

# Estrategias de afrontamiento en experiencias de cuidado hacia adultos mayores

**Estudiante:** Padilla, Melina Guadalupe

**Legajo:** 33105

**Director/es:** Lic. Sofía Noemí Muner

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciatura en Psicología

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

**RIUFLO** - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

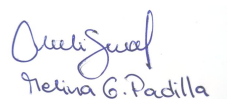
El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO**. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

### **Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):**

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI [ X ]

A partir de otra fecha, especificar: ... / ... / ...

Lugar y fecha: 07/11/2025 Neuquén Capital



Melina G. Padilla

Firma y aclaración del autor: Padilla Melina Guadalupe

## Índice

<b>Resumen .....</b>	<b>5</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>6</b>
Delimitación del Objeto de Estudio .....	6
Justificación .....	7
Objetivos y Supuestos básicos de investigación .....	8
<b>Estado del Arte .....</b>	<b>10</b>
<b>Marco Teórico .....</b>	<b>16</b>
Estrategias de Afrontamiento .....	16
Rol del Cuidador .....	21
Calidad de Vida .....	26
<b>Método .....</b>	<b>32</b>
Diseño del Estudio .....	32
Participantes .....	32
Muestra .....	32
Criterios de inclusión .....	33
Criterios de exclusión .....	33
Instrumentos .....	33
Procedimiento .....	34
Análisis de datos .....	34
<b>Resultados .....</b>	<b>36</b>
<b>Discusión .....</b>	<b>46</b>
<b>Conclusión .....</b>	<b>54</b>

<b>Aportes y Contribuciones de la Investigación .....</b>	<b>56</b>
<b>Limitaciones de la Investigación .....</b>	<b>57</b>
<b>Líneas de Investigación Futuras .....</b>	<b>57</b>
<b>Propuestas de Intervención .....</b>	<b>58</b>
<b>Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>60</b>

## **Estrategias de Afrontamiento en Experiencias de Cuidado hacia Adultos Mayores**

### **Resumen**

El objetivo del estudio es describir las estrategias de afrontamiento en las experiencias de cuidado hacia adultos mayores, en las provincias de Río Negro y Neuquén. Se trata de una muestra de 12 participantes (7 cuidadores informales y 5 cuidadores formales), que han llevado sus tareas de cuidado cumpliendo el rol de cuidador principal.

Para ello se ha empleado una entrevista semiestructurada, compuesta por 20 preguntas; con el objetivo de indagar sobre 3 categorías principales, a saber: Afrontamiento; Experiencias de cuidado en el rol de cuidador formal o informal; y Calidad de Vida. Se encontraron diferencias significativas en cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes en ambos contextos de cuidado. Se discuten los resultados en función de la variable sociodemográfica obtenida de una muestra compuesta por el sexo femenino en su totalidad, en el caso de cuidadores informales. En trabajadores formales, los mismos se discuten en relación a que su estrategia de afrontamiento les permite sobrellevar las tareas diarias, pero el contexto más amplio de su vida profesional les ofrece pocas vías de alternativas o desarrollo.

***Palabras clave:** afrontamiento, experiencias de cuidado, rol del cuidador, calidad de vida.*

## **Introducción**

### **Delimitación del Objeto de Estudio**

A nivel mundial la esperanza de vida y los años de vida saludables se han incrementado. Sin embargo, este avance viene acompañado de un aumento en los años de vida con incapacidad, principalmente como consecuencia de la elevada prevalencia de enfermedades crónicas en las personas mayores, una afectación particularmente alta en países con bajos y medios ingresos (Esquivel Garzón et al, 2021, p. 3). En el caso de los países latinoamericanos, la situación se complejiza aún más por una acelerada transición demográfica y epidemiológica. Esto ha resultado en un creciente número de personas dependientes que requieren cuidados prolongados y necesitan asistencia tanto de sistemas formales como informales (Esquivel Garzón et al, 2021).

