76 millones de personas en 2017) constituye aún un segmento relativamente moderado dentro del conjunto de la población. En 2060 esta cifra se habrá triplicado y al final del siglo XXI lo cual llegará a los 266 millones de personas (CEPAL, 2017).

En América Latina y el Caribe las mujeres son las principales responsables de cubrir las necesidades de cuidado de los adultos muy mayores. Además, a menudo son las personas mayores (de 60 años y más) quienes, en calidad de hijos e hijas, proporcionan a las personas de edad muy avanzada (de 80 años o más).

Grafico: Variación de la Población por grupos de edad en Latinoamérica.



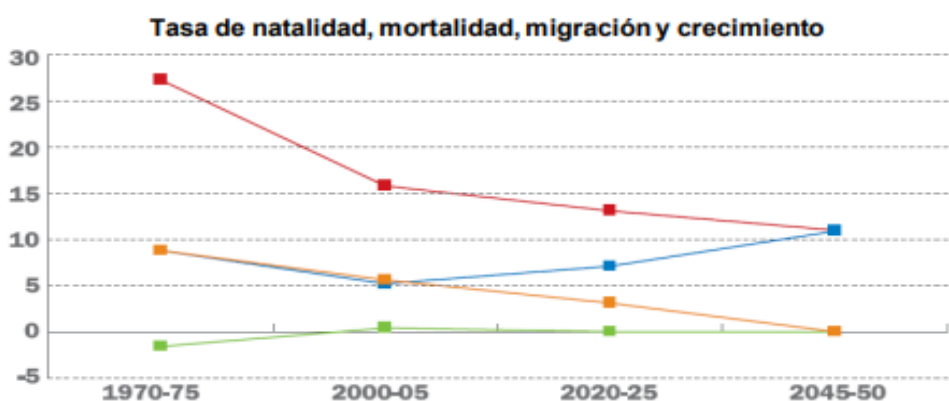
Fuente: Panorama Social de América Latina, CEPAL, 2017, World Population Prospects: The 2017 Revision.

Dependencia desde una perspectiva Chilena

El envejecimiento Chileno presenta las siguientes características (SENAMA, 2012).

- * *Mejoramiento sostenido y permanente de las condiciones de Salud población.*
- * *Disminución de la tasa de Mortalidad para los segmentos más jóvenes de la población.*
- * *Aumento significativo de la Esperanza de Vida.*
- * *Reducción de la tasa global de fecundidad de 2,67 en el quinquenio 1980-85 a un valor de 1,89 estimado para el quinquenio 2010-15.*

Grafico: Tasa de natalidad, mortalidad, migración y crecimiento, SENAMA, 2012.

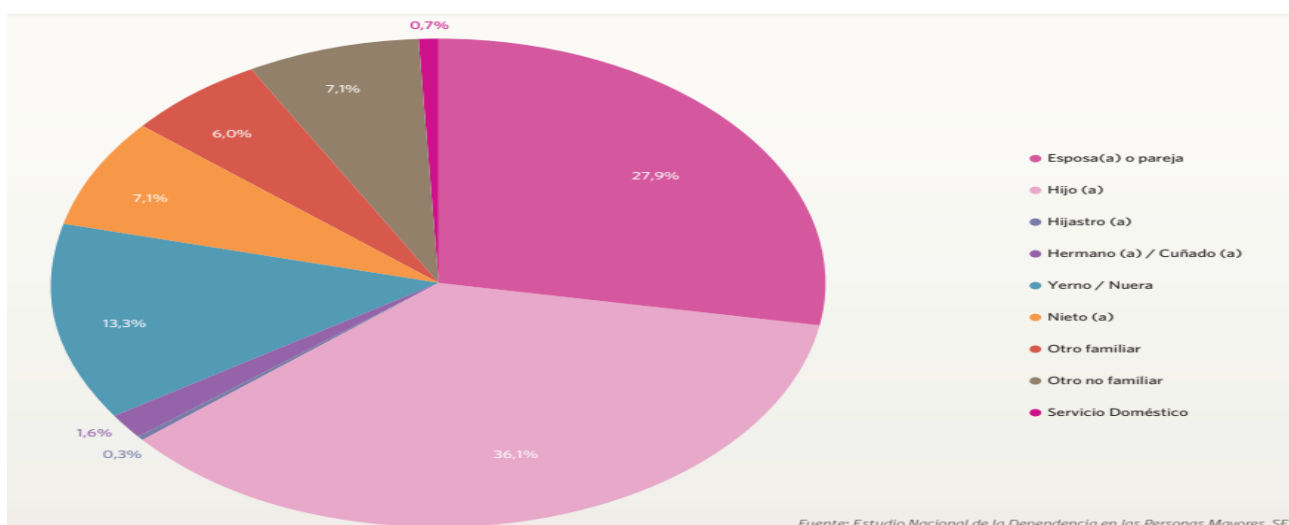


	1970-75	2000-05	2020-25	2045-50
Tasa de natalidad	27.3	15.8	13.1	11
Tasa de mortalidad	8.8	5.2	7.1	10.9
Tasa de migración	-1.6	0.4	0	0
Tasa de crecimiento	8.8	5.6	3.1	0

Fuente: Políticas públicas para las personas mayores en Chile: Servicio Nacional del Adulto Mayor, año 2012.

Chile se encuentra en una transición demográfica avanzada hacia el envejecimiento poblacional, donde las estimaciones de población indican que para el año 2025 la población mayor de 65 años representará un 14,07% de la población chilena. Este panorama vaticina el aumento progresivo de personas con necesidad de cuidados en el país, predominando el cuidado familiar por sobre el estatal (Miranda D.T., 2015). La Encuesta Nacional de Dependencia de Personas Mayores establece que un 24,1% de los chilenos de 60 años y más tiene dependencia. Si se consideran los grados de dependencia utilizados en el estudio, se tiene que un 12,4% presenta dependencia severa (específicamente un 9,4% está postrado y un 4,1% presenta demencia en algún grado), 5% dependencia moderada y 6,6% presenta dependencia leve. En el proceso de transición al envejecimiento, Chile aumentaría su Índice de Dependencia Demográfica de 57,2 en el 2005 a 60,0 en el 2020. Esto significa que, por cada cien personas potencialmente activas habría 60 dependientes (menores de 15 y 60 años o más) (Estudios de vejez y envejecimiento, Centro Univesidad Catolica., 2015). Debido a su condición de dependencia, o por el solo hecho de envejecer, las personas mayores suelen necesitar cuidadores, quienes les ayudan a realizar sus actividades.

Grafico: Relación de parentesco del cuidador principal con la persona mayor dependiente.



Fuente: Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. SENAMA, 2009.

La estructura social y familiar ha cambiado, la incorporación de la mujer al trabajo ha traído consigo la disminución de soportes de cuidado al interior del grupo familiar y desgraciadamente aún la carga de roles de cuidado entre género presenta demasiada asimetría. Por una parte, hoy las mujeres siguen subvencionando al sistema a través del cuidado de sus miembros a un costo personal que va en aumento, por otra parte, la familia se ha reducido y con ello su capacidad de enfrentar las cargas de cuidado (González, Massad y Lavanderos., 2009).

Desde este punto de vista, es deducible también que tales mujeres son personas mayores o cercanas a la vejez, por tanto las situaciones de alta carga de trabajo que supone el cuidado a mayores con dependencia puede acelerar los deterioros propios del envejecimiento en estas mujeres.

Dependencia desde una perspectiva de la Quinta Región.

El 17% de las personas que viven en la región de Valparaíso corresponden a mayores de 60 años (Bio Bio, 2017).

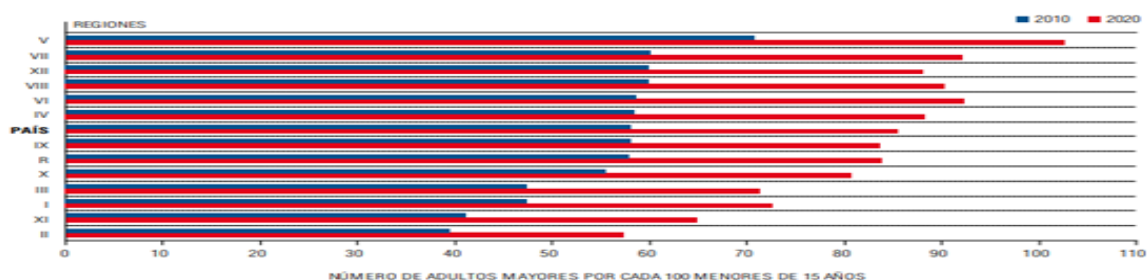
Imagen: Grupos de edades menor de 18 años y mayor de 65 años. Región de Valparaíso

GRUPOS DE EDADES Fuente: INE	CENSO 2002	CENSO 2017
Población < 18 años	453.730	421.040
Población entre 18 - 65 años	935.729	1.147.749
Población > 65 años	150.393	247.113

Fuente: INE, Chile. Indicadores socio-demográficos y económicos Región de Valparaíso.

La Región de Valparaíso se posiciona a la zona como la más envejecida del país y también, como la zona con el porcentaje más bajo de niños y niñas (INE, 2007).

Grafico: INE, Chile: Índice de Adultos Mayores, según regiones. 2010 y 2020.



Fuente: INE, Chile. Enfoque Estadístico, Adulto Mayor en Chile.

Dependencia desde una perspectiva de la Institución Patrocinante.

El Programa acoge a un grupo heterogéneo de Personas Mayores, generalmente aquellos que viven en situación de pobreza y exclusión social disponiendo de menos factores protectores para mantener o mejorar su calidad de vida, especialmente su condición de salud y dependencia son afectados, esta situación los hace recurrir a un mayor apoyo social (instrumental, afectiva y funcional) apoyo que sus familias o personas significativas no siempre pueden brindarles.

Teoría que pueden explicar el Fenómeno

Teoría del Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout se identifica como una consecuencia de estrés en la interacción con la persona mayor dependiente que supera los mecanismos adaptativos del cuidador asistencial, muchas veces sometido a una alta tensión moral y nivel de renuncia personal, y sin apoyo efectivo por parte del entorno (Madrigal M.J., 2009). Dichos efectos provocan un desequilibrio emocional basado en el agotamiento, el desinterés profesional y la decepción de no alcanzar metas y objetivos propuestos. Se considera un trastorno adaptativo crónico asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del cuidado; surge como resultado del cansancio profesional, descrito por Herbert Freudenberger en la década de los setenta. Hacia mediados del año 1981, Maslach y Jackson asocian a este síndrome tres componentes a saber: *Agotamiento emocional*, *La despersonalización* y *La realización personal*, componentes que en la actualidad siguen vigentes como característicos del síndrome de Burnout (Correa A.R., 2010).

Cansancio o Agotamiento Emocional: Se basa en asistir cada día a otra persona en forma directa, ofreciendo todo su interés y energía lo cual lleva al trabajador a presentar cansancio mental y desgaste de sus propios sentimientos; se desarrolla malestar y desinterés por su labor profesional disminuyendo su desempeño y así mismo su eficiencia, con lo cual inicia el ciclo del síndrome; desgaste, la fatiga y manifestaciones físicas psíquicas (vaciamiento de los recursos emocionales y personales). Sentimientos de estar sobre exigido y vacío de recursos emocionales y físicos los cuales hacen que los trabajadores se sientan debilitados y agotados, sin ninguna fuente de reposición y carentes de suficiente energía para enfrentar otro día u otro problema

Despersonalización: Actitudes negativas frente a su trabajo incluyendo en este lógicamente a las personas que tiene a cargo bajo su vigilancia, dando a entender con este término la falta de interés por los inconvenientes y/o problemas que presenten las personas a las cuales tienen a cargo, también se encuentra el desinterés y la falta de empatía con los mismos. Se caracteriza por ser negativa, insensible, o excesivamente apática a diversos aspectos del trabajo. Las complicaciones que genera esta dimensión giran en torno al desapego, lo que puede derivar en la pérdida de idealismo y en la deshumanización.

Reducida Realización Personal: Pérdida de confianza de sí mismo, se predispone a que las labores que realiza o realizara saldrán mal, ya que considera que no es capaz de desarrollarlas por no ser la persona más competente y apta para llevar el plan de trabajo hacia una buena meta. Se traduce en respuestas negativas de estos profesionales en su autoevaluación para trabajar. Cuenta de los sentimientos de incompetencia y carencia de logros y productividad en el trabajo.

Diagnostico del Síndrome de Burnout: Los síntomas que afectan en personas que padecen de Burnout (Japcy M., Vinaccia A. y Quiceno S., 2007).

Somático: Fatiga crónica, cansancio, frecuentes dolores de cabeza, espalda, cuello y musculares, insomnio, alteraciones respiratorias, alteraciones gastrointestinales, hipertensión, etc.

Conductual: Comportamiento suspicaz y paranoide, inflexibilidad y rigidez, incapacidad para estar relajado, superficialidad en el contacto con los demás, aislamiento, actitud cínica, incapacidad de poder concentrarse en el trabajo, quejas constantes, comportamientos de alto riesgo como conductas agresivas hacia los clientes, absentismo, consumo de sustancias psicoactivas, tranquilizantes y barbitúricos.

Emocionales: Agotamiento emocional, expresiones de hostilidad, irritabilidad y odio, dificultad para controlar y expresar emociones, aburrimiento, impaciencia e irritabilidad, ansiedad, desorientación, sentimientos depresivos.

Cognitivo: cogniciones asociadas a baja autoestima, baja realización personal en el trabajo, impotencia para el desempeño del rol profesional, fracaso profesional, etc. Todos estos síntomas se tornan en cuadro clínico y las características de personalidad (factores internos-intrínsecos) como la personalidad resistente o no, los recursos internos, el estilo cognitivo, los determinantes biológicos, la edad, el género, la historia de aprendizaje, la presencia de síntomas psicopatológicos, los estilos de afrontamiento, entre otros.

Síndrome de Carga del Cuidador

Asumir el rol de cuidador supone una significativa fuente de estrés, lo que hace incrementar el riesgo de padecer problemas físicos y alteraciones psicosociales debido a que la persona que ejerce el cuidado debe renunciar a parte de su vida social y laboral por ofrecer el cuidado a la persona mayor (Aguilar, Aguilar, Gonzales, Matus y Valenzano, 2015). Estos elementos directa o indirectamente conforman un estado de estrés del cuidador, entendiéndolo como una tensión emocional que puede llegar a producir depresión y dificultades física provocadas por brindar cuidados a terceros/as que puede manifestarse en ansiedad, irritabilidad, disforia, violencia tanto en el ámbito social como profesional y/o familiar (Benitez, Garcés y González, 2017).

La sobrecarga, como lo menciona Roig, Abengózar y Serra, es el resultado de combinaciones de trabajo físico, emocional y restricciones sociales, esto hace referencia a un estado psicológico que surge al cuidar un enfermo. Este concepto se puede definir según la percepción y evaluación de los cuidadores acerca de las labores que realizan y de la posible influencia que tienen estas en el bienestar personal, de la misma forma experimentando el conflicto de su rol en lo que implica la tarea del cuidado y la evolución de la enfermedad de la persona a su cargo; en cuanto a la afectación de la sobrecarga en el cuidador, este soporta cada día un reto diferente e imprevisto y en muchas ocasiones sufre pérdidas de control personal y presenta alteraciones en la salud física y emocional (Córdoba A.M., Latorre F.J. y Mariño A.M., 2011). Las cargas del trabajo pueden ser objetivas y subjetivas; las *cargas objetivas* hacen referencia al tiempo ocupado en el cuidado del enfermo y el cumplimiento de las demandas debido a la gravedad de las alteraciones a nivel físico, cognitivo y social del paciente, y las *cargas subjetivas*, a los sentimientos y las percepciones negativas que el cuidador tiene de su rol (Córdoba A.M., Latorre F.J. y Mariño A.M., 2011).

El transcurso del tiempo al cuidado de un enfermo es otro de los factores que impactan la percepción de sobrecarga. Entre más largo es el periodo en que se ha estado al cuidado del paciente, mayor es la percepción de sobrecarga y como resultado, se espera que el cuidador empiece a mostrar las consecuencias de estar expuesto a situaciones de estrés crónico (Viveros Ortiz G.R., 2010). Tanto Pearlin y cols como Haley plantean dividen los Estresores en dos, los cuales son los *Estresores primarios* y *Estresores secundarios* (Cardona P. y Cruz R. , 2007).

Los *primarios* son aquellos derivados directamente del enfermo y de sus cuidados, entre ellos están la gravedad del daño cognitivo del paciente, las alteraciones conductuales y las dificultades que presenta el enfermo en su auto cuidado. Los *secundarios* se relacionan con las evaluaciones o las percepciones que el cuidador hace de sus propios recursos y de la relación que media entre el cuidador y el receptor de cuidados, además de la percepción de la red de apoyo social.

Las personas que trabajan cuidando a otras personas de forma directa ya sea el cuidador, están predispuestos a presentar stress esto según Gil-Monte, se origina por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales (Correa A.R., 2010).

Individual: Es donde el profesional mantiene sus convicciones y conocimientos con el fin de que entren en contacto directo con los problemas que presenta el paciente, pues en ese momento al profesional le interesa y se siente en la capacidad de intervenir para ayudar y encontrar soluciones. Por lo mismo al notar que el paciente no mejora con sus problemas se siente culpable de que el paciente no mejore, ya que al estar íntimamente relacionado con su paciente se deja afectar de sus problemas asumiéndolos como si fuesen propios.

Relaciones Interpersonales: Cuando el trabajador comienza a tener malos tratos, conflictos y problemas con las personas que tiene a su cargo, con

sus familiares, con sus compañeros de trabajo, incluso con personas ajenas a su lugar de trabajo, y empieza a sentir que no encuentra apoyo alguno de las personas que lo rodean, es el momento en donde se desarrollan y pronuncian de manera importante las características del síndrome. Se distinguen dos tipos de conflictos los cuales pueden ser *Abiertos* o *Encubiertos*. Los primeros se refieren a la discusión y choque entre dos o más miembros de la familia, en consecuencia, puede generar distanciamiento. El segundo es referido a sentimientos negativos, estas por en cambio, no vienen por un choque directo, pero si se acumulan creando resentimiento y enfriamiento de la relación (Benitez, Garcés y González, 2017).

Organizacional: Este nivel hace referencia al organigrama jerárquico que presentan las instituciones de trabajo según el rango profesional. Con este tipo de esquemas los trabajadores se sienten limitados para desempeñar libremente sus actividades, dando como resultado problemas internos en el trabajo que conllevan una sobrecarga "stress" en el trabajo.

Entorno Social: Se basa en todos aquellos cambios externos que de una manera afectan el trabajo del profesional, ya que por ejemplo al cambiar o al crear nuevos protocolos de manejo el trabajador se sentirá acosado al tener que adaptarse a nuevos conceptos y manejos, a roles y Desempeños que para ellos son desconocidos.

Acercamientos Teóricos explicativos: Existen varias teorías que pueden explicar el Síndrome de Carga del Cuidador (Cardona P. y Cruz R. , 2007): *Indefensión aprendida:* escaso o nulo control sobre la situación adversa en repetidas ocasiones; *Interés social:* La aparición del interés social, unido a la incapacidad de realizar reuniones y actividades de esparcimiento social; *Personalidad resistente:* Tendencia a acercarse a los cambios en la vida con una actitud de desafío y no de amenaza; *Género:* Es una variable que se debe tener en cuenta, puesto que está relacionada con una serie de características relacionadas con el trabajo, que predisponen especialmente al género femenino; *Demandas emocionales:* A mayores demandas emocional, mayor

probabilidad de padecer el síndrome; *Estrategias de afrontamiento inadecuadas*: Las estrategias de tipo escapista aumentan la probabilidad de sufrir SCC; mientras que las de control la disminuyen; *Autoeficacia*: relacionada con el factor de la indefensión aprendida.

Instrumentos que miden la Carga del Cuidador *La que destaca entre todas las anteriormente mencionadas es la Entrevista de carga del cuidador de Zarit y Zarit*, la cual fue diseñada para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principal de pacientes con demencia. Se trata de un instrumento auto aplicable, que indaga sobre los efectos negativos que el cuidar tiene sobre la salud física, psicológica, social y económica del cuidador. Este instrumento ha tenido un uso amplio, particularmente en países de habla hispana (Viveros Ortiz G.R., 2010). Los aspectos que la mayoría de los instrumentos incorporan en sus contenidos son los efectos del cuidado sobre: la dinámica familiar, la rutina, la utilización del tiempo libre, la actividad laboral, la salud física y mental, la presencia de adicciones, presencia o ausencia de apoyo social, el impacto sobre la economía familiar, aumento de preocupaciones, vergüenza, e incluso preocupaciones cognitivas, como sentimientos de pérdida, pena y culpa (Viveros Ortiz G.R., 2010).



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

Capítulo III Marco Metodológico

Presentación del capítulo

El presente capítulo da a conocer el diseño metodológico de la investigación, para la cual se selecciona metodología de carácter cualitativa, comprendiendo la problemática de estudio para alcanzar objetivos planteados en esta misma. Con esto, se determina que el tipo de estudio a utilizar es el descriptivo para indagar y ampliar el conocimiento sobre el fenómeno observado, en este caso, para tener una mayor precisión de la problemática a estudiar y, de esta forma, permite examinar las realidades y describirlas en forma más completa y diferenciarlas de otras.

Para la realización del Proyecto de Título, se utilizara el diseño no experimental, entendiendo que este como una investigación que se realiza sin la manipulación de variables, sino que solo se observa los fenómenos en su ambiente natural para luego ser analizados. Este tipo de diseño se clasifica en dos partes, la cual corresponde a la investigación transaccional y longitudinal siendo la primera la determinante para efectos de esta investigación, entendiendo que este tiene el propósito de recopilar datos en un momento único, describir variables y analizar su incidencia.

A continuación, se describe la problemática de estudio y su fundamentación, la cual concierne principalmente la temática del cuidado informal de personas mayores dependientes y, asimismo, la importancia de la carga de Burnout que este puede contraer producto de la relación permanente que mantiene con una persona mayor que no puede valerse por sí misma.

Posterior a ello, se indica el diseño de este estudio, exponiendo la pregunta de investigación junto a su objetivo general y específicos, para luego señalar el universo y muestra del mismo, siendo esta última de carácter selectivo, no probabilística e intencionada, la cual en cuanto a la representatividad de la muestra, es catalogada por saturación temática.

Finalmente, se mencionan los criterios de inclusión y de rigor, además de la técnica de recolección de información utilizada, correspondiente a la entrevista Semiestructurada. Por último se plantea el plan de análisis cualitativo, el cual se centra en el análisis de los datos y del contenido, indispensable para codificar diversos elementos en categorías y generar sentido a los datos suscitados en la investigación, del mismo modo poder formular inferencias identificando de manera sistemática y objetiva ciertas características específicas de la investigación.

Fundamentación metodológica.

El enfoque que se utilizara para este proyecto de título será cualitativo, describiéndose como una acción indagatoria, de carácter dinámico entre los hechos y su interpretación, profundizando los datos con el fin de dar una riqueza interpretativa del ambiente o entorno, detalles frescos, naturales y holísticos de los fenómenos, explorando las experiencias, perspectivas, opiniones y significados del fenómeno desde una perspectiva cercana de los participantes en relación con el contexto individual de las personas y el ambiente natural en el que ocurre el fenómeno estudiado (Sampieri R.H. , Collado C.F. Y Lucio P.B., 2010). El investigador examina el mundo social basándose en una lógica y proceso inductivo (explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas). Este va de lo particular a lo general. Para lo cual, se utilizan métodos de recolección de datos no estandarizados no efectuando mediciones numéricas si no que se basa en las perspectivas y puntos de vista de los participantes (Sampieri R.H. , Collado C.F. Y Lucio P.B., 2010).

Tipo de estudio

El tipo de estudio que se utilizara en el presente proyecto de título será del tipo *descriptivo*, seleccionando una serie de cuestiones, conceptos o variables midiendo cada una de ellas independientemente de las otras, con el fin, precisamente, de describirlas; buscando especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno; en resumen, sirven para analizar como es y se manifiesta un fenómeno y sus componentes (Cazau P., 2006). Pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas (Sampieri R.H. , Collado C.F. Y Lucio P.B., 2010). Su valor es útil para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación; el investigador debe ser capaz de definir, o al menos visualizar, qué se medirá (qué conceptos, variables, componentes, etc.) y sobre qué o quiénes se recolectarán los datos (personas, grupos, comunidades, objetos, animales, hechos, etc.).

Tipo de diseño

En el presente Proyecto de Título será de *investigación no experimental*, definiéndose como una investigación que no manipula deliberadamente las variables, observando el fenómeno de su interés en su ambiente natural, para luego describirlos y analizarlos sin necesidad de emularlos en un entorno controlado, no hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan los sujetos de estudio. Será *transversal*, la cual aborda un estado de la cuestión en la materia, es decir, se recopilan datos a partir de un momento único, con el fin de describir las variables presentes y analizar su incidencia o su responsabilidad en lo acontecido en la investigación; *transaccional*, debido a que la investigación se realizara en un solo periodo de tiempo, por lo tanto se debe analizar bajo la mirada de la situación actual de un grupo de

cuidadores/as de personas mayores dependientes en sus actividades de la vida diaria, de lo cual, se obtiene información para este tipo de investigación (Sampieri R.H. , Collado C.F. Y Lucio P.B., 2010).

Problemática y fundamentación de la investigación

El acelerado envejecimiento poblacional ha generado un aumento en la prevalencia de la dependencia que pueden presentar los adultos mayores, dependencia que, conforme al aumento de la edad. En Chile, el 24,1% de las personas mayores de 60 años tiene algún grado de dependencia, y al aumentar la edad incrementa su frecuencia y severidad, observándose que a partir de los 75 años la dependencia severa llega a cifras superiores al 30% (SENAMA, 2009). La dependencia se empieza a desarrollar por tres principales componentes para poder hablar de esta misma: primero, la presencia de una limitación física, psíquica o intelectual; segundo, el individuo no puede realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria; y tercero, establece la necesidad de ayuda por parte de otra persona; la dependencia es el resultado de la combinación de cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y los procesos agudos o intercurrentes. Todo ello además, influido por el entorno psicosocial, ambiental y sanitario; con la edad aumenta la dependencia de cuidados, el envejecimiento de la población incrementará drásticamente la proporción y el número de personas que necesitan asistencia asociada en los países en todos los niveles de desarrollo. Al mismo tiempo, disminuirá la proporción de personas más jóvenes que podrían proporcionar esa atención y cambiará el papel de las mujeres, quienes hasta ahora han sido las principales proveedoras de esa atención (MINSAL, 2014).

Esta dicha anteriormente, puede conllevar a que una persona, en este caso, un familiar significativo de la persona mayor, a asumir un rol de cuidador, que para él puede ser incluso desconocido la cual puede ir generando problemas de forma paulatina, lo cual supone una significativa fuente de estrés,

lo que hace incrementar el riesgo de padecer problemas físicos y alteraciones psicosociales debido a que la persona que ejerce el cuidado debe renunciar a parte de su vida social y laboral por ofrecer el cuidado al adulto mayor. Tanto en el cuidador informal como en el formal existen una serie de factores que afectan y conllevan una sobrecarga (Flores, Rivas y Seguel, 2012).

Dichos factores establecen un perfil de cuidador informal el cual explica que existe un “escenario de asimetrías determinadas por el cambio en los roles de las mujeres, la resistencia al cambio de los varones y la limitada solidaridad familiar (intergénero - intergeneracional) que contribuyen a la denominada “crisis de cuidado” (Rico M.N., 2015).

Este sector de población que deberá asumir los cuidados de manera informal, atiende las necesidades básicas, tanto físicas como emocionales, de la persona mayor que ha perdido su autonomía total o parcial (Benitez, Garcés y González, 2017). Respecto a esta relación de manera permanente hacia la persona mayor, este puede generar Burnout, por ende, las consecuencias pueden ser negativas, ya sea, física y psicológicas, los cuales repercuten a la persona en todo ámbito, por ende, lo personal, fisiológico, social y organizacional tienen un fuerte peso al momento de que el cuidado se empieza a transformar una carga o estrés (Ballesteros R.M., 2011). La carga o estrés, puede ser explicado que al asumir el rol de cuidador supone una significativa fuente de estrés, lo que hace incrementar el riesgo de padecer problemas físicos y alteraciones psicosociales debido a que la persona que ejerce el cuidado debe renunciar a parte de su vida social y laboral por ofrecer el cuidado a la persona mayor (Aguilar, Aguilar, Gonzales, Matus y Valenzano, 2015).

Diseño de investigación

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los efectos del Síndrome de Burnout en los y las cuidadores informales que ejercen el rol de cuidador de personas mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga?

Objetivo general

Conocer los efectos del síndrome de burnout que padecen los cuidadores informales de Personas Mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga.

Objetivos específicos

- A) Describir a los cuidadores y cuidadoras informales de Personas Mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga bajo parámetros socio demográficos.*
- B) Identificar los efectos del Síndrome de Burnout que padecen los cuidadores informales de Personas Mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga.*
- C) Describir las experiencias cotidianas que presentan los cuidadores informales de Personas Mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga, frente a su carga como cuidadores.*

Universo y Muestra de Investigación

En el presente Proyecto de título cualitativo, se ahondara sobre la población y la muestra. Según Selltiz, la *población* es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones; referente a los estudios cualitativos, el tamaño de muestra no es importante, pues el interés del investigador no es generalizar los resultados de su estudio; lo que se busca en la indagación cualitativa es profundidad; conciernen casos (participantes, personas, organizaciones, eventos, animales, hechos, etc.) que nos ayuden a entender el fenómeno de estudio y a responder a las preguntas de investigación.

La *muestra* consiste en obtener un juicio sobre un total que se denomina “conjunto” o “universo” (ya sea de individuos o de elementos) mediante la recopilación y examen de una parte denominada “muestra”, que se selecciona por procedimientos científicos que reciben el nombre de “muestreo” (Ander Egg E., 2011). Como menciona Creswell, el muestreo cualitativo es *propositivo*. Las primeras acciones para elegir la muestra ocurren desde el planteamiento mismo y cuando seleccionamos el contexto, en el cual esperamos encontrar los casos que nos interesan. En la indagación cualitativa el tamaño de muestra no se fija a priori (previamente a la recolección de los datos), sino que se establece un tipo de unidad de análisis y a veces se perfila un número relativamente aproximado de casos, pero la muestra final se conoce cuando las unidades que van adicionándose no aportan información o datos novedosos (Saturación de categorías, referente al entendimiento del fenómeno).

En las *muestras no probabilísticas*, cuya finalidad no es la generalización en términos de probabilidad. También se les conoce como “*guiadas por uno o varios propósitos*”, pues la elección de los elementos depende de razones relacionadas con las características de la investigación. La elección de los elementos depende de las causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra lo cual depende del proceso de toma

de decisiones del investigador y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación. En este caso, la muestra será casos *tipo*, donde el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización. En estudios con perspectiva fenomenológica, donde el objetivo es analizar los valores, ritos y significados de un determinado grupo social.

Criterios de inclusión

Criterios de Inclusión en la investigación cualitativa.

Cuidadores/as informales que cuiden de personas mayores de 60 años o mas.

Cuidadores/as informales que cuiden a hombres y/o mujeres mayores de 60 años dependientes de Actividades Básicas de la Vida Diaria, estos son:

****Autocuidado:* Comer, asearse, vestirse, desnudarse, poder quedarse solo durante la noche.**

****Funcionamiento básico físico:* Desplazarse libremente en el hogar.**

****Mental:* Reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas.**

Cuidadores/as informales que cuiden a hombres y/o mujeres mayores de 60 años dependientes de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, estos son:

****Capacidad de tomar decisiones:* Tareas domésticas (fregar los platos, hacer la cama, etc.), de movilidad ya sea pasear e ir al médico, de administración del hogar (manejo del dinero y de la propiedad).**

****Instrumentales:* Utilizar el teléfono, tomar la medicación, cortarse las uñas de manos y pies, subir una serie de escalones, coger un autobús, metro o taxi, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir.**

Cuidadores/as informales de personas mayores dependientes que estén inscritos en PADAM de la comuna de Villa Alemana.

Cuidadores Informales aceptan la entrevista de manera voluntaria y con consentimiento.

Fuente: Elaboración Propia

Técnicas de recolección

El propósito de la recolección de datos cualitativa resulta fundamental, la cual no redundaría en medir variables para llevar a cabo inferencias y análisis estadísticos; sino que se obtienen datos de personas, seres vivos, comunidades, contextos o situaciones en profundidad, en las propias formas de expresión de cada uno de ellos. Son *conceptos, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias, procesos y vivencias manifestadas* en el lenguaje de los participantes, ya sea de manera individual, grupal o colectiva (Sampieri R.H. , Collado C.F. Y Lucio P.B., 2010). Esta clase de datos es muy útil para capturar de manera completa (lo más que sea posible) y sobre todo, entender los motivos subyacentes, los significados y las razones internas del comportamiento humano. En este caso debido a que se tratará con una población de cuidadores informales de personas mayores, se enfocará en la utilización de la entrevista semiestructurada como la herramienta ideal para la obtención de información.

Entrevista: Proceso dinámico de comunicación interpersonal, en el cual dos o más personas conversan para tratar un asunto, su fin es distinto del simple placer de conversar (Ander Egg E., 2011). Respecto a la pauta de la entrevista, esta puede basarse en tres divisiones, las cuales son la *estructurada* (con base en una guía de preguntas específicas), *semi estructurada* (guía de preguntas con libertad de introducir preguntas adicionales para la obtención de mayor información) y la *abierta* (flexibilidad para el manejo de preguntas) (Sampieri R.H. , Collado C.F. Y Lucio P.B., 2010). Para la entrevista, esta será de un carácter *semiestructurada*, la cual el entrevistador la efectúa tomando como base un guion, pero las preguntas son abiertas y no tienen una estandarización. Esta será acorde para entrevistar a las personas que cumplen el rol de cuidador de personas mayores dependientes.

Entrevista Semiestructurada utilizada en la Investigación.

Individualización de la persona entrevistada	
Nombre	
Edad	
Estado Civil	
Género	
Escolaridad	
Vínculo	
Ocupación	

- 1) *¿Cuántos años Ud. lleva cumpliendo el rol de cuidador/a?*
- 2) *¿Qué episodio lo/a llevo a cumplir el rol de cuidador/a?*
- 3) *¿Cómo ha sido su experiencia de labor de cuidador/a?*
- 4) *¿Cuáles son las actividades que usted realiza hacia el cuidado de la persona mayor?*
- 5) *¿Ha presentado alguna afectación física producto de su rol de cuidador/a? ¿Cuál o Cuáles?*
- 6) *¿Ha presentado afectación psicológica producto de su rol de cuidador/a? ¿Cuál o cuáles?*
- 7) *¿Ha presentado afectación social producto de su rol de cuidador/a? ¿Cuál o cuáles?*
- 8) *¿Cómo hace para sobreponerse a las afectaciones mencionadas anteriormente?*
- 9) *¿Ud en alguna ocasión se ha sentido sobrepasada de su actividad como cuidador/a?*
- 10) *Al momento de sentirse agobiada, agotada física o mentalmente ¿Pide colaboración a su entorno familiar o a otras personas?*
- 11) *¿Cómo se manifiesta este tipo de apoyo?*
- 12) *¿Ud. dispone de tiempo libre?, ¿Cómo organiza el tiempo para Ud. mismo/a?*
- 13) *¿Su rol de cuidador/a afecta en sus relaciones con amigos, pareja, familiares, entre otros? ¿Cuáles podrían ser los cambios para mejorarlo?*
- 14) *¿Qué hace para mantener una relación positiva y estable con la persona mayor?*
- 15) *Si Ud. pudiera ¿Evadiría su función de cuidador/a?*
- 16) *¿Cómo maneja su situación económica y financiera frente al cuidado?*
- 17) *¿Cómo Ud vee su situación personal a futuro respecto de cuidar a una persona mayor dependiente?*
- 18) *Alguna observación o consideración que Ud. desea importante resaltar y que no haya sido objeto de atención en este apartado*

Modelo de Consentimiento Informado

Yo _____, cedula de Identidad _____ declaro explicitamente mi participacion para ser entrevistado/a en el marco de la actividad academica de levantamiento de informacion de nombre *¿Cómo afecta el Síndrome de Burnout a los Cuidadores Informales que ejercen el rol de Cuidador de Personas Mayores Dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga?*, realizado a la escuela de trabajo social, perteneciente a la Universidad de Valparaíso.

Dicho Proyecto tiene como objetivo principal *Identificar la carga de estrés que padecen los cuidadores informales de Personas Mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga* de la cual se utilizara la entrevista de audio grabada por el entrevistador, para lo cual se ha recibido la invitación a participar de una entrevista que tendrá una duración entre 60 a 90 minutos.

Si presenta dudas sobre este proyecto o sobre su participación en él, puede hacer preguntas en cualquier momento de la ejecución del mismo. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que esto represente perjuicio. Es importante que usted considere que su participación en este estudio es **completamente libre, voluntaria, anónima y privada**, y que tiene derecho a negarse a participar o a suspender y dejar inconclusa su participación cuando así lo desee.

Desde ya le agradecemos su participación.

Investigador Responsable	
Fecha de la entrevista	
Firma Entrevistado/a	

Criterios de rigor

El criterio de rigor cualitativo se define como un concepto transversal en el desarrollo de un proyecto de investigación y permite valorar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de investigación, y de las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos (Malpica D.R., Moreno N.A., Noreña A.L. y Rojas J.G., 2011).