Dentro de este panorama, cabe aclarar que las enfermedades en el anciano se caracterizan por presentar pluripatología, cronicidad, presentación atípica y deterioro funcional; y este último es el punto final de muchas enfermedades padecidas (Barrantes-Mongue et al, 2007). De la mano de lo expuesto, otros autores mencionan que el deterioro cognitivo se posiciona como uno de los problemas más comunes en los adultos mayores, afectando de manera integral el desempeño de funciones esenciales para procesar e interpretar información del entorno y del propio organismo (Barba Lara y Shugulí Zambrano, 2022).

Es frente a esta realidad que el rol del cuidador, tanto formal como informal, cobra una relevancia fundamental. En países como Argentina, Colombia, México y Perú, el cuidador institucional cumple un papel medular en el acompañamiento del paciente.

Aunque está profesional e institucionalmente preparado para enfrentar las problemáticas que puedan surgir, la realidad de estas situaciones muchas veces lo desborda,

conduciendo a estados de estrés que afectan su propia salud y su capacidad para cumplir con su rol, llevando incluso a la deserción institucional. (Estévez García, 2021). Esta idea se refuerza, al plantear que el manejo de situaciones de crisis por parte de los cuidadores institucionales es una prioridad en el tratamiento, lo que los expone a niveles de estrés que pueden obstaculizar su capacidad para afrontar los cambios del paciente sin alterar significativamente su estado de ánimo y, por ende, sus niveles de adaptación. (Crespo, 2007, en Estévez García, 2021).

Por otro lado, en el ámbito de los cuidadores informales, generalmente son familiares quienes asumen las tareas de cuidado hacia la persona dependiente, siendo mayoritariamente mujeres las que asumen este rol (Esping y Andersen, en Alcaraz Ruiz et al, 2015). Estudios realizados con esta población señalan que las actividades de cuidado generan un estrés particular, no solo por la renuncia a actividades diarias, sino por el profundo involucramiento emocional directo con la persona cuidada, dado el vínculo afectivo preexistente (Lopes et al, 2004, en Alcaraz Ruiz et al, 2015).

Esta compleja realidad, tanto para cuidadores formales como informales, lleva a interrogarse sobre los recursos con los que cuentan para paliar los efectos negativos inherentes a su rol. Es por ello que la pregunta de la presente investigación consiste en describir cuáles son las estrategias de afrontamiento en las experiencias de cuidado hacia adultos mayores.

## **Justificación**

En las últimas cinco décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha proyectado un aumento significativo de la población adulta mayor. Esto se atribuye a la disminución de las tasas de natalidad y a un mayor enfoque gubernamental en este grupo

demográfico, considerado vulnerable. Esta tendencia demográfica inevitable genera una creciente demanda de servicios de cuidado diversificados. (Barrera Urrutia, 2017).

Ante este escenario, surge la imperiosa necesidad de contar con personal capacitado para realizar múltiples tareas de cuidado, ya que su requerimiento será cada vez más frecuente (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023). Tradicionalmente, la carga del cuidado recae desproporcionadamente en las mujeres del ámbito familiar, quienes suelen asumir estas labores de forma no remunerada y en el propio hogar de la persona dependiente (OPS, 2023).

Estas experiencias de cuidado son intrínsecamente complejas, abarcando necesidades físicas, emocionales y espirituales. Frecuentemente, quienes asumen el rol de cuidadores lo hacen sin la preparación adecuada, sin acompañamiento profesional y sin redes de apoyo apropiadas. Esta falta de recursos y soporte conlleva una percepción de baja calidad de vida para los cuidadores, debido a los múltiples cambios y desafíos que deben enfrentar (Arias-Rojas et al, 2021).

Considerando que la calidad de vida se construye a partir de diversas dimensiones, como las físicas, psicológicas, ambientales, percepciones, aspiraciones y necesidades (Barrera Urrutia, 2017); se vuelve crucial investigar los recursos con los que cuentan estas personas que ejercen el rol de cuidador, así como la disponibilidad y adaptabilidad de los mismos a sus necesidades.

## **Objetivos**

El objetivo general de este trabajo, consiste en describir las estrategias de afrontamiento en las experiencias de cuidado hacia adultos mayores, en contextos formales e informales. Siguiendo esto, los objetivos específicos son:

- Distinguir la frecuencia de las estrategias de afrontamiento que llevan a cabo cuidadores formales e informales.
- Caracterizar la calidad de vida percibida en función de las estrategias de afrontamiento utilizadas.
- Contrastar la utilidad de las estrategias de afrontamiento, teniendo presente las respuestas adaptativas o desadaptativas.

En cuanto a los supuestos básicos de investigación del presente trabajo, se mencionan los siguientes:

- Las estrategias de afrontamiento son recursos dinámicos.
- La calidad de vida percibida se relaciona con las estrategias de afrontamiento que se utilizan.
- Existen diferencias en relación a las estrategias de afrontamiento entre cuidadores formales e informales.
- El rol de cuidador, es asumido mayoritariamente por mujeres.

## Estado del Arte

El estudio de los cuidadores, tanto formales como informales, ha cobrado una relevancia significativa en la literatura académica reciente, enfocándose en las complejidades de sus roles, las estrategias de afrontamiento y las consecuencias en su calidad de vida y bienestar. La investigación en este campo ha evolucionado para abordar tanto las dimensiones socioeconómicas y psicológicas del cuidado, como las intervenciones diseñadas para mitigar el impacto negativo de esta labor.

Las investigaciones más recientes, han explorado en profundidad las estrategias de afrontamiento y los recursos de apoyo utilizados por los cuidadores primarios. Un estudio cualitativo de Ibáñez Guerra (2025) en Quito, Ecuador, ha tenido como objetivo identificar las estrategias de afrontamiento y los recursos de apoyo empleados por cuidadores primarios de personas con discapacidad en Quito. Se emplearon entrevistas semiestructuradas para describir factores socioeconómicos, estresores y estrategias utilizadas para manejar las demandas emocionales, físicas y sociales. La muestra estuvo conformada por cuidadores primarios de personas con discapacidad en la ciudad de Quito, seleccionados mediante un muestreo por conveniencia. Los datos obtenidos han mostrado que el 81% de los cuidadores primarios son mujeres. En cuanto al nivel educativo, el 57% de los participantes tienen educación secundaria completa y su ocupación en trabajos de servicios y comercio destacan una vulnerabilidad económica latente. Que el 43% carece de seguro privado, lo que representa un obstáculo importante para acceder a servicios especializados. En relación a las estrategias de afrontamiento utilizadas, destacan el apoyo espiritual y la búsqueda de apoyo social; como estrategias emocionales. En relación a las cognitivas, resaltan el reenfoque positivo, junto a la planificación y organización. El estudio destacó el uso predominante de estrategias de afrontamiento emocionales, como el apoyo espiritual y la búsqueda de apoyo social, así como estrategias cognitivas como el reenfoque positivo y la planificación.

En el 2024, varias investigaciones se centraron en diferentes tipos de cuidadores y las implicaciones de su rol. Por un lado, Álvarez-Carchipulla et al, (2024) realizaron un estudio para analizar la experiencia del cuidado informal de adultos mayores, mediante un estudio de tipo cualitativo descriptivo interpretativo; con un diseño fenomenológico y una muestra de 15 participantes. El instrumento metodológico que se empleó fue una guía semiestructurada de 16 preguntas abiertas; se realizó una codificación de la información como: Cuidador informal “CI” y Cuidador formal “CF”. Los hallazgos subrayan la predominancia de mujeres (hijas y esposas) en este rol, quienes experimentan limitaciones económicas, saturación de responsabilidades y limitación horaria. Estos autores enfatizan la necesidad de medidas de apoyo para mejorar tanto el bienestar del cuidador como la mejora de la calidad de vida de quienes reciben los cuidados.