La *fiabilidad* y la *validez* deben tener las pruebas o los instrumentos de carácter científico para la recogida de datos, debido a que garantizan que los resultados que se presentan son merecedores de crédito y confianza: *Fiabilidad o Consistencia*: Se refiere a la posibilidad de replicar estudios, esto es, que un investigador emplee los mismos métodos o estrategias de recolección de datos que otro, y obtenga resultados similares; *Validez*: Conciernen a la interpretación correcta de los resultados y se convierte en un soporte fundamental de las investigaciones cualitativas. A continuación se presentan los criterios de rigor que refieren a la científicidad y posibilitan su rigurosidad del proceso de levantamiento de información y análisis.

1) *Credibilidad o valor de la verdad*: Permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como son percibidos por los sujetos. Se aplican los procedimientos referentes al criterio, en este caso, la *triangulación* (En la indagación cualitativa poseemos una mayor riqueza, amplitud y profundidad en los datos, si éstos provienen de diferentes actores del proceso, de distintas fuentes y al utilizar una mayor variedad de formas de recolección de los datos) de: *datos*: Verificar las tendencias detectadas en un determinado grupo de observaciones; *teorías*: Confrontar distintas teorías en un mismo grupo de datos permite una crítica eficiente coherente con el método científico; *métodos*: Los métodos son instrumentos para investigar un problema y facilitar su entendimiento.

2) *Transferibilidad o aplicabilidad*: Trasfiere los resultados de la investigación a otros contextos. Los fenómenos estudiados están íntimamente

vinculados a los momentos, a las situaciones del contexto y a los sujetos participantes de la investigación. De acuerdo a lo precedente, se utilizara *la recogida exhaustiva de datos*, esto quiere decir que la recolección de datos es la actividad que consiste en la recopilación de información dentro de un cierto contexto, llegando el momento del procesamiento de datos, que consiste en trabajar con lo recolectado para convertirlo en conocimiento útil.

3) Consistencia o dependencia: Estabilidad de los datos procurando una relativa estabilidad en la información que recoge y analiza sin perder de vista que por la naturaleza de la investigación cualitativa siempre tendrá un cierto grado de inestabilidad. En cuanto a este criterio, el procedimiento a realizar será la *pista de revisión*, la cual se cuenta con el cuaderno de campo y las notas de entrevistas recabadas en el levantamiento de información para el estudio. Esto posibilitaría la descripción de los procesos por los cuales se recogieron y analizaron los datos, así como también de qué manera se hicieron las interpretaciones.

4) Confirmabilidad: Los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes. Permite conocer el papel del investigador durante el trabajo de campo e identificar sus alcances y limitaciones para controlar los posibles juicios o críticas que suscita el fenómeno o los sujetos participantes. En este caso, se utilizara la *contrastación de los resultados con la literatura existente* de la cual el resultado de la entrevista es corroborada por la literatura y teoría que se desarrollo para el proceso de la investigación.

Plan de análisis Cualitativo.

Al ahondar en el plan de análisis cualitativo, la acción esencial consiste en que se reciban datos no estructurados variados que pueden ser de carácter visual, auditiva, texto escrito y expresiones verbales/no verbales, como también de las narraciones del investigador (Sampieri R.H. , Collado C.F. Y Lucio P.B., 2010).

El procedimiento más común de análisis cualitativo es la *teoría fundamentada (grounded theory)*, lo cual significa que la teoría (hallazgos) va emergiendo fundamentada en los datos (Sampieri R.H. , Collado C.F. Y Lucio P.B., 2010). Obliga al investigador a desaprender todo lo aprendido y a centrarse exclusivamente en los datos. Cuenta con una serie de procedimientos, siendo lo primero es revisar todo el material (explorar el sentido general de los datos) en su forma original (notas escritas, grabaciones en audio, fotografías, documentos, etc.).

Teniendo familiarizado los conceptos, se conlleva a un *análisis de contenido* de este, ofreciendo la posibilidad de investigar sobre la naturaleza del discurso. Según Holtsi, este es un procedimiento que permite analizar y cuantificar los materiales de la comunicación humana, analizando con detalle y profundidad el contenido de cualquier comunicación: en código lingüístico oral, icónico, gestual, gestual signado, etc y sea cual fuere el número de personas implicadas en la comunicación (Porta L y Silva M., 2014). Krippendorff define el Análisis de Contenido como “la técnica destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a un contexto”, lo cual este se configura, como una técnica objetiva, sistemática, cualitativa y cuantitativa que trabaja con materiales representativos, marcada por la exhaustividad y con posibilidades de generalización (Porta L y Silva M., 2014), lo cual desde lo cualitativo, este detecta la presencia y ausencia de una característica del contenido y hace recuento de datos secundarios referidos a fenómenos a los que siempre es posible hacer referencia.

El análisis de contenido conlleva a un proceso de unidades de análisis referentes a codificación o categorización de los datos, la cual se define como la reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones (Bogdan R. y Taylor S.J., 1994). La codificación tiene dos planos o niveles: en el primero, se codifican las unidades en categorías; en el segundo, se comparan las categorías entre sí para agruparlas en temas y buscar posibles vinculaciones. El *primer nivel* es una combinación de varias acciones: identificar unidades de significado, categorizarlas y asignarles códigos a las categorías. En la *codificación cualitativa*, son etiquetas para identificar categorías, ósea, describiendo un segmento de texto, imagen, artefacto u otro material. Estos pueden ser palabras o números, dichos segmentos al considerarse importantes, se extraen como unidades de análisis y se agregan a categorías, que posteriormente tendrán un código. A este proceso se le denomina *codificación axial*, la cual permite relacionar categorías y subcategorías, todo circula alrededor de un eje o categoría a la que se le asignan de manera jerárquica subcategorías (Sampieri R.H. , Collado C.F. Y Lucio P.B., 2010).

Matriz de Programación

Objetivo Numero 1	<i>Describir a los cuidadores y cuidadoras informales de Personas Mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga bajo parámetros socio demográficos</i>
Variable	<i>Parámetros Socio Demográficos</i>
Técnica	<i>Entrevista Semiestructurada.</i>
Fuente	<i>Cuidadores informales de Personas Mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga.</i>
Análisis de datos.	<i>Análisis de Contenido</i>

Objetivo Numero 2	<i>Identificar los efectos del Síndrome de Burnout que padecen los cuidadores informales de Personas Mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga</i>
Variable	<i>Efectos del Síndrome de Burnout</i>
Técnica	<i>Entrevista Semiestructurada</i>
Fuente	<i>cuidadores informales de Personas Mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga</i>
Análisis de datos.	<i>Análisis de Contenido</i>

Objetivo Numero 3	<i>Describir las experiencias cotidianas que presentan los cuidadores informales de Personas Mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga, frente a su carga como cuidadores</i>
Variable	<i>Experiencias Cotidianas</i>
Técnica	<i>Entrevista Semiestructurada</i>
Fuente	<i>cuidadores informales de Personas Mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga</i>
Análisis de datos.	<i>Análisis de Contenido</i>



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

Capítulo IV Análisis e Interpretación de los Resultados.

Introducción

En el presente capítulo, se presentará el análisis e interpretación del levantamiento de información recogida por medio de las entrevistas semiestructurada realizada a cuidadores informales de personas mayores dependientes pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor, en la comuna de Villa Alemana, instrumento que fue creado por el investigador del Proyecto de Título, con el fin de conocer la carga de estrés en base al síndrome de Burnout que padecen los cuidadores informales de Personas Mayores dependientes

Se realizara un análisis de contenido de carácter interpretativo, complementado a partir de la teoría fundamentada con los principales hallazgos y resultados de la investigación de carácter descriptiva, por ende, se analizan los tres objetivos específicos que fueron planteados por el investigador, desprendiendo de este categorías de primer orden, desprendiéndose de este variadas categorías de segundo orden, permitiendo reducir la información contenida mediante la recolección de datos ejercida.

Análisis de la información- Cuidador/a Informal

Objetivo	Categoría de Primer Orden	Categoría de Segundo Orden	Codificación
<i>Describir a los cuidadores y cuidadoras informales de Personas Mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga bajo parámetros socio demográficos.</i>	Parámetros socio demográficos	Edad	Persona mayor Adultez
		Estado Civil	Casado/a Soltero/a
		Género	Feminización del cuidado Masculinización del cuidado
		Vínculo	Esposa/o Filialidad Otros cuidadores
		Ocupación	Con ocupación laboral Sin ocupación laboral

Objetivo	Categoría de Primer Orden	Categoría de Segundo Orden	Codificación
<i>Identificar los efectos del Síndrome de Burnout que padecen los cuidadores informales de Personas Mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga</i>	Efectos Individuales	Somático	Trastornos de la conducta alimentaria Pérdida de memoria Trastorno del sueño Dolor muscular Colon Irritable Fatiga
		Conducta	Depresión Ansiedad Crisis de Pánico
		Emoción	Tristeza Ira Alegría Desahogo

	Efectos Sociales	Cognición	Intolerancia al maltrato Baja comprensión de la conducta de la persona mayor.
		Violencia	Violencia Física Violencia Psicológica
		Relaciones Interpersonales	Conflicto Interpersonal Distanciamiento Aislamiento
		Red de apoyo	Red de apoyo institucional Escaso apoyo Interinstitucional
		Ocio	Carencia tiempo de ocio Tiempo parcialmente de ocio Deseo de tiempo ocio

Objetivo	Categoría de Primer Orden	Categoría de Segundo Orden	Codificación
<i>Describir las experiencias cotidianas que presentan los cuidadores informales de Personas Mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga, frente a su carga como cuidadores</i>	Experiencias cotidianas	Pasado	Estado de salud del cuidador Conocimiento previo en el cuidado Escasez de conocimiento en el cuidado
		Presente	Positivo Negativo
		Futuro	Proyección Negación en la evasión del cuidado Institucionalización

Análisis del Objetivo número uno

“Describir a los cuidadores y cuidadoras informales de personas mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga bajo parámetros socio demográficos”

El presente objetivo, permite identificar la categoría de primer orden *socio demográfico*, definiéndose como el proceso que incluye la descripción de características sociales y demográficas dentro de un grupo de personas en un contexto determinado.

De esta categoría de primer orden, se van desprendiendo las categorías de segundo orden como la edad, el estado civil, el género, el vínculo y la ocupación laboral los cuales se expondrán a continuación con sus codificaciones correspondientes.

Categoría de segundo Orden: Edad.

<i>Categoría de Segundo Orden</i>	<i>Codificación</i>
<i>Edad</i>	<i>Persona mayor</i> <i>Adultez</i>

Edad: Conjunto de los períodos en que se considera dividida la vida de una persona. Una división común de la vida de una persona por edades es la de bebé, niño, púber, adolescente, joven, adulto, mediana edad y tercera edad.

Teniendo en cuenta el significado de la edad, es posible determinar a las siguientes codificaciones:

Persona mayor: Se refiere a una persona de 60 años y más, siendo un criterio de las Naciones Unidas y asumido por el Gobierno de Chile establecido en la Ley 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA, 2010).

De los y las cuidadores entrevistados en la investigación, predomina un grupo de personas cuidadores/as informales que tienen edades que oscilan entre los 60 años a los 76 años, siendo propensos a sufrir una mayor sobrecarga con la persona que cuida, teniendo consecuencias de mayor desgaste físico y psicológico.

Adulterez: Es un concepto que es comprendido entre los 20 y los 59 años de edad, de la cual se clasificara en dos estados los cuales son la madura y la joven.

La adulterez madura comprende desde los 35 años a 59 años de edad, la cual a partir de los 45 años hay una disminución progresiva de la talla debido a los cambios degenerativos. Contribuye a la transformación del medio. De las personas entrevistadas, existe un grupo de cuidadores en que sus edades oscilan entre los 49 años a los 57 años respectivamente, lo cual estas son personas que van en camino a convertirse en personas mayores.

La adulterez joven comprende desde los 18 años a los 35 años de edad, la cual en esta se alcanza la madurez física y sus sistemas corporales funcionan a optimo nivel adquieren una filosofía de la vida acorde con los cambios sexuales las transformaciones físicas y el momento social en el cual se desarrollan. La percepción sensorial e intelectual y el vigor muscular están al máximo, lo cual respecto a la información anterior, va surgiendo como la nueva generación de cuidadores/as informales, representando a un sector de jóvenes que tendrán que cumplir este rol en edad temprana.

Categoría de segundo Orden: Estado civil

Categoría de Segundo Orden	Codificación
Estado Civil	Casado/a
	Soltero/a

Estado civil: Referente a la situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación. Según el Código civil Chileno, bajo el artículo 304, le da la calidad de un individuo, en cuanto le habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones civiles (Ley Chile, 2019).

Teniendo en cuenta el significado del *estado Civil*, es posible determinar a las siguientes codificaciones:

Casado/a: Bajo el código civil chileno, el matrimonio está regido bajo el artículo 102 del código civil el cual lo describe como “un contrato solemne por el cual un hombre y una mujer se unen actual e indisolublemente, y por toda la vida, con el fin de vivir juntos, de procrear, y de auxiliarse mutuamente” (Ley Chile, 2019).

En este sentido, los cuidadores/as informales de las personas mayores según datos recopilados, concuerdan en que tienen como fin, el socorrer al dependiente en todas las circunstancias de la vida, en la salud y en la enfermedad, siendo esta última, la tarea que como esposas/os, es la que actualmente están cumpliendo con mayor carga física y psicológica.

Soltero/a: Es el estado civil, con reconocimiento legal, en el que se encuentra aquella persona que no tiene cónyuge en este sentido, es la opción contraria al casamiento o matrimonio y el estado civil por defecto o supletorio. Por

extensión, el término *soltero/a* también se aplica a la persona que no tiene pareja (novia/o).

Categoría de segundo Orden: Género

Categoría de Segundo Orden	Codificación
Género	Feminización del cuidado Masculinización del cuidado

Género: Conjunto de aspectos sociales de la sexualidad, es decir, los comportamientos y valores asociados al sexo, independientemente del sexo biológico real, del cual el individuo, en función de su posición en la estructura social y auto identificación e heteroidentificación, desarrolla diferentes conductas, experiencias, percepciones y expectativas sociales, esto se conoce como rol social, en el cual los comportamientos y actitudes sociales que desarrollan los individuos a partir de su sexo biológico constituyen su rol de género (García J.R., 2010).

Teniendo en cuenta el significado de Género, es posible determinar a la siguiente codificación:

Feminización del cuidado: Las mujeres en el ámbito del cuidado informal dedican más tiempo en ocuparse de actividades más complejas y de la coordinación general del apoyo. Según Otero, el término feminización designa el proceso de la adquisición de atributos y características propias o asociadas a la mujer; o bien a la adhesión significativa de un número de personas de este género a una situación determinada (Otero C.I., 2009). El hecho que el cuidado informal sea un trabajo físico, emocional en un escenario de inequidad de género, en el

cual se ejercen múltiples roles simultáneos de madre, esposa, trabajadora y el desarrollo de roles propios del cuidado, traduce el impacto de cuidar en los diferentes aspectos de la salud y de calidad de vida, se vuelve un factor de riesgo para su salud física y psicológica (Bertoni J.S. Y Rodríguez S.V. , 2010).

“Llevo 31 años aproximadamente cuidando a personas en mi casa, lo cual me dije a mi misma “obligada a asumir la responsabilidad”. (LCV-64).

Continúan muy extendidas las creencias tradicionales sobre las funciones de las mujeres como proveedoras naturales de cuidado. Puede llegarse a dilucidar que la persona ya ha tenido experiencia en el cuidado y trato con personas mayores, del cual ha sido ella la responsable del cuidado, mantenimiento y otras actividades. Por el solo hecho de ser mujer, asume un papel impuesto por su entorno más cercano, careciendo de una solidaridad generacional, no habiendo una toma de decisiones previa al momento de delegar las tareas respecto al cuidado de una persona mayor, desprotegiéndola de su cualidad como persona, exponiendo a las mujeres cuidadoras como un grupo vulnerable a sufrir sobrecarga, limitándola en unos papeles muy definidos dentro de su contexto, en este caso, el de cuidar y atender a una persona en estado de dependencia sin tener la debida o incluso, nula experiencia frente a alguien que no puede satisfacer sus necesidades por sí misma, teniendo poco apoyo del entorno familiar y coartando su libertad y dignidad como mujer.

Masculinización del cuidado: Independiente de la fuerte feminización que ha tenido el cuidado informal en estos últimos tiempos, también cabe resaltar la presencia masculina que cuidan a personas en situación de dependencia. A diferencia de las cuidadoras, en el discurso de los cuidadores rara vez aflora el sentimiento del deber moral de cuidar. Para la mayoría, se trata de una tarea nueva que rompe el statu quo. Estas diferencias se manifiestan en que las

mujeres ejercen como cuidadoras a “tiempo completo”, mientras que los hombres se declaran cuidadores “comodín”, ósea, referente a situaciones especiales que lo requiera la persona mayor dependiente (Isabel Larrañaga P; María J. Valderrama P; Unai Martín R; José M. Begiristain A; Amaia Bacigalupe H, Begoña Arregi G, 2009).

“Yo me dedico a acompañarlo en su día a día, hacer todos los trámites que tiene en este minuto, sobre todo eso, acompañarlo”.(JRL-57)

En la masculinización del cuidado, el hombre asume el rol del cuidado en situaciones específicas, cumpliendo tareas en base al acompañamiento, la contención, el afecto y la toma de decisiones hacia la persona mayor.

Categoría de segundo Orden: Vínculo

Categoría de Segundo Orden	Codificación
Vínculo	Esposa/o Filialidad Otros cuidadores

El *vínculo* se refiere a la relación que existe entre dos individuos, derivado de la unión matrimonial, de la filiación o del parentesco, y en virtud del cual existen de manera interdependiente y habitualmente recíproca.

Teniendo en cuenta el significado de Vínculo, es posible determinar la siguiente codificación:

Esposa/o: Se puede destacar los cuidados personales constantes del esposo/a deben darse durante la vigencia del matrimonio bajo lazos de afecto y

socorro si estos fuesen necesarios, resaltando la solidaridad conyugal en intimidad como uno de sus elementos constitutivos y el deber de estar al lado de la otra persona como sostén y amparo frente a la adversidad.

“El deber de esposa, el no podía estar solo por su Parkinson y parálisis, se le olvidaban sus cosas, había que estar pendiente de sus remedios, preocupado de que no se cayera, todas esas cosas”. (MMV-60).

Los cuidadores/as informales que establecieron vínculos de matrimonio con la persona mayor dependiente, resaltan el hecho de que aunque pueden dejar a la persona de lado y rehacer su vida, prefieren estar al lado de la persona a la cual le declararon fidelidad en la adversidad, no importando el costo que esta puede implicar en su salud física, mental y social.