Por su parte, Mainato Buñay (2024) investigó los niveles de bienestar en cuidadores formales de adultos mayores en centros geriátricos, utilizando un enfoque cuantitativo. Para abordar esta problemática, se implementó una ficha sociodemográfica y la Escala WHOQOL-BREF, desarrollada por el Grupo de Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud en 1996. Esta escala evaluó cuatro dominios: físico, psicológico, social y ambiental, en una población de 31 cuidadores formales. La investigación tuvo un diseño no experimental y un alcance descriptivo. Los resultados obtenidos revelaron una percepción positiva en cuanto a la calidad de vida y el bienestar en salud a nivel general; el dominio ambiental fue identificado como el más afectado. En relación con la identificación de las características sociodemográficas, se observó que las mujeres mestizas, con edades de 50 años o más, exhibieron un mejor dominio psicológico y mayor calidad de vida. Este hallazgo fue seguido por el grupo de participantes en las edades entre 30 y 39 años, quienes destacaron en la dimensión de salud física.

De manera similar, una revisión sistemática de Cedillo Acosta y Medina Herdoiza (2024) evaluaron el impacto del cuidado en la calidad de vida de cuidadores profesionales de pacientes con cáncer y demencia, además de examinar la efectividad de diversas intervenciones diseñadas para mejorar el bienestar de los cuidadores. En cuanto a la metodología, se realizó una búsqueda exhaustiva en varias bases de datos, enfocándose en estudios publicados en la última década que abordaran el bienestar de los cuidadores en el contexto de la atención a pacientes con cáncer y demencia. Se analizaron los artículos relevantes para identificar los estresores comunes, las diferencias en las experiencias de los cuidadores entre el cáncer y la demencia, y la efectividad de intervenciones como el cuidado paliativo temprano y los programas de rehabilitación multimodal. La revisión reveló que los cuidadores de pacientes con cáncer y demencia experimentan niveles significativos de estrés y agotamiento, aunque la naturaleza e impacto de estos estresores varían entre las dos condiciones. Intervenciones como el apoyo psicosocial y los programas de resiliencia específicos mostraron mejoras en aspectos particulares de la satisfacción y reducción del estrés de los cuidadores. Sin embargo, las mejoras en la calidad de vida general no siempre fueron significativas a corto plazo.

Complementariamente, un estudio de Mora-Castañeda et al, (2023), con un enfoque longitudinal, analizó la relación entre el estrés, las estrategias de afrontamiento y la depresión en cuidadores familiares de personas con esquizofrenia. Fueron evaluados 30 pacientes con este diagnóstico y sus cuidadores informales. Los participantes se evaluaron en tres momentos temporales: línea base, a los 5 meses y a los 10 meses. Los resultados arrojaron una disminución de los niveles de carga subjetiva con el paso del tiempo. Asimismo, la carga subjetiva y la depresión del cuidador mostraron una mayor relación con aquellas variables del paciente relacionadas con la sintomatología negativa. A nivel longitudinal, la evitación y la resignación mostraron una notable relación con la carga subjetiva y la depresión. Estos

autores, han concluido que los posibles cambios en la evaluación de las demandas que el trastorno plantea y en las estrategias de afrontamiento empleadas por los cuidadores, sugieren el desarrollo de un proceso de adaptación al trastorno por parte del cuidador.

A su vez, Flores Villavicencio et al, (2023) analizaron el perfil y la calidad de vida de cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión), atendidos en el hogar; en la ciudad de Guadalajara, Jalisco. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La muestra fue de tipo no probabilística por conveniencia, y participaron 30 cuidadores informales; la aplicación de instrumento fue realizada en el domicilio del adulto mayor. Se aplicó un cuestionario para recabar las características demográficas y de salud que presentaban los adultos mayores en el momento del estudio. En cuanto a los resultados, se identificó que el perfil de los cuidadores principalmente son mujeres entre 50-60 años con parentesco directo, desempleadas, viven en el mismo domicilio, sin experiencia sobre el cuidado, pero lo realizan por cariño; se demostró que cuentan con buena calidad de vida, independientemente del excesivo trabajo, afectándose solo un poco el bienestar material y pérdida de sus derechos.

Los estudios de revisión sistemática han sido instrumentales para sintetizar el conocimiento en el campo. Etcheverry Domeño y Barros De Oliveira Jr (2022) analizaron las estrategias de afrontamiento en cuidadores principales de personas con diagnóstico de demencia. Mediante la metodología PRISMA-NMA, se seleccionaron 24 artículos de las bases PubMed, bvsalud, SciELO, Redalyc y DIALNET, con un total de 3726 cuidadores evaluados. Los resultados han mostrado que predomina el uso de estrategias de afrontamiento orientadas a lo emocional; tales como la búsqueda de apoyo social y religión/espiritualidad, que se asocian a reducción de depresión y carga, así como una mejor salud mental, salud física, calidad de vida y bienestar psicológico.

En otro trabajo de revisión, Guato-Torres y Mendoza-Parra (2022) abordaron el autocuidado del cuidador informal en Latinoamérica. Este estudio tuvo como objetivo describir el autocuidado del cuidador informal de personas mayores en algunos países de Latinoamérica. Utilizaron una metodología de revisión descriptiva en las bases de datos PubMed, Scopus, SciELO, Web of Science, Redalyc y Dialnet, de artículos científicos a texto completo de los últimos 13 años (2009-2022) en idioma español, inglés y portugués; complementariamente se buscaron documentos referentes al tema en páginas web de instituciones nacionales de países latinoamericanos. El análisis de los 25 artículos científicos y 4 documentos seleccionados permitieron identificar 4 ejes: conceptos de cuidado, cuidador y tipos de cuidadores; salud del cuidador informal de la persona mayor; base teórica del autocuidado, e implementación de programas para cuidar al cuidador en algunos países latinoamericanos. De esta manera, se evidencia que el autocuidado de los cuidadores de personas mayores está disminuido, lo que afecta directamente la salud de este.

El análisis de las consecuencias del cuidado ha sido exhaustivo. En el 2022, Jaimes Pedraza y Sierra Navarro (2022) investigaron la sobrecarga en cuidadoras informales, en donde se ha tenido como objetivo describir la sobrecarga en las cuidadoras informales pertenecientes a la fundación FANDIC, ubicada en Regadero Norte, Bucaramanga. Se ha aplicado la Escala de Zarit y un Cuestionario Mixto. Se ha tratado de una investigación cuantitativa de tipo descriptiva no experimental. La población ha estado compuesta por 40 cuidadoras informales de la institución; todas del género femenino. Los resultados han arrojado que el 55% de ellas experimentaron sobrecarga intensa, el 22,5% vivenciaron sobrecarga ligera y 22,5% ausencia de sobrecarga. Por lo que las cuidadoras han presentado alteraciones en su salud física, mental y también en las distintas áreas de su vida (familiar, social, personal y ocupacional) con prevalencia en sintomatología como el estrés, ansiedad, tristeza, problemas musculares, dolor de cabeza, alteraciones en la alimentación y en el sueño.

Finalmente, investigaciones previas han sentado las bases para la comprensión de estas problemáticas. Por ejemplo, Chen (2020) desarrolló un trabajo que tuvo como objetivo identificar las estrategias de afrontamiento del estrés en cuidadores de adultos mayores de casas hogar de la Ciudad de Panamá. La investigación estuvo basada en la metodología de diseño no experimental, de tipo descriptivo, cuantitativa y transversal, aplicada a una población de cuidadores de adultos mayores de casas hogar, los cuales conformaron la muestra de 18 sujetos, divididos entre 14 mujeres y 4 varones. En base a los resultados, se realizó un análisis estadístico, el cual reveló que la estrategia de afrontamiento del estrés más utilizada por los cuidadores de adultos mayores fue la focalización en la solución de problemas (55,6%); de igual manera se observó que la estrategia de afrontamiento del estrés menos utilizada por estos cuidadores fue la expresión emocional abierta (77,8%) y tanto las cuidadoras mujeres (50%) como los cuidadores varones (75%) coincidieron en indicar a la estrategia focalización en la solución de problemas, como la más sobresaliente por el sexo del cuidador. Este hallazgo ilustra la tendencia de los cuidadores a priorizar la resolución práctica de los problemas sobre la expresión de sus emociones.