Filialidad: Las hijas son las principales proveedoras del cuidado informal en personas mayores y son también las que mayor carga reciben (García J.R., 2010). La preocupación por el cuidado hace que las hijas releguen sus propias necesidades a un segundo plano, con el consiguiente, descuidan su estado de salud, por ende, existe un menoscabo en su bienestar y calidad de vida.

“Mi hermana me regaña porque dice “Pucha, a nosotras nos dejan toda la pega nomas” como que nosotras somos las únicas hijas que tenemos que hacer todo ahí y allá” (...).” mi hermana no tiene trabajo y ella debe ver a sus hijas, no cuenta del apoyo de la familia, ni siquiera aportar con un granito de arena para reunirla, eso nos hubiese gustado a nosotros. Afecta un poco por la preocupación por ella también, si necesita apoyo no solamente de nosotros, también de los otros hijos”.
(MFP-49).

Walker (García J.R., 2010), por su parte, diferencian cinco patrones de ayuda a los mayores por parte de sus hijos: *Ayuda rutinaria*: asistencia regular y frecuente que se incorpora a las actividades de los hijos. *Ayuda de apoyo*: ayuda limitada de los hermanos con la que pueden contar los cuidadores rutinarios. *Ayuda restringida*: se limita a ayudas concretas, como el apoyo financiero. Es característica de los hijos varones. *Ayuda esporádica*: ayuda dada en función de las circunstancias del cuidador, y no de la persona cuidada. Es también más común entre los hijos. Las hijas proveen este tipo de ayuda sólo cuando las necesidades de los padres son mínimas. *Disociación*: ocurre cuando no se puede contar con la ayuda del hijo/a. Si interpretamos el párrafo expuesto anteriormente, se puede definir la ayuda como disociativa, en la cual las hijas se sienten solas en el cuidado hacia la persona mayor, de la cual estas no cuentan con el respaldo y el apoyo familiar en lo afectivo y económico, siendo estas necesidades satisfechas por las mismas hijas/os que asumen el cuidado de la persona mayor dependiente.

Otros cuidadores/as: Hay una pequeña proporción de cuidadores familiares que no son cónyuges o hijos: nueras, hermanos, nietos y amigos, fundamentalmente se trata de un grupo de cuidadores muy heterogéneo cuyo apoyo puede ser crucial cuando no hay otros familiares cercanos susceptibles de ocuparse de la persona dependiente (García J.R., 2010).

“Las veces que mi mamá se ha enfermado, tengo el apoyo de amigas que me ayudan, que se tienen que quedar con mis padres, ahí trato de ingeniármelas”. (JBR-31).

Al momento en que la cuidador/a informal debe realizar actividades que vayan en beneficio suyo y de la persona mayor dependiente, estas manifiestan tener una red de apoyo que vaya hacia el cuidado en caso de estas no poder cumplirlo, esta red no es familiar pero si de personas cercanas al núcleo familiar.

Categoría de segundo Orden: Ocupación

Categoría de Segundo Orden	Codificación
Ocupación	Con ocupación laboral
	Sin ocupación laboral

La *ocupación* es el conjunto de tareas laborales determinadas por el desarrollo de la técnica, la tecnología y la división del trabajo, comprendiendo la función laboral del trabajador y los límites de su competencia (Ros Guach J.A., 2006).

Teniendo en cuenta el significado de *Ocupación*, es posible determinar la siguiente codificación:

Con Ocupación Laboral: Es lo que una persona hace en un momento determinado, la forma que tiene de ocupar el tiempo laboral, a cambio de una remuneración por un tiempo determinado.

“He aprendido harto, me encanta esto, pero llega un momento en que si le tomo rechazo al trabajo porque siempre lo mismo, uno termina gustándole poco cuando no debe ser así, tengo dos trabajos, en el hogar y en mi domicilio. A mí el trabajo es una vía de escape a pesar de que hago la misma pega, quizás más pesada porque son mas abuelos, pero mis compañeras conversamos algo distinto, desligarme un poco aunque no 100%, pero igual es una vía de escape, trato de irme para allá y dejar los problemas aquí, y viceversa”. (JBR-31).

Los y las cuidadores informales manifiestan estar en situación de ocupación laboral de la cual observan en el trabajo una fuente de ingresos respecto al gasto

de los financiamientos diarios que requiere el cuidador informal en las resoluciones periódicas que ejecutan con personas mayores a su cargo. También se observa que a través de esta fuente laboral, ve en esta una vía de escape en la cual desahogarse frente a compañeros y compañeras de trabajo, encontrando apoyo, empatía, afecto y contención.

También se observa otro concepto referente a la ocupación laboral, la cual es el concepto de *“Dueña de Casa”*, la cual se refiere a la ocupación principal el hogar, dedicándose a tareas domésticas tales como: el cuidado de los hijos, la limpieza de la casa, la compra de víveres y otros artículos, la preparación de los alimentos, la administración parcial o total del presupuesto familiar, la supervisión de trabajos y de tareas en el ámbito del hogar.

“No solamente lo he cuidado a él, estoy trabajando en una casa cuidando a otro caballero, ahí aprendí a tener paciencia, llevarlo al baño, mudarlo”. (LCV-64).

Según el relato del fragmento anterior, otra fuente de ingresos respecto al gasto de los financiamientos diarios de cuidadoras informales, es la de ejercer de dueño/a de hogar en otra casa particular, con la particularidad de también es la de cuidar a otra persona mayor.

Sin ocupación laboral: Referente a una persona que carece de una ocupación laboral, en consecuencia, no tiene remuneración para satisfacer sus necesidades.

“Ahí estamos mal, porque yo deje de trabajar, estoy como una carga de él y el generalmente tiene una jubilación muy poca, por ende, al ser carga de él y yo no poder aportar, como que me siento un poco mal” (JRL-57).

El cuidador informal al enfocar su tiempo y trabajo en el cuidado de la persona mayor, puede generar ausencia laboral, por lo cual, debido a la sobrecarga que implica el cuidado hacia una persona mayor, el o la cuidador opta por la renuncia laboral y enfocarse en tiempo completo hacia la persona mayor, en consecuencia, se presentan dificultades respecto al gasto de los financiamiento diario que requiere el cuidador informal en las resoluciones periódicas que ejecutan con personas mayores a su cargo, independientemente de la pensión recibida por la persona mayor, aun así, no son suficiente para los gastos y financiación diaria.

Análisis del Objetivo número dos

“Identificar los efectos del Síndrome de Burnout que padecen los cuidadores informales de Personas Mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga”.

De acuerdo al objetivo anterior, permite identificar la categoría de primer orden el cual orienta la investigación orientado hacia los efectos del síndrome de Burnout en cuidadores informales de personas mayores desde categorías de segundo orden como son los efectos individuales y los efectos sociales.

Primero, antes de desarrollar el concepto de efecto, es necesario recurrir a la definición de causalidad, la cual es el principio o el origen de algo. El concepto se utiliza para nombrar a la relación entre una causa y su efecto, por ende, si se conoce con precisión el estado actual de algo, es posible predecir su futuro (Pérez Porto J y Gardey A., 2020).

Un *efecto* constituye un fenómeno que se genera por una causa específica y que aparece acompañado de manifestaciones puntuales que pueden

ser establecidas de forma cualitativa y cuantitativa, en este caso, dado a las características de la investigación, será cualitativa, conociendo los efectos del cuidado informal en personas mayores bajo sus palabras, interpretaciones y manifestaciones del fenómeno.

De esta categoría de primer orden, se van desprendiendo las categorías de segundo orden como los efectos individuales ya sea somático, conductual, emocional y cognitivo; desde los efectos sociales, serán la violencia, las relaciones interpersonales, la red de apoyo y el ocio. Ambos con sus respectivas codificaciones que se expondrán a continuación.

Categoría de segundo orden: Somático

Categoría de Segundo Orden	Codificación
Somático	Trastornos de la conducta alimentaria Pérdida de memoria Trastorno del sueño Dolor muscular Colon Irritable Fatiga

Somático: Referente al Sistema Nervioso Somático, responsable de transmitir la información motora y sensorial tanto de ida como de vuelta al sistema nervioso central. Esta se encuentra conformada por nervios que se conectan a la piel, los órganos sensoriales y todos los músculos esqueléticos con el Sistema Nervioso Central. Es el responsable de casi todos los movimientos musculares voluntarios, así como del procesamiento de la información sensorial que llega a

través de estímulos externos que incluyen la audición, el tacto y la vista (Collado S.M., 2020).

En los trastornos somatomorfos, los factores mentales se expresan en forma de síntomas físicos (un proceso denominado somatización) y la principal preocupación de la persona son los síntomas físicos (somáticos, de la palabra griega *soma*, que significa "cuerpo"), como el dolor, la debilidad, la fatiga, las náuseas u otras sensaciones corporales. El trastorno por somatización del DSM-IV trataba de recoger la siguiente situación: personas con una amplia síntomas físicos ya sea dolorosos distribuidos, gastrointestinales, y pseudoneurológico, que afectaran de forma significativa a su vida, con una persistencia medida en años (Pareja M.V., 2014).

Teniendo en cuenta el significado de *Somático*, es posible determinar la siguiente codificación:

Trastornos de la conducta alimentaria: Los trastornos de la conducta alimentaria son problemas relacionados con la forma en que comen las personas. Pueden ser muy perjudiciales para la salud de la persona, sus emociones y sus relaciones personales.

“Con mi dolor de estomago, dolor tensionar, falta de apetito, al despertarme con el estomago malo, al almorzar solo como dos cucharadas y me dan ganas de vomitar de nuevo”. (JMR-31).

La mayoría de los cuidadores/as informales concuerda que el cuidar de persona mayor dependiente ha traído consigo problemas alimenticios, ya sea, de la falta de apetito al momento de la ingesta de comida, como también complicaciones como náuseas y vómitos o intentos de este, dándose sobre todo,

en situaciones de fuerte tensión física y psicológica, siendo una vivencia que se da diariamente.

Pérdida de memoria: La pérdida de la memoria (amnesia) es el olvido inusual del cual no es capaz de recordar hechos nuevos o acceder a uno o más recuerdos del pasado, o ambos, pudiendo presentarse por un corto tiempo y luego resolverse (transitorio) (Jasmin L, 2017).

“Yo tengo problemas de memoria igual, me dejo afectada y se me repercutió en la memoria y se me olvidan las cosas, igual como mi mama, la cual ella me dice que unas personas la molestan, que se le pierden las cosas, a veces mi hijo mayor se enoja conmigo y yo le digo que no entiende, que es mi memoria, mi cabeza”(…) “me afecta, porque a veces ella me pregunta de sus cosas “oye, has visto esto, mis remedios, aquí y allá” y yo le digo que los deje a mano para que ella igual se acuerde”. (MFP-49).

El estrés y tensión producida por el cuidado, genera problemas que van relacionado a la pérdida de memoria de forma momentánea en el cuidador/a, en consecuencia, pasa por episodios de desorientación al momento de atender a las necesidades y tareas domesticas de la persona mayor, el cual puede generar conflictos con la persona mayor, como también con el entorno familiar.

Trastorno del Sueño: Los trastornos del sueño son problemas relacionados con dormir, incluyendo dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, dormir demasiado y conductas anormales durante el sueño (Blaivas A., 2018).

“En la noche no puedo dormir bien, me acuesto y trato de dormir como alrededor de las 12 de la noche, pero me dan las 2, las 3, las 4 de la mañana sin poder

dormir". (SRA-71).

El insomnio es una causa recurrente en los y las cuidadores informales que cuidan personas mayores, convirtiéndose en una situación que dificulta el momento de conciliar el sueño, por ende, trae consigo consecuencias ya sea en la atención y realización de labores domésticas dentro del domicilio, teniendo episodios de somnolencias a lo largo del todo el día.

Dolor muscular: Los dolores musculares son comunes y pueden comprometer más de un músculo, involucrando ligamentos, tendones y fascia. El dolor muscular a menudo está muy relacionado con tensión, sobrecarga o lesión muscular por el ejercicio o el esfuerzo físico (Vorvick L, 2019).

"Me encontraron fibromialgia, eso es una enfermedad debido al estrés y los dolores al cuerpo" (...) "empecé con la fibromialgia, después ya dolores lumbares por el esfuerzo que uno hace, a las articulaciones rotativas, todo eso". (JBR-31).

Se identifica que los y las cuidadores evidencian dolores musculares en el cuidado informal manifestándose una enfermedad que es común del cuidador que es la fibromialgia la cual genera un dolor prolongado que se va propagando por todo el cuerpo, dándose una sensibilidad mayor a la normal en las articulaciones, músculos, tendones y otros tejidos blandos, agudizándose especialmente en tareas de carga y peso en la persona mayor.

Colón Irritable: El síntoma más frecuente son la distensión abdominal y el dolor de intestinos o el dolor de estómago, en ocasiones incluso calambres intestinales y probablemente diarrea. Las dolencias suelen empeorar en la época en las que experimentan mucho estrés. Se refiere a esta enfermedad como un

trastorno psicosomático: una enfermedad que tiene una causa física, aunque a menudo desencadenada por un determinado estrés psicológico.

“Es que yo sufro del colón, entonces, si yo paso rabia u otra cosa, eso me hace mal, todas esas cosas me hacen mal, igual con mi mama, lo que paso rabia, por ende, voy al baño, todas esas cosas”. (MOP-49).

Se identifica que en los y las cuidadores evidencian dolores al colón debido al estrés y tensión al momento de ejercer el rol del cuidado, estas sumándose a las dificultades para la conciliación del sueño y a la normal ingesta de alimentos, anteriormente expuestos.

**Fatiga:* Cansancio que se experimenta después de un intenso y continuado esfuerzo físico o mental, siendo una respuesta normal e importante al esfuerzo físico, al estrés emocional, al aburrimiento o a la falta de sueño (Dugdale D, 2019).

“Cansada, porque a veces no me puedo ni mi cuerpo”. (MLS-68).

Los y las cuidadores informales concuerdan en que al momento en que empezaron a asumir el rol de cuidador/a, empezaron a experimentar fatiga de manera paulatina, en consecuencia del esfuerzo físico y mental por la sobrecarga del cuidado en una persona mayor.

Categoría de segundo orden: Conductual

Categoría de Segundo Orden	Codificación
Conducta	Depresión Ansiedad Crisis de Pánico

Conducta: El término conducta, aplicado a las manifestaciones del individuo, tiene siempre la connotación de estar dejando de lado lo más central o principal del ser humano: los fenómenos propiamente psíquicos o mentales. Estos últimos serían realmente los fenómenos más importantes, dado que origina la conducta. Etimológicamente la palabra conducta es latina y significa conducida o guiada; es decir, que todas las manifestaciones comprendidas en el término de conducta son acciones conducidas o guiadas por algo que está fuera de las mismas: por la mente, por lo cual, la conducta implica siempre conflicto o ambivalencia y sólo puede ser comprendida en función del campo o contexto (entorno o mundo de estímulos) en el que ella ocurre (Bleger J., 1963).

Teniendo en cuenta el significado de *Conducta*, es posible determinar la siguiente codificación:

Depresión: Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2020).

“Tuve un tiempo que no me daban ganas de levantarme, solo lo hacía para ir a ver a mi papá, no quería bañarme, no quería nada. Lo único que quería era dormir, no despertarme más, estaba chata de la vida, todo lo pillaba negativo, me

peleaba con las personas, no tenía paciencia con mi papá, ahí me dije “necesito ayuda”. (JBR-31).

Los y las cuidadores informales al estar expuestos a una fuerte demanda en el cuidado de la persona mayor, manifiestan tener episodios de depresión, el cual este modifica su conducta, dándose situaciones de profunda tristeza y apatía hacia ellos mismos como también hacia su entorno, también impaciencia con la persona cuidada. Estas personas también viven procesos de cuestionamiento hacia su existencia y propósito en la vida, llegando a situaciones de desesperanza, falta de energía e inutilidad en sí mismos/as.

Ansiedad: Estado de reacción emocional que consiste en sentimiento de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, acompañado de activación o descarga del sistema nervioso autónomo.

“Desde que empecé con una depresión que me dijo la psiquiatra, crisis de pánico y el trastorno de ansiedad”. (JBR-31).

Los y las cuidadores informales además de pasar por episodios de depresión, también han tenido episodios de ansiedad en consecuencia de la sobrecarga emocional y física respecto al estrés constante, por ende, se agotan las reservas físicas y mentales del cuidador debido al constante estado de hiperactividad y atención hacia la persona mayor dependiente.

Crisis de pánico: Son períodos en los que se padece, de una manera súbita, temporal y aislada; un miedo, temor o malestar intenso. Generalmente aparecen de manera inesperada, si se desencadenan debido a una situación de la que la persona no es o no se siente capaz de escapar, lo que puede generar desesperación (Berger F, 2018).

“Hay momentos de sobrepaso, las crisis de pánico, llego un momento que no podía subirme a un metro o generalmente aquí en casa” (JBR-31).

Los y las cuidadores informales han indicado al menos una o más veces, haber sentido síntomas de taquicardia, náuseas, sensaciones de asfixia o desmayo en domicilio como también fuera de este, tomando por ejemplo actividades comunes de la vida diaria, ya sea tomando transporte público, trámites en lugares de mucha afluencia de público y compra de mercadería u otros útiles.

Categoría de segundo Orden: Emoción

Categoría de Segundo Orden	Codificación
Emoción	Tristeza Ira Alegría Desahogo

Emoción: Las emociones son reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos del individuo cuando percibe un objeto, persona, lugar, suceso o recuerdo importante. Los diversos estados emocionales son causados por la liberación de neurotransmisores (o neuromediadores) u hormonas, que luego convierten estas emociones en sentimientos y finalmente en el lenguaje. Conductualmente, las emociones sirven para establecer nuestra posición con respecto a nuestro entorno, y nos impulsan hacia ciertas personas, objetos, acciones, ideas y nos alejan de otros (Wikipedia, 2020).

Teniendo en cuenta el significado de *Emoción*, es posible determinar la siguiente codificación:

Tristeza: Según Paul Ekman, la tristeza es un sentimiento negativo caracterizado por un decaimiento en el estado de ánimo habitual de la persona, que se acompaña de una reducción significativa en su nivel de actividad cognitiva y conductual, y cuya experiencia subjetiva oscila entre la congoja leve y la pena intensa (Ekman P., 2019).

“Me angustiaba, lloraba y me decía ¿porque él?”.(MMV-60).

Los y las cuidadores tienen o han tenido sentimientos y emociones negativas como la tristeza, dándose espacios dentro del domicilio para desahogarse, especialmente en momentos en que la persona mayor duerme.