En síntesis, la revisión de la literatura reciente y previa demuestra una progresión clara en la comprensión de los desafíos que enfrentan los cuidadores. Las investigaciones han pasado de un enfoque descriptivo de la sobrecarga y el bienestar a un análisis más profundo de las estrategias de afrontamiento, las diferencias entre cuidadores formales e informales, y la necesidad de intervenciones específicas. La presente investigación se alinea con estos hallazgos, buscando aportar al conocimiento en el campo y contribuir a la mejora de la calidad de vida de los cuidadores.

## **Marco Teórico**

### **Estrategias de Afrontamiento**

A raíz de la complejidad de su rol, el cuidador se enfrenta a múltiples desafíos, los cuales son una consecuencia directa de la gran carga y responsabilidad que implica la atención continua del paciente. Por lo tanto, el concepto de afrontamiento cobra una relevancia crucial para comprender la respuesta del cuidador ante estas demandas (Cedillo-Torres et al, 2015).

El afrontamiento ha sido definido como un proceso cognitivo y conductual constantemente cambiante, que se desarrolla para manejar demandas específicas tanto internas como externas, que son evaluadas como desbordantes de los recursos del sujeto (Lazarus & Folkman, 1986, en Castaño & León del Barco, 2010).

El modelo de estrés de Lazarus y Folkman (1984) es fundamental para comprender las estrategias de afrontamiento. En este modelo, una situación estresante potencial es evaluada primero por la persona (evaluación primaria) para determinar si representa una amenaza. Si se considera amenazante, se inicia una evaluación secundaria, donde el individuo juzga si tiene los recursos adecuados para hacerle frente (Muela Martínez et al, 2002). Las estrategias empleadas en este proceso son cruciales para determinar si la experiencia se percibe como estresante, ya que pueden suprimir el estado emocional negativo y favorecer la adaptación (Fernández & Díaz, 2001).

Siguiendo el modelo de Pearlin (1990), el modo en que la salud mental de los cuidadores puede verse afectada por las tareas propias del cuidado, depende de un proceso de múltiples interacciones entre estresores primarios y secundarios, apoyo social y estrategias de afrontamiento. (Muela Martínez et al, 2002).

Según Lazarus y Folkman (1986), el afrontamiento es un proceso que puede tener resultados eficaces o ineficaces, dependiendo de factores como la persona y el tipo de estresor. Por ello, su eficacia se juzga en función del contexto y las características de la situación (Lazarus, 2000, en Macías et al, 2013). Autores como Macías et al, (2013) enfatizan que el afrontamiento surge de las interacciones en contextos socioculturales, evidenciando su multicausalidad.

Resulta interesante, mencionar que existen dos modos de referirse al afrontamiento: los estilos y las estrategias (Cano et al, 2007). En relación a los estilos, se trataría de un modo disposicional y estable de afrontar el estrés; mientras que las estrategias, serían formas más específicas y contextuales de hacerlo. Andreo et al, (2020).

A su vez, las estrategias de afrontamiento están vinculadas con dos procesos interrelacionados: la evaluación cognitiva y el afrontamiento. En primer lugar, la evaluación cognitiva se define como el proceso mediante el cual una persona juzga una situación y su propia capacidad para afrontarla (Clark & Beck, 2012, en Andreo et al, 2020). Este juicio determina el modo en que se abordará la situación. Por otra parte, el afrontamiento, es un proceso que se caracteriza por su constante cambio, como se mencionó anteriormente (Lazarus & Folkman, 1984, en Andreo et al, 2020).

Una de las clasificaciones más comunes en la literatura divide las estrategias de afrontamiento en dos categorías principales (Muela Martínez et al, 2002). Por un lado, se encuentra el afrontamiento centrado en el problema. Se refiere a los intentos del cuidador por controlar las situaciones problemáticas mediante acciones directas, como la toma de decisiones o la búsqueda de información, con el objetivo de solucionar eficazmente el problema (Montorio, Yanguas y Díaz-Veiga, 1999, en Muela Martínez et al, 2002). Por otro lado, se encuentra el afrontamiento centrado en la emoción; el cual se utiliza para regular las emociones y reducir el impacto negativo del estrés. Incluye la minimización, la regulación

afectiva, comparaciones positivas, el distanciamiento, la aceptación y la reevaluación de la situación (Muela Martínez et al, 2002).

Una clasificación ampliada, propuesta por Macías et al, (2013) las organiza según estén dirigidas a la valoración o búsqueda de significado del suceso; al problema, cuando hay confrontación de la realidad y manejo de las consecuencias; o a la emoción, cuando hay regulación emocional. (Anarte et al, 2001; Galán & Perona, 2001; Lazarus, 2000; Lazarus & Folkman, 1986, en Macías et al, 2013).

Adicionalmente, se ha identificado una tercera clase, la evitación, que se considera una forma ineficaz de afrontamiento (Carr, 2007, en Andreo et al, 2020).

Los cuidadores principales se enfrentan a un estrés crónico que afecta significativamente su salud física y emocional (Cerquera & Galvis, 2014). Presentan mayores niveles de ira, ansiedad y depresión, y un menor bienestar subjetivo en comparación con la población general (Vitaliano, Schulz, Kiecolt Glaser & Grant, 1991, en Fernández y Crespo, 2011). Por esto, es importante el estudio de las estrategias de afrontamiento usadas por los cuidadores; ya que influyen en el nivel de bienestar percibido (Colmenero et al, 2002).

Autores como Cedillo-Torres et al, (2015) plantean que los cuidadores realizan un esfuerzo por encontrar en los momentos de crisis, una solución a los problemas por medio de un plan de acción. Es así, que el cuidador puede poner en juego estrategias adaptativas (resolución de problemas, apoyo social y reestructuración cognitiva) o por el contrario, estrategias desadaptativas (evitación del problema, retirada social y pensamiento desiderativo) (Andreo et al, 2020).

El uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema se asocia con un mayor bienestar psicológico en el cuidador y efectos positivos en el sistema inmune (Cerquera & Galvis, 2014). En este contexto, el apoyo social percibido, que se refiere a la valoración de la red social de un individuo (Gracia, 1997), es crucial para el bienestar del

cuidador (Molina et al, 2005). Este apoyo se manifiesta a través de gestos como afecto, respaldo emocional y ayuda práctica; además promueve el autocuidado y el uso de recursos personales (Muñoz, 2000). Se observa de este modo, que el apoyo social favorece la construcción de una percepción más positiva del ambiente (Almagiá, 2004).

Autores como García et al, (2016) mencionan que existe una correlación significativa entre las estrategias de afrontamiento de aceptación, con el bienestar. En este sentido, la aceptación implica por un lado aceptar la realidad de la enfermedad del familiar; y por otro lado, que el cuidador tiene la opción de asumir la situación de manera responsable (Vargas-Manzanares et al, 2010). Así, puede actuar de forma activa sobre lo que sí tiene control; es decir, sobre los cuidados que debe ejercer tanto hacia su familiar como consigo mismo (García et al, 2016).

Carrobles et al, (2003) mencionan algunas estrategias relacionadas con una experiencia de cuidado más gratificante; entre ellas se destacan: la planificación, apoyo instrumental, auto-distracción, desahogo, desconexión conductual, reinterpretación positiva, religión y humor.

De la mano de lo anterior, cabe mencionar una serie de variables que predicen de forma significativa la satisfacción del cuidador. Entre ellas, el haber mantenido una relación positiva previa con la persona cuidada; haber elegido el rol de cuidador, y poder mantener el mismo tiempo de ocio del que se disfrutaba antes de ser cuidador. (López et al, 2005).

En relación a las consecuencias negativas asociadas al cuidado, cabe el aporte de autoras como Cerquera Córdoba y Galvis Aparicio (2014). Ellas mencionan que estas consecuencias no esperadas, se asocian de forma directa con las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.

Los cuidadores formales, tienden a presentar eutimia estado; lo cual refiere a la presencia de pérdida de interés, disminución de la capacidad de experimentar placer, bajo

nivel de energía y disminución del nivel de alerta mental. Todo ello, asociado a situaciones específicas del entorno en el que trabajan (Spielberger et al, 2008).