Ira: Según Paul Ekman, la ira es el sentimiento que emerge cuando la persona se ve sometida a situaciones que le producen frustración o que le resultan aversivas. De modo genérico se plantea como un proceso vigorizador que urge a la acción, interrumpiendo los procesos cognitivos que se hallan en curso, centrando la atención y la expresión de afectos negativos en el agente que la instiga, y actuando como defensa en situaciones que comprometen la integridad física o la autoimagen y la propia estima (Ekman P., 2019).

“Me enrabiaba y lloraba, a veces podía estar muy enojada, enojada con la vida y la gente, no quería nada” (JBR-31).

En los relatos de los y las cuidadores informales, la tristeza conlleva a episodios de rabia debido al rol que ellos/as cumplen de cuidador/a,

manifestándolos hacia estos mismos, hacia las personas mayores dependientes bajo su rol de cuidado como también hacia el entorno social familiar.

Alegría: Según Paul Ekman, la emoción de alegría surge cuando la persona evalúa el objeto o acontecimiento como favorable a la consecución de sus metas particulares. También aparece cuando la persona experimenta una atenuación en su estado de malestar, consigue alguna meta u objetivo deseado, o cuando tenemos una experiencia estética (Ekman P., 2019).

“A veces con mi mama cantamos, leemos la biblia, hablamos de la palabra del señor, cantamos alabanzas y nos reímos, hacemos chistes y bromas, así nos pasamos riendo, para alegrarla a ella”.(MOP-49).

En base al extracto anterior, se puede inferir que en los y las cuidadores informales, aun estando en un rol que implica periodos de tensión y estrés, se pueden percibir emociones de alegría, dilucidados en estados emocionales armónicos de bienestar, lo que permite conocer una satisfacción y gratificación en momentos de retribución con la persona cuidada, momentos que se utilizan para aliviar el rol del cuidado.

Desahogo: Según la Real Lengua Española, el desahogo como una mejora de estado de ánimo de alguien, aliviándolo en sus trabajos, aflicciones o necesidades (Real Lengua Española, 2017).

“Todo lo que digo es la verdad, lo que siento, me desahogo, me estoy desahogando con ud. me siento bien, porque a cualquiera no puedo contarle las cosas, entonces con ud. me siento desahogada para que ud sepa lo que está

pasando". (LCV-64).

Según los relatos en los y las cuidadores informales, al pasar por sentimientos, de rabia y tristeza, estas reprimen estas emociones lo cual para estas personas, no cualquier persona es apta para desahogarse debido a que consideran sentir vergüenza y humillación lo que consideran carga física y psicológicas, lo cual en este caso, recurren a personas con algún estatus, en este sentido, profesionales, sintiendo en este, una la confianza para desahogar sus emociones.

Categoría de segundo Orden: Cognitivo

Categoría de Segundo Orden	Codificación
Cognición	Intolerancia al maltrato Baja comprensión de la conducta de la persona mayor.

Cognición: La cognición se define como la acción y efecto de conocer. La palabra proviene del latín *cognitio* que a su vez se compone de las partículas *con*, que significa 'junto' o 'todo', y *gnōscō* o *gnōscere*, que significa 'saber' o 'tener noción'. Así, la cognición es una facultad propia del ser vivo que le permite registrar e interpretar la información que recibe a través de la experiencia, la percepción y la subjetividad. El proceso de cognición implica el uso de habilidades mentales como la atención, la memoria, los sentimientos, el razonamiento, la capacidad para resolver problemas, la toma de decisiones y, finalmente, el aprendizaje (Significados, 2020).

Teniendo en cuenta el significado de *Cognición*, es posible determinar la siguiente codificación:

Intolerancia al maltrato: La intolerancia se define como la falta de habilidad y voluntad de tolerar algo, en este sentido, físico o psicológico. También se le refiere como la incapacidad de admitir, aceptar o permitir en los demás una cierta manera de ser, actuar o pensar. Se podría, en consecuencia, definir como todo comportamiento, forma de expresión o actitud que viola o denigra los derechos de la persona, o invita a violarlos o negarlos.

“Una vez me pego por aquí (apuntando a su pie), yo le digo “si tú me pegas, yo iré a carabineros y les diré que me estas maltratando sin hacerte nada”, yo tengo que cuidarlo pero no pegarle, pero si él me está hiriendo así, yo iré altiro a carabineros”. (MLS-68).

Los y las cuidadores han manifestado sentirse expuestos a episodios de maltrato físico y psicológico debido a la conducta o comportamiento agresivo y errático de la persona mayor, siendo común que el cuidador entre en conflicto con la persona bajo su cuidado como también a la no comprensión de estas conductas.

Baja comprensión del cuidador frente a la conducta de la persona mayor: Según la Real Lengua Española, el comprender es la facultad, capacidad o perspicacia para entender y penetrar las cosas (Real Lengua Española, 2020). La comprensión es un proceso de creación mental por el que, partiendo de ciertos datos aportados por un emisor, el receptor crea una imagen del mensaje que se le quiere transmitir. Sin embargo, ese proceso que deriva en comprender a otros, implica poseer o desarrollar una actitud de

tolerancia, además de un conjunto de cualidades que integren una idea, situación o persona (Arauz F.E.R., 2014).

“Lo que me complica de mi mamá, es que a veces estoy acá con un desayuno o un almuerzo y me voy, lo cual ella me dice “ya te vas ya”, yo igual debo hacer mis cosas, ella no lo entiende, se enoja, se pone celosa con mi hijo, lo cual le digo “mamá, son mis hijos, no puedo dejarlos de lado, debo atenderlos a ellos también”, siempre se pone celosa conmigo, tiene miedo a estar sola “anda a verte a tus cauros” y se enoja, se pone a llorar y yo me siento como complicada, culpable, mal, nose como decirlo “que hago” y no puedo estar todo el día pegado a ella, no puedo, debo atenderlos a ellos, me voy con esa sensación de pena, me digo ¿Estaré haciendo mal?”. (MOP-49).

Respecto a la baja comprensión del cuidador frente a la forma de comunicarse y expresarse en la persona mayor, los y las cuidadores han manifestado tener episodios de confusión respecto a lo que puede estar expresando la persona mayor, dándose situaciones de conflicto con esta, por ende, el o la cuidadora dice sentir culpa frente a conductas de ira o tristeza de la persona mayor, no sabiendo que es un proceso normal del envejecimiento y deterioro cognitivo de la persona mayor.

Categoría de segundo orden: Violencia

Categoría de Segundo Orden	Codificación
Violencia	Violencia Física Violencia Psicológica

Violencia: Según la Organización Mundial de la Salud, la violencia puede definirse como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OMS, 2002).

Teniendo en cuenta el significado de *Violencia*, es posible determinar la siguiente codificación:

Violencia Física: Es cualquier acción que ocasiona un daño no accidental, utilizando la fuerza física o alguna clase de arma u objeto que pueda causar lesiones, graves o no, internas, externas o ambas.

“A veces el me bota de la cama a puros bastonazos en el poto y me empiezo a parar y le digo “quieres que te dé con el bastón”, me duele” (...) “Tuve un golpe con él, se me fue y me pega, me dejo así un cototo, la otra vez paso lo mismo pero con mi pie”. (MLS-68).

Respecto al fragmento expuesto, se puede observar en las entrevistas realizadas a cuidadores/as informales, que estos han sufrido episodios de violencia por parte de las personas mayores que están bajo su cuidado, siendo estas acciones forma reiterativa e imprevista, los cuales pueden ser propias del avance de los años de la persona mayor y de su neurodegeneración, lo cuales son comunes los arrebatos, convirtiéndose en acciones que conllevan a la coacción y manipulación de la persona mayor hacia la persona que ejerce el rol de cuidado.

Violencia Psicológica: Se le llama violencia psicológica a toda agresión realizada sin la intervención del contacto físico entre las personas. Es un fenómeno que se origina cuando una o más personas arremeten de manera verbal

a otra u otras personas, ocasionando algún tipo de daño a nivel psicológico o emocional en las personas agredidas.

“Una vez el me dice que “iba a maraquear”, se lo dije a mi hijo con lagrimas porque yo no salgo, yo estoy aquí, voy a conversar con mi hijo, me quedo con él y le dije y él le dijo a el porqué le dijo eso y que “se pegara una piedra en el pecho y que la vieja te está cuidando con amor” y que sea la última vez que le decía eso, que no tenía que ser así con ella y que ella ha estado en todas contigo”(LCV-64).

Respecto al fragmento expuesto abordando la violencia desde un punto de vista físico, también se pueden dar episodios de violencia psicológica, dándose con mayor reiteración, la manipulación en forma de palabras o actos de coacción y aislamiento de la persona mayor hacia el cuidador, por ende, las consecuencias producidas van desde el desgaste emocional y la baja autoestima del mismo/a.

Categoría de segundo orden: Relaciones Interpersonales

Categoría de Segundo Orden	Codificación
Relaciones Interpersonales	Conflicto Interpersonal Distanciamiento Aislamiento

Relaciones Interpersonales: Se pretende promover la "comunicación interpersonal" como un recíproco enriquecimiento humano hacia la aproximación y conquista de la identidad personal en el camino de maduración y auto creación en la relación social entre las personas. El ser humano es un ser-con y en medio de los otros donde los aprende a respetar, admira y mutuamente crecer en su humanidad, en conclusión, en convertirse en un ser sociable (García M., 1995). Lo

cual conlleva a que la necesidad de relacionarse se ha demostrado como una de las necesidades básicas del ser humano y las relaciones una vía importante de recobrar el bienestar. Por lo tanto, vivir en grupo y relacionarse con los semejantes no es solo ventajoso, sino que es necesario. El conflicto interpersonal es una situación de desacuerdo, entre dos o más personas, en la que cada una de las partes tiene intereses o posiciones contrapuestas.

Teniendo en cuenta el significado de *Relación Interpersonal*, es posible determinar la siguiente codificación:

Conflicto Interpersonal: Según Folger, el conflicto es la interacción de personas interdependientes que perciben objetivos incompatibles e interferencias mutuas en la consecución de esos objetivos, por ende, el conflicto es divergencia de intereses, o la creencia de las partes de que sus aspiraciones actuales no pueden satisfacerse simultánea o conjuntamente, es decir, que en el momento del conflicto las partes se perciben antagónicas, y no perciben una salida o respuesta integradora para sus diferencias (Alzate R., 2013).

“Me cansé de pedir ayuda, con mis hermanos es su deber” (...) “Con mis hermanos, como ellos pueden ser así, ellos no la invitan a almorzar a su casa, quizás se avergüenzan con ellos, nosotros somos humildes, ellos son cuicos, no es de estrato social que somos nosotros, con mi hermana es lo mismo, nose, si yo tuviera su situación, no los molestaría para nada, pero se pegaran la cachada y será muy tarde” (JBR-31).

Respecto al fragmento expuesto, al momento de asumir el cuidado, los y las cuidadores informales han ido generando roces y conflictos con el núcleo familiar, debido a que estas se han aislados al momento de ejercer dicho rol, lo cual es normal tener conflictos debido a la falta de apoyo en la sobrecarga que implica cuidar a una persona.

Distanciamiento: Para la Real Lengua Española, el distanciamiento es el alejamiento, desvío, desafecto entre personas ya sea, familiares, amistades, entre otros (Real Lengua Española, 2020).

“Amigos si porque tuve que olvidarme de todas mis amistades porque no las visite mas, igual que familiares que se me fueron y no pude ir por estar pendiente de él”. (MMV-60).

Respecto al comentario anterior, los y las cuidadores informales han manifestado tener problemas al momento de administrar el tiempo en sus relaciones sociales, ya sea familiar, amistades, afectivas, intimas y entre otros, debido a que para estas personas, seria complejo el desatender a la persona cuidada, en consecuencia, estas se distancian de actividades de reunión social.

Aislamiento: Según la Real Lengua Española, el aislamiento es Incomunicación, desamparo hacia una persona, a dejar algo solo y separado de otras cosas; apartar a una persona de la comunicación y el trato con los demás (Real Lengua Española, 2020).

“Me siento más o menos aislada, se olvidaron de mí, no me vienen a ver”. (MLS-68).

Respecto al comentario anterior, los y las cuidadores informales de personas mayores han manifestado sentirse aislados al momento de empezar a asumir el cuidado, no teniendo el apoyo y contención familiar y de terceras personas que requieran debido a la sobrecarga que conlleva el cuidado, lo cual estas personas la gran mayoría del tiempo, cuentan consigo mismas para afrontar dicha sobrecarga física y mental.

Categoría de segundo Orden: Red de apoyo.

Categoría de Segundo Orden	Codificación
Red de apoyo	<p>Red de apoyo institucional</p> <p>Escaso apoyo Interinstitucional</p>

Red de Apoyo: Montes de Oca Zavala recopila una serie de información respecto a como autores definen la red de apoyo (Montes de Oca Zavala V., 2006), lo cuales se iran exponiendo a continuación: Bott lo explica como una configuración social en la que se mantienen relaciones entre sí. Esto es complementado por las características que Pearlin definiendo la red desde un carácter multidimensional, conformándose por redes sociales, grupos de afiliación e interacción interpersonal, ósea en este caso, se refiere a toda la gente con la cual un individuo debe tener contacto o algún tipo de intercambio. Por este lado, Walker y colaboradores definen a la red de apoyo como una serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información. Maguirre asume que la red de apoyo es una fuerza preventiva que asiste a individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales.

Teniendo en cuenta el significado de *Red de Apoyo*, es posible determinar la siguiente codificación:

Red de Apoyo Institucional: Es un organismo público o privado creado para desempeñar una determinada labor cultural, científica, política o social. Las instituciones trascienden las voluntades individuales, al identificarse con la imposición de un propósito considerado como un bien social.

“Desde lo financiero, ordenándome nomas, con el hogar de Cristo y eso. Lo que yo hacía, era todo para él, ya sea, las costuras, las lucas nunca me faltaron para pagar, el gas que incluso hogar de Cristo me ayudo en eso, eso fueron todos los servicios que me prestaron”. (MMV-60).

Se puede resaltar el apoyo que tienen los y las cuidadores informales de personas mayores del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor de la Fundación Hogar de Cristo, donde manifiestan estar en una constante retroalimentación en ayuda material e inmaterial en el cuidado. El programa también genera instancias donde profesionales y estudiantes intervienen socialmente en este grupo en herramientas, técnicas y habilidades socioeducativas y socio afectivas que son de ayuda a este grupo, esto, bajo la base de la misión y valores que son propias de la Fundación Hogar de Cristo.

Escaso apoyo Interinstitucional: Según la Real Lengua Española, el apoyo interinstitucional se refiere a que es perteneciente o referido a dos o más instituciones relacionadas entre sí. La escasez en este caso, es la existencia limitada e insuficiente de algo, especialmente si se considera necesario.

“La poca ayuda, el poco profesionalismo que tienen algunas personas, por ejemplo, mi papá cuando se enfermo, el fue a postrados, entonces, era como mendigar salud, ayuda en las municipalidades, postular a una casa pero no podía porque soy madre soltera, entonces te ponen más barreras y mas barreras. El adulto mayor es poco considerado aquí, entonces, el sistema es complicado ya sea en las atenciones, no es buena para ellos, como la “última chupada del mate”, no debería ser así. En la salud no están ni ahí con los viejos”. (JBR-31).

“Lo que te decía, la falta de médicos, más atención para estas personas, sobre todo, especialmente postradas en los servicios públicos. También cuidadores porque si

yo no podía ir al consultorio para hacer un chequeo, no podías moverte de tu casa. Si te ven solo, con una persona enferma, tiene que ir al médico, pero ¿en qué momento vas?, una se preocupaba de la comida, de los remedios, de que si no se caía y si no hubiese estado, me hubiese sentido culpable”. (MMV-60).

De acuerdo a los comentarios expuestos, se puede identificar una escasez en el apoyo interinstitucional, observando una baja o incluso nula comprensión de estas instituciones hacia los y las cuidadores, ya sea, en asistencia y atención de salud y hospitalización, lo cual describen la experiencia del sistema, como burocrática y con obstáculos, ralentizando los beneficios que pueden ayudar en el bienestar y dignidad en la calidad de vida de la persona cuidada y del cuidador mismo, por ende, son un grupo que dice sentirse desprotegido. Este grupo busca visibilizar nuevas formas de atención y comprensión de la realidad en la que está inmersa los cuidadores informales como sujetos de derechos.

Categoría de segundo Orden: Ocio.

Categoría de Segundo Orden	Codificación
Ocio	<p style="text-align: center;">Tiempo parcialmente de ocio</p> <p style="text-align: center;">Carencia tiempo de ocio</p> <p style="text-align: center;">Deseo de tiempo ocio</p>

Ocio: Según la Real Lengua Española, el ocio tiene cuatro acepciones las cuales son: La primera como una cesación del trabajo, inacción o total omisión de la actividad; la segunda como

el tiempo libre de una persona; la tercera como la diversión u ocupación reposada, especialmente en obras de ingenio, porque estas se toman regularmente por descanso de otras tareas; y por último como las obras de ingenio que alguien forma en los ratos que le dejan libres sus principales ocupaciones (Real Lengua Española, 2020).

El sociólogo Joffre Dumazedier describe el ocio como “un conjunto de ocupaciones a las cuales el individuo puede entregarse libremente, sea para descansar, para divertirse o para desarrollar su información o formación desinteresada, su participación social voluntaria o su libre capacidad creadora, después de haber cumplido sus obligaciones profesionales, familiares y sociales” (Dumazedier J., 1974).

Teniendo en cuenta el significado de *Ocio*, es posible determinar la siguiente codificación:

Carencia tiempo de ocio: Según la Real Lengua Española, la carencia es la Falta o privación de algo (Real Lengua Española, 2020).

“No puedo salir más de 5 horas afuera, ahí estoy jodida, no tengo tiempo libre”.
(JBR-31).

Respecto al fragmento anterior, los y las cuidadores, manifiestan no tener tiempo de ocio para sí mismos/as debido a que no pueden descuidar su rol de cuidador, lo cual en este caso, son personas que están permanentemente atendiendo en su rol satisfaciendo las necesidades de la persona mayor pero que no pueden satisfacer sus propias necesidades de tiempo libre.

Tiempo parcialmente de ocio: Se define como a la existencia de tiempo que es utilizado como ocio por la persona.

“Mire, hago almodones, los plancho y se rellenan, se bordan, así mantengo mi tiempo libre, me ayuda mucho, tejo” (...). “El domingo pasado llegó mi hijo diciéndome que “arréglate que vamos a salir” porque me cuesta un triunfo salir, me llevo a portillo, lo pase lindo, tengo fotos ahí, no estaba nevando, estaba refome pero lo pase súper lindo, me olvide de todo”. (LCV-64).

Respecto al fragmento anterior, se puede identificar que para algunos cuidadores/as informales, existe el tiempo de ocio, de la cual estos/as pueden desligarse del rol de cuidador y dedicar su tiempo libre a actividades favoritas, en este caso, manualidades o pasatiempos como recorrer otros paisajes acompañado de otros familiares, siendo instancias de recreación y alivianar el estrés y sobrecarga física y psicológica que viven estas personas.

Deseo de tiempo ocio: Según la Real Lengua Española, el deseo conlleva a un movimiento afectivo hacia algo que se apetece (Real Lengua Española, 2020).

“Me gustaría salir a distraerme, a caminar, a ver paisajes, cosas así, partes que me gusta es el campo, plantar flores, jardinear. Me gustan las partes de los lagos, playas, cosas así”. (MOP-49).

Respecto al fragmento anterior, se puede deducir que debido a la sobrecarga física y psicológica del cuidado, los y las cuidadores informales de personas mayores han manifestado querer tener instancias de tiempo libre para sí mismos y desligarse temporalmente del rol, sabiendo que para ellos sería beneficio físico y psicológico.

Análisis del Objetivo número tres

“Describir las experiencias cotidianas que presentan los cuidadores informales de Personas Mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga, frente a su carga como cuidadores”

De acuerdo al objetivo anterior, permite identificar la categoría de primer orden el cual orienta la investigación orientando hacia la experiencia cotidiana en cuidadores informales frente al cuidado de personas mayores dependientes desde categorías de segundo orden como son el pasado, presente y futuro.

Primero, se definirá la categoría de primer orden, el cual es la experiencia, del latín *experientia*, para el cual bajo palabras de Larrosa, esta es referente a un acontecimiento, dicho de otro modo, el pasar de algo que no es propia de la persona, algo que es exterior a esta, por ende, No hay experiencia, por tanto, sin la aparición de un alguien, o de un algo, o de un eso, de un acontecimiento en definitiva, que es exterior , extranjero , extraño , que esta fuera, que no pertenece al lugar, que no está en el lugar que la persona le da, que esta fuera de lugar (Larrosa J., 2006). En este caso, es el hecho de haber presenciado, sentido o conocido algo. La experiencia es la forma de conocimiento que se produce a partir de estas vivencias u observaciones (Merino M. Y Pérez Porto J., 2014). De esto se puede deducir que depende, directa o indirectamente, de la sensibilidad, es decir, el conjunto de contenidos que proceden de los sentidos, ya se refieran dichos contenidos a un acto cognoscitivo o a un acto vivencial (emocional) de modo que el ámbito de la experiencia viene a identificarse con el ámbito de la sensibilidad, de la percepción sensible. Otros usos del término refieren a la práctica prolongada que proporciona la habilidad para hacer algo, al acontecimiento

vivido por una persona y al conocimiento general adquirido por las situaciones vividas.

De esta categoría de primer orden, se van desprendiendo las categorías de segundo orden como son el pasado, el presente y el futuro. Dichas categorías contienen codificaciones los cuales se expondrán a continuación.

Categoría de segundo Orden: Pasado.

Categoría de Segundo Orden	Codificación
Pasado	Estado de salud del cuidador Escasez de conocimiento en el cuidado Conocimiento previo en el cuidado

Pasado: El pasado es el tiempo que ya sucedió y que, en una línea cronológica, ha quedado atrás. Se conoce como pasado tanto a dicho tiempo como a aquello que aconteció en el periodo en cuestión; El pasado da una sensación de seguridad, de control, ya que se conoce y no cambia (Gardey A. y Perez Porto J., 2009).

Teniendo en cuenta el significado de *Pasado*, es posible determinar la siguiente codificación:

Estado de salud del cuidador: Según la Organización Mundial de la Salud, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2020).

“Antes de asumir el cuidado, no sentía los dolores, hasta que empecé con los problemas a la cadera, la doctora me explico que estaba teniendo un problema a los huesos, producto del cuidado”. (MLS-68).

Los y las cuidadores manifiestan que antes de asumir el rol de cuidador en personas mayores, estas tenían buena salud física y psicológica, ya sea, en temas de agilidad y resistencia física, pero que, al momento de empezar a cuidar de una persona mayor, su salud física y psicológica empezó a deteriorarse, como también al abandono de la participación en actividades sociales y de tiempo de ocio.

Escasez de conocimiento en el cuidado: Se define como la existencia limitada e insuficiente de algo, especialmente si se considera necesario.

“No recibí educación sobre cuidado, todo empezó por mi cuenta”. (MLS-68).

Según el comentario expuesto, los y las cuidadores al momento de asumir el cuidado en personas mayores, tenían escasa o nula experiencia de cómo cuidar y atender las necesidades básicas e instrumentales de una persona mayor dependiente, lo cual este conocimiento y aprendizaje de fue dando a medida de que estas personas empezaron a ejercer el cuidado.

Conocimiento previo en el cuidado: Existencia de experiencia y conocimiento en el cuidado de personas mayores dependientes.

“Yo a mi mama la cuida hasta los 79 años, había que mudarla, darle papilla, también sufrió, ahora es él”. (LCV-64).

Según el comentario expuesto, los y las cuidadores al momento de asumir el cuidado en personas mayores, estos ya tenían experiencia previa de cuidado con otros familiares.

Categoría de segundo Orden: Presente.

Categoría de Segundo Orden	Codificación
Presente	Positivo
	Negativo

Presente: El presente con origen en el vocablo latino praesens, presente es un concepto con múltiples usos y acepciones. Se trata de un adjetivo que permite hacer referencia al tiempo que transcurre en el momento actual o a aquel en el que se halla una persona cuando cuenta algo. Un individuo que se encuentra presente, por otra parte, es aquel que está frente a alguien o que concurrió con él a un mismo lugar (Gardey A Y Pérez Porto J, 2010).

Teniendo en cuenta el significado de *Pasado*, es posible determinar la siguiente codificación:

Negativo: Según la Real Lengua Española, ser negativo implica la ausencia o inexistencia de algo. Incluye o contiene negación o rechazo, mala, perjudicial o infructuosa.

“No puede ser una experiencia buena porque te he estado contando, imagínate como fue el y después la experiencia, amarga y triste, no es una experiencia del que se tenga lindos recuerdos, solo del pasado, pero del presente que estamos viviendo, es triste, amargo, me cambio totalmente la vida”. (SRA-71).

El rol de cuidador/a de personas mayores también se asocia a sentimientos negativos, apreciándose a un gran agotamiento físico y mental de estos/as. Este desarrollo del cuidado sobre exige una notable demanda, siendo un proceso que evoca sentimientos de rabia y tristeza del cuidador, por ende, un acontecimiento que cambia a la persona de forma repentina y total.

Positivo: Según la Real Lengua Española, ser positivo es referente a algo útil, práctico o beneficioso. Dicho de una persona: Optimista, inclinada a ver el aspecto favorable de las cosas.

“Igual es una experiencia gratificante pero cansadora, igual a mí me gusta” (...)

“Para mí es gratificante poder alimentarlo, devolverle la mano cuando ellos lo hicieron cuando yo era chica”. (JBR-31).

Según el comentario expuesto, el rol de cuidador/a de personas mayores es un trabajo que conlleva una sobrecarga física y psicológica, agotamiento emocional y que puede generar instancias de aislamiento y distancia social y familiar, pero que es un trabajo gratificante, siendo una retribución la atención de las necesidades a una persona dependiente, cuando está en el pasado, cuidó y atendió de las necesidades del cuidador/a.

Categoría de segundo Orden: Futuro.

Categoría de Segundo Orden	Codificación
Futuro	<p style="text-align: center;">Proyección</p> <p style="text-align: center;">Negación en la evasión del cuidado</p> <p style="text-align: center;">Institucionalización</p>

Futuro: Del latín futūrus, el futuro es aquello que está por venir (por eso, porvenir es sinónimo de futuro). En una hipotética línea del tiempo, el pasado se encuentra detrás del presente (es lo que ya sucedió), mientras que el futuro aparece adelante (todavía no ha sucedido) (Pérez Porto J. y Merino M, 2009).

Teniendo en cuenta el significado del *Futuro*, es posible determinar la siguiente codificación:

Proyección: Extenderse, visualizarse o dirigirse, física o mentalmente, hacia adelante o hacia una distancia espacial o temporal.

“No quiero pensar en el futuro, quizás más adelante, que vaya pasando nomas, porque muchas veces me he dicho que voy a estudiar este año, me inscribía y mi papá se ponía más malo, después me salí y no pude estudiar, me fui proponiendo cosas que al final no pude ir haciéndolas, tengo que postergarlas, el día en que mi papa no este, ahí pensare que quiero hacer y que no quiero hacer”. (JBR-31).

En este fragmento, según las entrevistas realizadas a cuidadores/as informales, estos al momento de empezar a asumir el cuidado frente a una persona mayor dependiente, han tenido que postergar sus metas, generando bajo logro personal, sentimientos de incompetencia y carencia de los logros por ende,

estos concuerdan que al momento en que la persona mayor fallezca, tendrán el tiempo para retomar sus actividades personales de manera normal.

Negación en la evasión del cuidado: A partir de la negación, se sostiene que algo no existe o que una acción no se concreta (Pérez Porto J y Gardey A, 2008). Respecto a la evasión, del latín *evasio*, es la acción y efecto de evadir o evadirse (eludir una dificultad, evitar un peligro (Pérez Porto J y Merino M, 2011).

“Es que no podría, me sentiría mal, sería un cargo en mi conciencia, no podría porque es algo terrible, me molesta, no me lo permitiría, tengo que hacerlo porque es mi madre y esas cosas. La relación no se dará con otras personas”. (MOP-49)

En este fragmento se puede interpretar que según las entrevistas realizadas a cuidadores/as informales, estos no se ven interesados en evadir el asumir el cuidado, debido a que lo ven como un trabajo donde predominan sentimientos de gratitud y recompensa hacia un familiar, por ende, el evadir esta, significaría un cargo de conciencia y culpa para la persona que cumple el rol de cuidado, mas aun si hay vínculos afectivos de por medio, lo cual bajo palabras de las personas entrevistas, estas poseen la paciencia y conocimientos que otras personas no tendrían al momento de cuidar a una persona mayor dependiente.

Institucionalización: La institucionalización es el proceso por el cual una persona que vive en su entorno pasa a hacerlo en una institución para recibir atención en un centro especializado (García J.R., 2010).

“Quizás a él lo hubiésemos internado en un hogar, incluso en el hogar donde trabaja mi hija hablo con nosotros cuando él estaba hospitalizado, dijeron que quedaba un cupo, quizás más adelante tendremos que hacerlo porque no seremos ser capaces de cuidarlo. (SRA-71).

En este fragmento se puede interpretar que según las entrevistas realizadas a cuidadores/as informales si han mantenido contacto con instituciones que trabajan la temática del cuidado formal en personas mayores, por ende, en casos en que los cuidadores se sientan sobrepasados en forma física, psicológica, pueden tomar decisiones que pueden llevar a la institucionalización de la persona mayor.

Análisis Integrado del Cuidado Informal de la Persona Mayor

En correlación al análisis de las categorías expuestas, se deduce y concluye en base a las entrevistas aplicadas a los y las cuidadores/as informales de personas mayores dependientes y el efecto del Síndrome de Burnout en estos es que todavía la división sexual, predomina la feminización en el cuidado, siendo mujeres esposas e hijas las principales proveedoras de las actividades vitales básicas e instrumentales del cuidado, siendo personas mayores o que van en camino a serlo. Este tipo de trabajo aun sigue siendo un trabajo no remunerado, lo cual las personas que ejercen este rol, realizan otro tipo de actividades laborales, en este caso, de dueñas de hogar en otros domicilios, contando con la particularidad, de que también ejercen el cuidado frente a otras personas mayores dependientes, ahora bien, el cuidador informal al enfocar su tiempo y trabajo en el cuidado de la persona mayor, puede generar problemas laborales como puede ser la ausencia laboral, por lo cual, debido a la sobrecarga que implica el cuidado, las y los cuidadores optan por la renuncia laboral y enfocarse en tiempo completo hacia la persona mayor.

Desde los efectos del Síndrome de Burnout, se puede destacar dos dimensiones los cuales son la individual y la social que resumen la sobrecarga física, psicológica y social en ejercer el rol de cuidado. Desde lo Individual, la sobrecarga física y psicológica en el cuidado de una persona mayor, afecta a cuatro principales áreas: La primera, desde lo somático, caracterizado por

trastornos de la conducta alimentaria, colon irritable, pérdida de memoria, trastornos del sueño como la somnolencia e insomnio, dolores musculares crónicos y fatiga crónica, por ende, al ser personas con evidente deterioro físico producto de este rol, los y las cuidadores manifiestan sentirse en condiciones físicas suficientes para desempeñar el trabajo; desde lo segundo, la conducta, predominando conductas depresivas y de ansiedad, siendo estas no tratadas; el tercer punto es referente a los sentimientos y emociones, predominando principalmente sentimientos de tristeza e ira, siendo sentimientos que al ser reprimidos, agudizan los estados de depresión y ansiedad en los y las cuidadores, como también estos no tener los medios o redes sociales y familiares para desahogar dichos sentimientos; y cuarto punto, cognitivo, predominando percepciones de fuerte distorsión con la realidad, por ende esta produce baja comprensión respecto a las conductas y comportamientos que la persona mayor tienen hacia el cuidador/a, aflorando pensamientos de baja autoestima y poca realización personal.

Respecto a los efectos sociales, estos se dividen en cuatro áreas: La primera es referente a la violencia, en que los y las cuidadores han manifestado haberse sentido violentadas física y psicológicamente por las personas cuidadas a su cargo del cual va de la mano de manotazos, golpes, manipulaciones y conductas erráticas por parte de la persona mayor; desde lo segundo, asumir el cuidado en una persona mayor dependiente conlleva conflictos interpersonales familiares del cual se evidencian cambios profundos a nivel individual, social y familia, siendo la distancia y el aislamiento de estos círculos las consecuencias principales debido al no poder estos compatibilizar el cuidado con las relaciones sociales; el tercer punto es a la red de apoyo, predominando red de apoyo institucionales como lo es la ayuda que la Fundación Hogar de Cristo hacia los y las cuidadores beneficiados por el programa de atención domiciliaria del adulto mayor que va hacia este grupo como también hacia las personas mayores,

evidenciándose una ayuda que va desde lo material, ya sea en útiles de aseo, mercadería, entre otras cosas, como también inmaterial, ya sea desarrollo comunitario, concientización socio educativa y socio afectiva en temáticas de cuidado hacia personas mayores y una constante retroalimentación de la Institución hacia las personas con las que trabaja, todo esto en base a la misión y visión de la Fundación Hogar de Cristo; y de la cuarta área, es referente al ocio, el cual se evidencia una carencia en el tiempo de ocio para los y las cuidadores, y el deseo de estos de querer tiempos para sí mismos, en consecuencia, la nula o poca uso del tiempo de ocio en este grupo puede agudizar y deteriorar la sobrecarga física psicológica y social al no haber instancias de recreación que no implique el uso de ese tiempo en el cuidado informal en una persona mayor dependiente.

Desde la experiencia, se observa como los y las cuidadores adquieren conocimientos y aprendizajes al momento de asumir una tarea que para estas personas le es nueva, del cual, se pueden percibir tres perspectivas como lo son el pasado, el presente y el futuro: Primero, desde el pasado, se pueden desprender dos principales hechos, el primero es aquel en que los y las cuidadores antes de asumir el cuidado de una persona mayor, no contaban con problemas del índole físico y psicológico, y segundo, estos no contaban con conocimientos previos al momento del cuidado como también se pueden observar situaciones de personas que si tienen conocimiento previo al momento de asumir el cuidado de un familiar; lo segundo es el presente, el cual existe una contradicción entre los y las cuidadores, el cual por un lado, pueden considerar el cuidado como un hecho de constante cansancio, floreciendo sentimientos de tristeza e ira, pero por el otro lado, también se considera que es un trabajo gratificante y trae consigo sentimientos de alegría y satisfacción al momento de darle retribución a una persona mayor que requiere de su cuidado; la tercera y última es referente al futuro del cual se puede concluir que los y las cuidadores

informales son personas que no piensan en una proyección en el futuro, solo esta puede ser realizada en casos de defunción de la persona mayor, esto se caracteriza por la negativa al momento de evadir dicho cuidado de una persona mayor dependiente, debido a la existencia de vínculos de afecto, optando como última decisión en casos de emergencia o que se necesite, la institucionalización de esta.



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

Capítulo V Conclusiones

Hallazgos y Reflexiones

Hablar de dependencia y cuidados es una relación que se da de forma dinámica entre las personas a lo largo de todo el ciclo vital, donde cada etapa del ser humano requiere de cuidados, resaltando que el fenómeno de la dependencia siempre está presente, pero que en la etapa final de una persona mayor, esta relación adquiere características específicas, ya sea, biológicas, psicológicas y sociales respectivamente que no se dan en otras etapas del ciclo vital.

Los cuidados informales familiares predominan fuertes vínculos de afecto y apego, por lo cual, no es una sorpresa que este tipo de dependencia cuente con la preferencia y deseo de la familia como también de la persona mayor, el hecho de que sea cuidado y asistido en su domicilio, es la forma de ejercer su “derecho de envejecer en casa”, observando cómo prevalecen los vínculos de afecto y contención por sobre la institucionalización de esta.

El perfil de quienes cuidan se sigue concentrando en la mujer, hija o esposa/o, que pueden ser personas mayores como también personas que van en camino a serlo del cual se carece o no existe un apoyo y solidaridad intergeneracional al momento de que estas mujeres ejercen el cuidado, en consecuencia de esta razón, el nivel de sobrecarga es más intensa y sus problemas de salud mental y físicos comienzan a aparecer a medida que aumentan los años de ejercer labores de cuidado, así como también el número de enfermedades que padece la persona mayor dependiente.

La investigación realizada a lo largo de este año con profundas convulsiones y manifestaciones de la índole social y política a lo largo de todo el territorio nacional, se han observado una serie de demandas de grupos sujetos de derechos, especialmente, de este grupo de los y las cuidadores informales de personas mayores dependientes, exigiendo una ley que avale y proteja el estado

de derecho de estas personas, el validar y visibilizar esta nueva forma de trabajo no remunerado que tan ignorado se está en Chile y a la ausencia o quizás, a la presencia de políticas públicas que tienen un carácter más paliativo y asistencial en personas que padecen los efectos de la carga del cuidador o Burnout en personas que cumplen el rol de cuidado de personas mayores que requieren de asistencia en sus actividades básicas e instrumentales.

Es por esto que con este trabajo que se realizó en terreno, en los propios domicilios de las personas, se observa de primera mano como estas se convierten en parte integralmente/cuerpo de una persona que no puede satisfacer sus necesidades de forma propia, teniendo consecuencias personales, físicas, sociales, económicas, financieras y emocionales severas. Es por esto que se es necesario resaltar la importancia de un trabajo que al no ser remunerado, implica estar con la persona dependiente en forma permanente, en un espacio donde existen vínculos de contención y afecto, pero que de forma negativa, las limitaciones físicas y mentales no solamente se manifiestan en la persona cuidada, sino que también se van traspasando en los y las cuidadores.

El cuidado se inicia desde el momento en que la persona mayor empieza a mostrar síntomas de deterioro que van desde lo físico y mental, el cual él o la cuidadora, puede tener experiencia previa cuidando a otras personas como también tener nulo conocimiento de lo que es cuidar a alguien y es a través de este proceso que es complejo y lento por el cual se empiezan a adquirirse técnicas, habilidades y conocimientos pero que también a través de esto, conlleva un complejo sacrificio a costa del bienestar y estado de salud de la persona que asume el cuidado. Es importante que este trabajo será reconocido en base a la prevención y concientización hacia esta tarea del concepto del cuidado en la persona mayor, de la cual este se desarrolle hacia las evidentes contingencias que tendrá que vivir los y las cuidadores durante lo largo del proceso de deterioro de la físico y cognitivo de la persona mayor y a la adquisición de herramientas

adecuadas para enfrentar la situación de dependencia, atendiendo a la salud de la persona mayor, como también, a la propia calidad de vida del cuidador, que al final, es la que se lleva la mayor parte del peso físico y mental que implica esta arduo y complejo trabajo.

El cuidado informal como se ha visto a lo largo de todo el proceso investigativo, es un vínculo de apego emocional y afecto que desde lo positivo, genera un enriquecimiento y fortalecimiento espiritual que va traspasándose desde las generaciones más mayores a las generaciones más jóvenes, una instancia de acercamiento y retribución entre el cuidador y persona cuidada, pero que desde lo negativo, el cuidado implica sobrecarga, agotamiento físico general y desgaste emocional, predominando sentimientos de ira y tristeza que puede afectar a la conducta de la persona al no tener las herramientas y habilidades necesarias para atender a la calidad de vida de la persona mayor dependiente, como también a la propia.

Es por esto, que los y las cuidadores informales manifiestan el deseo y necesidad de tener espacios de apoyo en materia de herramientas y conocimientos socio afectivos y socio educativos en el cuidado, como también, de requerir de terceras personas como lo pueden ser familiares o servicios que sean especializados en la temática de cuidado en personas mayores. Respecto a área de servicios e instituciones, estas deben tener el objetivo de capacitar, orientar y dar una respuesta de manera más eficaz a las necesidades a los y las cuidadores que ejercer como también a aquellas personas que empezaran a asumir este complejo y cansador rol.

Es por este modo, que debido al proceso del envejecimiento poblacional y demográfico va en aumento, por ende, el grupo de personas que asumirán el cuida de están iran en correlación a lo dicho anteriormente, por lo cual, este tipo de trabajo que debe ser destacado y darle importancia a futuro en la formación y

puesta en ley de políticas públicas que vayan en el amparo y protección de este sector de la población y a la manifestación de síntomas del síndrome de Burnout, siendo un cambio de paradigma, en el cual la experiencia de cuidado más que verlo como una sobrecarga exigente ya sea física y mentalmente, esta debe observarse como una experiencia de vida en todas las esferas de la vida ya sea social, espiritual, emocional y afectiva, con fuertes lazos de retribución entre la persona cuidada como también de las personas que asumen el rol de cuidador o cuidadora.

Conclusión en torno a la Teoría que sustenta la presente investigación

En base al presente estudio, la teoría se bajo en la búsqueda de información respecto a los efectos del Síndrome de Burnout en los y las cuidadores de personas mayores dependientes, siendo la base para el análisis teórico para dar cuerpo y forma a la investigación, respaldando todas las observaciones y situaciones que ocurriesen durante en proceso, en información detallada al momento de realizar las entrevistas a las personas que son cuidadores, por lo cual, durante todo el proceso de teoría y práctica, fue dándose una serie de dinámicas de interacción.

El cuidado informal mantiene su rostro femenino, quien es la que brinda la asistencia y las tareas básicas e instrumentales de la persona mayor, generando una interrupción del ritmo habitual, limitando su vida social y familiar al momento de ejercer el rol de cuidador/a, por ende, este trabajo trae consecuencias bajo las vivencias y testimonios de los y las cuidadores, pero no por esto, deja ser un impedimento con un alto grado de compromiso, retribución y afecto familiar.

El cuidado informal tiene consecuencias, la teoría la respalda en efectos psicológicos y físicos. Desde lo psicológico, existen fuertes vínculos afectivos y

emocionales del cuidador/a hacia la persona cuidada, evidenciando un agudo desgaste cognitivo, carencia de sueño, cambios emocionales bruscos evocando sentimientos de ira y tristeza, intolerancia a la frustración, modificación de la conducta depresivas a ansiedad, modificación en la percepción hacia el entorno social como también hacia sí mismos/as, bajo logro de metas, aislamiento e distanciamiento del núcleo familiar, poca autoestima hacia sí mismos/as y disminución en la participación social y laboral. Desde lo físico, evidencian una alta sobrecarga física, deterioro sus funciones somáticas en forma paulatina, afectando al estado de salud y calidad de vida de la o el cuidador informal, también se destaca que este grupo también se manifiestan episodios de agresiones físicas y psicológicas, debido al deterioro cognitivo de las personas mayores, siendo recurrente, hechos de manipulación, agresiones y conductas errantes.

Por otra parte, es importante destacar que el envejecimiento es un proceso con cambios biológicos, psicológicos y sociales por parte de las personas mayores, los cuales estas afectan directamente al núcleo familiar, especialmente a la persona que eso será el cuidador de esta, lo cual es evidente que de este presente a futuro, este será un fenómeno con fuertes desequilibrios socio demográficos en la población del siglo XXI, trayendo consigo, una modificación progresiva de la distribución por edad de los miembros de esta población que da un paso cada vez más considerable a las edades avanzadas, y correlativamente un peso cada vez más bajo a las edades jóvenes, afectando a áreas importantes de la sociedad como lo es la carencia mano de obra en el mercado laboral para este grupo, incapacidad económica y financiera para satisfacer las necesidades y a la ausencia de información y conocimiento útil que puede ser de ayuda para el fomento y desarrollo de políticas públicas a este grupo social.

Por último, respecto al estudio de la dependencia, esta fundamenta su desarrollo en la relación con el cuidado informal. Esta se manifiesta como un estado o limitación en el que se encuentran las personas, en este caso, personas

mayores, en el cual se evidencia una pérdida de autonomía funcional física y mental, teniendo la necesidad de la asistencia y/o ayuda de otra persona, en este caso, un familiar cercano, por ende en un contexto social, esta limitación se traspasa al cuidador, conllevando consigo, una fuerte sobre exigencia física, social y cultural.

Conclusión en torno a la Metodología que sustenta la presente investigación

La metodología utilizada en el presente trabajo fue cualitativa, la cual tiene rasgos antropológicos e interpretativos, buscando que el investigador se familiarice con la población objetivo de la investigación, siendo una metodología útil para recabar información, utilizando herramientas como lo son la entrevista semiestructurada, el cuaderno de campo, grabaciones audiovisuales, la participación de las personas en sus espacios naturales, el cual se ahonda de modo directo en sus costumbres, valores y tradiciones, en este caso, de los y las cuidadores desde el momento en que empezaron a asumir el cuidado y como esta experiencia genera efectos físicos, psicológicos y sociales a lo largo del presente.

La presente investigación consta de la elaboración de tres objetivos acordes a la pregunta de investigación cualitativa planteada, de lo cual, cada objetivo confluye en describir la realidad y situación de los y las cuidadores informales, siempre desde la óptica de la familiarización del caso y de la observación de la problemática de la investigación, abordando el síndrome de Burnout , siendo el tesista, quien observa esa realidad en base a preguntas que vayan acorde a los objetivos planteados.

De la información, se desprenden categorías de primer orden y de segundo orden respecto de los fragmentos recabados mediante las entrevistas, de la cual la teoría se desprende para convertirse en la práctica, lo evidente y empírico de la investigación cualitativa, comprendiendo la problemática desde lo global y holístico.

Conclusión en torno al Trabajo Social que sustenta la presente investigación

A lo largo del proceso de la formación del Trabajo Social como disciplina, esta como carrera va estableciendo un corpus de teorías, metodologías, técnicas, competencias e instrumentos convirtiéndola en la columna vertebral para el intervención y análisis social en los niveles de caso, familia, grupo y comunidad, por ende, el trato hacia las personas es muy diferente a como se observan en otras profesiones que también se relacionan con la sociedad, especialmente con los sectores más vulnerables e invisibilizados, lo cual el trato y las habilidades interpersonales hacia este grupo hace que la manera de llegada hace que el trabajador social sea un integrante más del grupo en el cual se trabaja y investiga una situación que para ellos es una necesidad o carencia que debe ser satisfecha.

De este punto de vista el Trabajo Social disciplinario, juega un papel importante dentro de la construcción del conocimiento aplicativo, de manera de generar una investigación participativa que centra su atención en las demandas de distintos sectores implicados en la diversidad de problemáticas sociales, aquellos grupos sociales que presentan necesidades objetivas, de tal forma de otorgar elementos que permitan la reflexión para ser un aporte al campo del conocimiento.

Con estos principios desde la visión del Trabajo Social, el grupo de los y las cuidadores informales de personas mayores va surgiendo como un grupo social emergente acorde al contexto económico, político y social en la nueva sociedad chilena desde los acontecimientos de la crisis social vivida en nuestro país desde el año 2019 hacia nuestros días, siendo estos sujetos de derecho, del cual la disciplina debe utilizar toda su gama profesional de herramientas, técnicas y habilidades para integrarse a los problemas, necesidades y demandas de que lo requiera este grupo de personas que son limitadas a personas mayores que no pueden satisfacer sus necesidades por sí mismas.

Por ende, es importante resaltar que el Trabajo Social es una profesión que existe en relación con otras profesiones, adquiriendo un enfoque interdisciplinario en la intervención en los y las cuidadores que evidencian efectos físicos, psicológicos y sociales de sobrecarga en el cuidado de personas mayores dependientes. Es por esta razón, del cual el estado de salud y bienestar del cuidador se deteriora debido a que este no tiene las herramientas, habilidades y recursos necesarios para afrontar la sobrecarga, especialmente en personas que tienen un vínculo familiar con la persona cuidada

Es por todo lo anterior, que el Trabajo Social tiene grandes desafíos, enfrentando un nuevo campo de intervención, donde es necesario explorar e investigar para actualizar el conocimiento acerca del cuidado y que esta vaya en directo beneficio a este grupo, abordando distintas temáticas vinculadas a tipos de apoyo, duelos, servicios sociales, políticas sociales, entre otros, ejerciendo de esta manera un papel implementador de políticas sociales y planificación de acciones que se dirijan a este grupo y fenómeno.

Conclusión de la institución patrocinadora entorno a los efectos del Síndrome de Burnout en los y las cuidadores informales que ejercen el rol de cuidador de personas mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga

El Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor tiene como sujeto de atención el área de la persona mayor, pero que ha buscado en el o la cuidadora, una nueva área de intervención social interdisciplinaria hacia este grupo social, atendiendo en sus psicológicos, físicos y sociales.

Al ser el cuidador informal, es un área que sigue desprotegida, de la cual se requiere de una intervención focalizada a este grupo, una figura que a nivel nacional se tiene escasa información como sujetos que tienen problemas en sus necesidades físicas, psicológicas, sociales, entre otras, dándose a entender que es un grupo importante en la actividad y sobrevivencia básicas e instrumentales de las personas mayores que no pueden depender por sí mismos, destacando el impacto que dichos impactos afectan a estas personas que asumen el rol, muchas veces, de manera imprevista y sorpresiva.

Se debe considerar que el concepto de inclusión se está realizando a nivel de Padam, incluyendo a los y las cuidadores informales, de manera de satisfacer o aliviar la sobrecarga que vivencia este grupo. Esta inclusión también el programa la trabaja con el apoyo de la comunidad en los sectores donde se domicilian los casos que fueron un aporte para la investigación. Es por esto que va más allá de incorporar al sujeto en una institución y cubrir las necesidades y problemáticas objetivas evidenciadas, sino que también es un espacio de generar conciencia en un cambio de percepción dentro de las personas objetivos y de la comunidad.

Conclusión de la Política Pública en torno a los efectos del Síndrome de Burnout en los y las cuidadores informales que ejercen el rol de cuidador de personas mayores dependientes, pertenecientes al programa PADAM de la fundación Hogar de Cristo, provincia de Marga Marga

La realidad en la sociedad chilena es la preocupación de las políticas públicas respecto a la temática de la dependencia de personas mayores. Según datos del Servicio Nacional de la Discapacidad del año 2015, En Chile, aproximadamente un 17% de la población mayor a dos años posee algún tipo de deficiencias y/o limitaciones en su funcionamiento corporal, un equivalente a 2.7 millones de personas, por ende, en conjunto con el proceso de transición demográfica en estado avanzado por el cual Chile se encuentra en proceso, infiere un envejecimiento de la población, provocando una situación donde el cuidado de las personas con dependencias, cobran gran relevancia al peso de cuidar a una persona mayor dependiente, abarcando al conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de personas mayores postradas, afectando en sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio personal. Es por esta razón que los y las cuidadores informales de personas mayores es un grupo social del cual se puede afirmar que no existen políticas o un conjunto de iniciativas estructuradas para ir apoyo de estos, solo manuales que buscan fomentar el autocuidado de estos/as en temáticas socioeducativas.

Es por esto que las políticas públicas que vayan enfocadas a estos grupos deben tener como objetivo el atender la demanda de apoyo al cuidado de los y las cuidadores, ya sea en salud mental, bienestar físico, formación y educación en prácticas de cuidado hacia la persona cuidada como también al fomento y promoción del autocuidado. Esto llevaría a que el Estado juegue un papel más activo en el desarrollo de servicios que estén disponibles para todo el que lo necesite independientemente de su estatus financiero y posición en la sociedad.



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

Durante Junio del año 2019 respectivamente, se levanto un proyecto de ley que busca proteger a las y los cuidadores de personas en situación de discapacidad y dependencia, aprobando el proyecto que modifica la ley 20422, el cual reconoce y otorga derechos cuidadoras y cuidadores de personas en situación de dependencia y discapacidad. Lo anterior no solamente se encuentra en un plano teórico donde investigadores identifican los problemas que sufren las cuidadoras, sino también en un plano político donde organizaciones como Yo Cuido se han manifestado en el último tiempo exponiendo las demandas de estos grupos, las falencias e incapacidad del Estado Chileno para abrir una nueva área en atención y trabajo hacia este grupo.

Conclusión General

Desde la realidad nacional, Chile está pasando por un fuerte fenómeno de envejecimiento poblacional, afectando los tejidos Estatales y sociedad, el cual se ha ido convirtiendo a la persona mayor en un grupo etario como sujeto prioritario de atención y derechos, contando con leyes y una amplia gama de políticas públicas que buscan proteger y salvaguardar la integridad física y psicológica de estos, que van hacia la acción e intervención en este, satisfaciendo sus demandas y necesidades que estos presentan en el Chile actual, como también en el futuro venidero. Ese es el efecto principal de la transición y obviamente la sociedad tendrá que adecuar sus acciones, desde el punto de vista de su funcionamiento económico, social, cultural y otros.

También la razón de la investigación fue ahondar sobre el tema del cuidado informal, del cual, dentro de la familia no todos asumen de igual manera el cuidado de sus personas mayores. El miembro que ocupa la máxima responsabilidad en el cuidado se le denomina "cuidador informal familiar", la cual es aquella que asiste o cuida a la otra que no puede depender por sí misma, en este caso, una persona mayor, debido al deterioro físico y cognitivo el cual dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. Los cuidadores tienen efectos, afectándose en el orden físico, psicológico y socioeconómico, lo que en conjunto conlleva a una "carga" que interfiere en el manejo adecuado de la persona mayor y en la propia evolución de la enfermedad, provocando al mismo tiempo el empeoramiento de la calidad de vida del cuidador/a.

De este modo, la prioridad del cuidado informal, concluye que son personas que ejercen las actividades de la vida diaria o vitales de la persona mayor, del cual manifiestan una falta de red de apoyo de personas que puedan acompañar y generar contención afectiva y emocional en sus labores diarias, agudizándose el

deterioro físico, psicológico y social en los y las cuidadores. El cuidado informal carece de vínculos laborales, no cuentan con una participación social, en consecuencia, desde la afectación de índole socioeconómica se encontró mayormente en el poco tiempo libre, problemas económicos y conflictos familiares. Desde lo individual, los y las cuidadores empiezan a manifestar una serie de efectos psicosomáticos, padeciendo de problemas nerviosos, óseos y musculares, entre otros y su estrategia de afrontamiento era, fundamentalmente, la búsqueda de apoyo externo, especialmente de la institución Patrocinante del cual trabaja y sirve de apoyo y red para este grupo. Los sentimientos negativos más frecuentes fueron la tristeza o angustia, la ira frente a la intolerancia a la frustración y la desesperanza.

De lo cual mediante la metodología cualitativa, con una recolección de datos cualitativos mediante la herramienta de la entrevista semiestructurada, se ha concluido que existe una serie de efectos que afectan a los y las cuidadores de personas mayores, del cual se puede relacionar con características propias del Síndrome de Burnout, dando la importancia de visibilizar como el estrés y tensión afecta en este fenómeno denominado como cuidado informal.

Es por esto que es en este grupo se deben hacer cambios, reconociendo el valor de estar personas, las cuales son un aporte en comunidad y sociedad, entendiendo que su dignidad va en relación con ser un sujeto de derecho humano. Debido a que este grupo es un sujeto que está emergiendo de manera contingente a nivel nacional, las políticas públicas deben ser establecidas desde el Estados para la adquisición y levantamiento de redes de apoyo que requiere la persona encargada de la persona mayor y que permita atender integralmente, fortaleciendo los recursos disponibles para la dinámica de cuidado. Si bien las políticas actuales de institucionalización residencial y/o de cuidados familiares para la mantención de las personas en sus entornos familiares, han apoyado que dichas personas, logren un nivel de vida que cubra sus necesidades básicas, el Estado Chileno sigue

teniendo falencias y carencias al momento del trabajo e intervención hacia este fenómeno del cuidado, del cual siguen reproduciéndose generación a generación a lo largo del tiempo, lo cual dichas políticas deben abordar un enfoque interseccional considerando la perspectiva de género, evitando la reproducción de roles sociales (impulsión del vínculo familiar/social), que estructuran los cuidados, sobre todo, femeninos.

Sin lugar a dudas, el fomento de la prevención y promoción del autocuidado en los y las cuidadores informales de personas mayores dependientes ayudaría a generar conciencia en la comunidad respecto al rol e importancia de este grupo social que va en aumento, con esto, se buscaría beneficiar positivamente en el bienestar y calidad de vida de los y las cuidadores de personas mayores de manera directa mediante intervenciones de equipos BioPsicoSocial que no solamente vayan hacia la persona mayor afectada por la limitación funcional, sino que también hacia el cuidador/a como sujetos de intervención y garantistas de sus derechos humanos.

Referencias Bibliográficas.

(s.f.).

Bambula F.D y Gómez I.C. (2016). *la investigación sobre el síndrome de burnout en latinoamérica entre 2000 y el 2010*. Cali, Colombia: psicología desde el caribe.

Berger F. (2018). <https://medlineplus.gov>. Obtenido de Crisis de Panico:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000924.htm>

Cardona P. y Cruz R. . (Octubre de 2007). *scielo*. Obtenido de Síndrome de carga del cuidador:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000500005

Córdoba A.M. , Latorre F.J. y Mariño A.M. (2011). *Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo alzheimer*. Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia.

Hogar de Cristo. (Mayo de 2016). *Memoria Anual Hogar de Cristo*. Obtenido de Hogar de Cristo:
http://www.hogardecristo.cl/wp-content/files_mf/1501534547MEMORIA_DIGITAL_HCL_27_7_2017.pdf

Aguilar, Aguilar, Gonzales, Matus y Valenzano. (2015). *Factores que influyen en la sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores en dos instituciones de la ciudad de Punta Arenas, Chile*. Punta Arenas, Chile: Departamento de Kinesiología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Magallanes.

Alzate R. (2013). *Teoría del conflicto*. Madrid, España.: Universidad Complutense de Madrid, Escuela Universitaria de Trabajo Social.

Ander Egg E. (2011). *Aprender a investigar: Nociones básicas para la investigación social*. Buenos Aires, Argentina.: Editorial Brujas.

Apablaza M. Y Vega F. (2018). *CONTEXTO DEMOGRÁFICO GLOBAL Y CHILENO SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR*. Santiago de Chile: CIPEM: Conocimiento e Investigación en Personas Mayores.

Arauz F.E.R. (2014). *Adultos mayores: Aceptación, comprensión y estigma. El significado de estudiantes de la Región Centro de México*. Ciudad de Mexico: Psicología para América Latina, 27, 169-196.

Arriagada I. (2010). *La crisis de cuidado en Chile*. Santiago: Revista de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología.

- Arriagada, I. (2009). *La Crisis del Cuidado en Chile. Seminario Construyendo redes: Mujeres latinoamericanas en las cadenas globales de cuidado*. Santiago de Chile: INSTRAW-CEM.
- Ballesteros R.M. (2011). *El síndrome de Burnout en cuidadores no formales de enfermos de alzheimer, el voluntariado como estrategia preventiva*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Benitez, Garcés y González. (2017). *Significados biopsicosociales que atribuyen las y los cuidadores formales e informales al rol que desempeña como cuidador de adultos mayores con demencia y/o demencia tipo alzheimer pertenecientes a PADAM de la comuna de Valparaíso y al ELEAM Asuncion*. Valparaiso: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Valparaiso.
- Bertoni J.S. Y Rodríguez S.V. . (2010). *CUIDADO INFORMAL, UN RETO ASUMIDO POR LA MUJER*. Concepcion, Chile: Cienc. enferm. v.16 n.2 Concepción ago. 2010.
- Bio Bio. (31 de Agosto de 2017). *www.biobiochile.cl*. Obtenido de INE revela que Valparaíso es la región más envejecida: 17% de población supera los 60 años:
<https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-de-valparaiso/2017/08/31/valparaiso-es-la-region-mas-envejecida-de-chile-17-de-su-poblacion-supera-los-60-anos.shtml>
- Blaivas A. (2018). <https://medlineplus.gov/>. Obtenido de Trastornos del sueño:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000800.htm>
- Blanco. (2004). *Atencion a las personas en situacion de dependencia en España: Libro Blanco*. Madrid, España.: Ministerio y Asuntos de Trabajo, Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Bleger J. (1963). *Psicología de la conducta*.
- Bogdan R. y Taylor S.J. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España.
- Bonet I.U. (2009). *Calidad de vida de los cuidadores familiares: Evaluacion mediante un cuestionario*. Barcelona: Programa de doctoradode ciencias enfermeras, Escuela de enfermeria de la Universidad de Barcelona.
- Cameron C. y Moss P. (2007). *La atencion a personas dependientes en Europa: Conceptos actales y perspectivas futuras*. Intervencion Psicosocial.
- CASEN, E. d. (2015). *Ampliando la mirada sobre la pobreza y la desigualdad*. Obtenido de Ministerio de Desarrollo Social:

http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Ampliando_la_mirada_sobre_la_pobreza_des_igualdad.pdf

- Cazau P. (2006). *Introducción a la Investigación en Ciencias Sociales*. Buenos Aires, Argentina.
- CEPAL. (2012). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- CEPAL. (2012). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- CEPAL. (2017). *Panorama Social de América Latina*. División de Desarrollo Social y la División de Estadísticas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Chile Cuida. (2017). Dependencia y Apoyo a los Cuidados, un asunto de Derechos humanos. *Dependencia y Apoyo a los Cuidados, un asunto de Derechos humanos*. Santiago de Chile: Dirección SocioCultural, Presidencia de la República.
- COCEMFE. (2019). *Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica*. Obtenido de Actividades Básicas y Instrumentales de la Vida Diaria: <https://www.cocemfe.es/>
- Collado S.M. (23 de Enero de 2020). <https://www.psicoadactiva.com/>. Obtenido de Sistema Nervioso Somático: <https://www.psicoadactiva.com/blog/sistema-nervioso-somatico-sns-anatomia-funcion/>
- Correa A.R. (2010). *Frecuencia del síndrome de burnout en cuidadores de adultos mayores en hogares de larga estancia de la localidad de barrios unidos en la ciudad de Bogotá*. Bogotá, Colombia.: Universidad de ciencias aplicadas y ambientales, facultad de ciencias de la salud.
- Covarrubias, Rioja y Muñoz. (2012). *Padam, procedimientos y estándares de operación del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor*. Santiago de Chile: Hogar de Cristo.
- Cruz, P. C. (2007). *Síndrome de Carga del Cuidador*. Medellín: Revista Colombiana de Psiquiatría.
- Dugdale D. (2019). <https://medlineplus.gov/>. Obtenido de Fatiga: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003088.htm>
- Dumazedier J. (1974). *Sociologie empirique du loisir. Critique et contracritique de la civilisation du loisir*. Paris, Francia.: Revue française de sociologie.

- Ekman P. (23 de diciembre de 2019). <https://psicocode.com/>. Obtenido de Las emociones basicas: <https://psicocode.com/psicologia/las-emociones-basicas-paul-ekman/>
- Envejecer con exito: Prevenir la dependencia. (2009). *Envejecer con exito: Prevenir la dependencia*. Pais Vasco, España: Servicio de Investigacion Social, Gobierno Vasco.
- Espinoza Godoy K.A. (2010). "*Principales necesidades de cuidados de enfermería en cuidadores familiares de adultos mayores postrados*". Valdivia: Facultad de Medicina, Escuela de enfermeria, Universidad Austral de Chile.
- Estudios de vejez y envejecimiento, Centro Univesidad Catolica. (2015). *Estudio sistematizacion y descripcion de los perfiles de las cuidadoras de personas dependientes, las demandas de apoyo que las cuidadoras presenten y los programas existentes para aliviar el trabajo de cuidado*. Santiago de Chile: Ministerio del Desarrollo Social, Pontificie Universidad Catolica de Chile.
- Flores, Rivas y Seguel. (2012). *Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004
- García J.R. (2009). *Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia*. España: Instituto de Economía, Geografía y Demografía (IEGD). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).
- García J.R. (2010). *Los tiempos del cuidado: El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid, España.: Ministerio de Sanidad y Política Social, Secretaría General de Política Social y Consumo, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Garcia M. (1995). *COMUNICACION y RELACIONES INTERPERSONALES*.
- Gardey A Y Pérez Porto J. (2010). *definicion.de*. Obtenido de definicion del presente: <https://definicion.de/presente/>
- Gardey A. y Perez Porto J. (2009). <https://definicion.de>. Obtenido de Definicion del pasado: <https://definicion.de/pasado/>
- González, Massad y Lavanderos. (2009). *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores*. Santiago, Chile.: Servicio Nacional del Adulto Mayor.

- Hardy C. , Fries L. , Rovira A. y Vázquez M.A. (2017). Dependencia y apoyo a los cuidados, un asunto de derechos humanos. *Marco general de los cuidados y políticas públicas*. Santiago: Direccion Sociocultural, Chile Cuida.
- Hernando Ibeas M.V. (2006). *El Fenomeno del Envejecimiento*.
- Herrera B. (2016). *La medicion de la pobreza multidimensional, una mirada comprehensiva a la pobreza y desigualdad en Chile. Importancia de las variables territoriales y sociales*. Obtenido de Ministerio del desarrollo social, gobierno de Chile:
http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/upload/Heidi_Berner_MDS.pdf
- Herrera Gomez M. (1998). *Nuevos desafios en politicas sociales: la community care*. Granada, España.: Revista española de investigaciones sociologicas, Universidad de Granada.
- Hogar de Cristo. (2011). *Apoyo ejes transversales de la linea tematica adulto mayor*. Santiago de Chile: Linea tematica aduetez mayor, Hogar de Cristo.
- Hogar de Cristo. (2015). *Estrategia Social 2015-2020*. Santiago de Chile: Hogar de Cristo.
- Hogar de Cristo. (Mayo de 2017). *Memoria Anual Hogar de Cristo*. Obtenido de www.hogardecristo.cl: http://www.hogardecristo.cl/wp-content/files_mf/1532466232MEMORIA_DIGITAL_HC24_7_2018OK.pdf
- Hogar de Cristo. (2019). *Organigrama Hogar de Cristo*. Obtenido de <https://www.hogardecristo.cl/transparencia/organigrama-principal/>
- Hogar de Cristo. (Mayo de 2019). *Vision, Mision y Valores*. Obtenido de HogardeCristo.cl: <https://www.hogardecristo.cl/mision-y-vision/>
- INE. (2007). *Enfoque estadistico: Adulto Mayor en Chile*. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadistica.
- Isabel Larrañaga P; María J. Valderrama P; Unai Martín R; José M. Begiristain A; Amaia Bacigalupe H, Begoña Arregi G. (2009). *Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias*. Gobierno Vasco, España.
- Japcy M., Vinaccia A. y Quiceno S. (2007). *Burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)"*. Medellín: Acta colombiana de Psicología, Universidad Católica de Colombia.
- Jasmin L. (2017). <https://medlineplus.gov/>. Obtenido de Perdida de Memoria: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003257.htm>

- Larrosa J. (2006). *Sobre la Experiencia*. Barcelona, España.: Revista de Psicología i Ciències de l'Educació, 2006, num. 19, p. 87-112.
- Letelier C.A. y Vargas Rojas J.A. (2012). *Envejecimiento de la población y adultos mayores: Tesis para optar al grado de licenciado de ciencias jurídicas*. Santiago de Chile: Facultad de Derecho, Departamento de Derecho del Trabajo y de Seguridad Social , UNIVERSIDAD DE CHILE.
- Ley Chile. (21 de enero de 2019). *Leychile.cl*. Obtenido de Código Civil: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=172986>
- Lopez P.L. (2004). *Poblacion, Muestra y Muestreo*. Cochabamba, Bolivia.
- Madariaga A.V. (2001). *Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad* . Santiago de Chile: Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL Área de Población y Desarrollo del CELADE .
- Madrigal M.J. (2009). *Análisis de la relación de la incidencia del Síndrome de Burnout en la calidad de la atención que brindan los(as) funcionarios(as) que laboran con personas adultas mayores en el Hospital Nacional Psiquiátrico*. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Malpica D.R., Moreno N.A., Noreña A.L. y Rojas J.G. (2011). *Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa*. Chia, Colombia.
- Manzanares N.F. . (2016). *Compendio Trabajo Social, practica de Caso/ Familia*. Valparaiso, Chile.: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Valparaiso.
- Martinez Perez A. (2010). *El síndrome de Burnout: Evolucion conceptual y estado actual de la cuestion*. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid.
- Martinez y Lopez. (2008). *Guía para cuidadores de personas mayores en el hogar*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales IMSERSO.
- Merino M. Y Pérez Porto J. (11 de Febrero de 2014). *Definición de experiencia*. Obtenido de definicion.de: <https://definicion.de/experiencia/>
- MINSAL. (2014). *Programa Nacional de Salud de las personas adultas mayores*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.

- Miranda D.T. (2015). *Cuidado informal a mayores dependientes en Chile: Quienes cuidan y con que políticas sociales cuentan*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Montes de Oca Zavala V. (2006). *Redes comunitarias, genero y envejecimiento*. Ciudad de Mexico: Universidad Nacional Autonoma de Mexico, Instituto de Investigaciones Sociales.
- Muñoz J.B. (2002). *Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Nava, Quechol, Olivares, Martínez y Reyes. (2015). *Percepción del cuidador primario sobre las intervenciones de enfermería al paciente en estado terminal*. Ciudad de Mexico: Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2016;24(2):91-8. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162d.pdf>
- OMS. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2010). *Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades no Transmisibles*. Recuperado el Mayo de 2019, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/nmh/publications/>
- OMS. (2011). *Informe Mundial sobre la discapacidad*. Washington D.C, EEUU.: Organización de las Naciones Unidas.
- OMS. (2015). *Organización Mundial de la Salud: Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Washington D.C, EEUU.: Organización de las Naciones Unidas.
- OMS. (2020). <https://www.who.int/>. Obtenido de Definición de la salud: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- OMS. (2020). <https://www.who.int/>. Obtenido de Salud Mental: Depresión: https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
- ONU. (s.f.). www.un.org. Recuperado el Mayo de 2019, de Envejecimiento: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Guía clínica para atención primaria a las Ppersonas adultas mayores: Promoción de la salud y envejecimiento activo serie materiales de capacitación Numero 1*. Washington D.C, EEUU.: División Promoción y Protección de la Salud, Programa de Salud de la Familia y Población Unidad de Envejecimiento y Salud.

- Ormeño I.A. (2018). *Políticas dirigidas a los cuidadores principales de personas no autovalentes: comparado por países*. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile:
<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=162755&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>
- Otero C.I. (2009). *MERCADOS DE GÉNERO Y PROCESOS DE FEMINIZACIÓN EN LA CULTURA DEL CONSUMO.APROXIMACIONES*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Pareja M.V. (2014). *De los trastornos somatomorfos a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados*. Madrid, España.: MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA.
- Pérez Porto J y Gardey A. (2008). *Definicion.de*. Obtenido de definicion de negacion:
<https://definicion.de/negacion/>
- Pérez Porto J y Gardey A. (22 de 1 de 2020). *www.Definicion.de*. Obtenido de definicion efecto:
<https://definicion.de/efecto/>
- Pérez Porto J y Merino M. (2011). *definicion.de*. Obtenido de definicion de evasion:
<https://definicion.de/evasion/>
- Pérez Porto J. y Merino M. (2009). *Definicion.es*. Obtenido de definicion de futuro:
<https://definicion.de/futuro/>
- Porta L y Silva M. (2014). *“La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación educativa”*. Caleta Olivia: Universidad Nacional de la Patagonia Austral.
- Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud. Prevención de la Dependencia en las Personas Mayores. (2007).
- Real Lengua Española. (2017). <https://dlae.es/>. Obtenido de Definicion de Desahogar:
<https://dlae.es/palabras/desahogar>
- Real Lengua Española. (21 de febrero de 2020). <https://dle.rae.e>. Obtenido de Aislamiento:
<https://dle.rae.es/aislamiento>
- Real Lengua Española. (21 de Febrero de 2020). <https://dle.rae.es>. Obtenido de Distanciamiento:
<https://dle.rae.es/distanciamiento>
- Real Lengua Española. (21 de Febrero de 2020). <https://dle.rae.es>. Obtenido de Ocio:
<https://dle.rae.es/ocio?m=form>
- Real Lengua Española. (21 de Febrero de 2020). <https://dle.rae.es>. Obtenido de Carencia:
<https://dle.rae.es/carencia?m=form>

- Real Lengua Española. (21 de Febrero de 2020). <https://dle.rae.es>. Obtenido de Deseo:
<https://dle.rae.es/deseo>
- Real Lengua Española. (21 de febrero de 2020). <https://dle.rae.es/>. Obtenido de Comprender:
https://dle.rae.es/comprensi%C3%B3n?m=30_2
- Rico M.N. (2015). ¿Quién cuida a las cuidadoras? Políticas públicas para el cuidado no remunerado en América Latina. *Seminario: "Cuidar a quienes cuidan a personas adultas mayores. Hacia una estrategia de promoción de su salud mental"*. San jose, Costa Rica.: CEPAL.
- Ros Guach J.A. (2006). *Análisis de roles en trabajo en equipo: Un enfoque centrado en comportamientos*. Barcelona, España: Departamento de psicología social, Universidad Autonoma de Barcelona.
- Ruiz, A. I. (1998). *Burnout en cuidadores principales de pacientes con alzheimer: el síndrome del asistente desasistido*. Murcia, España: Servicio de Publicaciones. Universidad de Murcia.
- Sampieri R.H. , Collado C.F. Y Lucio P.B. (2010). *Metodología de la Investigación 5ta Edición*. Ciudad de Mexico, Mexico: MC Graw Hill.
- Segovia J Y Videla S. (2016). *Cuidado informal y políticas públicas chilenas*. Valparaíso, Chile.: Facultad de Sociología, Universidad de Valparaíso.
- SENAMA. (2009). *Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Programa Salud del Adulto Mayor y Senama.
- SENAMA. (2010). Glosario Gerontológico Servicio Nacional del Adulto Mayor. *Glorario Gerontológico Servicio Nacional del Adulto Mayor*, 30.
- SENAMA. (2012). *Políticas públicas para las personas mayores en Chile: Servicio Nacional del Adulto Mayor*. Santiago de Chile: Ministerio del desarrollo social.
- Significados. (21 de febrero de 2020). *Significados.com*. Obtenido de Cognición:
<https://www.significados.com/cognicion/>
- Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. (2011). *Escala de valoración funcional en el anciano*. Galicia: Galicia Clin.
- Viveros Ortiz G.R. (2010). *Psicología y Salud. Los actores del proceso salud-enfermedad: profesionales, pacientes y cuidadores*. Veracruz: Programa Integral del Fortalecimiento Institucional, Universidad Veracruzana.



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

Vorvick L. (2019). <https://medlineplus.gov/>. Obtenido de Dolor Muscular:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003178.htm>

Wikipedia. (2020). <https://es.wikipedia.org/>. Obtenido de Emocion:
<https://es.wikipedia.org/wiki/Emoci%C3%B3n>

y, J. P. (s.f.).

Zarebski G. (Marzo de 2013). *Tiempo, el portal de la psicogerontología*. Recuperado el 7 de Junio de 2019, de <http://www.psicomundo.com/tiempo/tiempo30/zarebski.htm>