Por su parte, Cerquera Córdoba y Galvis Aparicio (2014), comentan que los cuidadores informales, presentan algún nivel de sobrecarga, siendo principalmente intensa. Por lo que también están expuestos a los síntomas de la eutimia estado; asociada a eventos específicos en su rol de cuidador (Spielberger et al, 2008).

Es importante destacar que, si bien las estrategias de afrontamiento usadas por ambos grupos de cuidadores no difieren mucho en su frecuencia de uso ni en su tipología, los niveles de afectación en cuanto a la sobrecarga, tienen diferencias significativas (Cerquera Córdoba & Galvis Aparicio, 2014).

Esto coincide con lo planteado por Aparicio et al, (2008) quienes hallaron mayor sobrecarga entre los cuidadores familiares (los informales); ya que han presentado mayores dificultades para encontrar momentos a lo largo del día, en los que puedan descansar de las tareas de cuidado.

Además, hay que tener en cuenta que, dado el nivel de deterioro del paciente, estas personas deben introducir mayores cambios en su estilo de vida, por lo que están expuestos a una mayor limitación en su vida social y alteración en la relación interpersonal con su familiar enfermo (Artaso et al, 2003). Mientras que, para el cuidador formal, este trabajo forma parte de su estilo de vida, realizándolo en horarios específicos y representando una fuente de ingresos económicos. (Cerquera Córdoba & Galvis Aparicio, 2014).

Puede observarse así, que el estudio de las estrategias de afrontamiento es crucial; ya que posibilitan beneficios personales y contribuyen al fortalecimiento de los seres humanos. Y aunque no siempre garantizan el éxito, son útiles para evitar o disminuir conflictos (Macías et al, 2013, en Alcaraz Ruiz et al, 2015).

## **Rol del Cuidador**

El envejecimiento es un proceso multifacético que, desde una perspectiva biológica, implica el deterioro gradual de las funciones físicas y cognitivas; lo que aumenta la susceptibilidad a enfermedades y, finalmente, ocasiona la muerte (OMS, 2015). La geriatría, por su parte, lo define como la disminución de la capacidad para mantener la homeostasis, es decir, la dificultad para adaptarse a estímulos estresantes internos o externos (Badillo Barradas, 2011).

Se evidencia así la necesidad de instituciones, centros y cuidadores, tanto formales como informales, que ofrezcan atención y programas de salud a los adultos mayores; incluyendo a aquellos en situación de dependencia o discapacidad debido a condiciones de salud, factores personales o ambientales (Pinilla Cárdenas et al, 2021). Actualmente, existe un desequilibrio entre el aumento de la patología psicogeriatrica y los recursos sanitarios disponibles, lo que lleva a que la mayoría de los adultos mayores sean atendidos en sus hogares, implicando una mayor participación de la familia en su cuidado (Serrano Santó, 2016).

Cuidar es una actividad humana que tiene un componente no profesional (De la Cuesta Benjumea, 2007). En el adulto mayor, existe una responsabilidad significativa, una relación que implica paciencia, respeto y compromiso. Se deben realizar acciones que aseguren el cuidado físico, psicológico, social y espiritual de quien está siendo cuidado (Da Silva Rodrigues, 2019).

En los adultos mayores, el autocuidado se convierte en una variable importante para considerar; concepto asociado con niveles de autonomía, independencia y responsabilidad (Imaginário et al, 2018). Es así que el autocuidado, en algunas personas mayores se empieza a dificultar por diferentes enfermedades y por el tipo de red de apoyo que tengan (Pinilla Cárdenas et al, 2021).

El cuidado va más allá de la atención médica; y supone una relación horizontal donde se tienen responsabilidades; y comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, así como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidados (Zarate, 2004).

Guato-Torres et al, (2022) mencionan que la necesidad de servicios de cuidados prolongados al adulto mayor, da origen a la actividad de ayuda no profesional y a la figura del cuidador principal. Este rol se define “como la persona que tiene la total o mayor responsabilidad de los cuidados prestados al adulto mayor” (Fohn, 2017, p. 253).

De esta manera, “Los familiares, mediante actividades de cuidado informal, son la principal fuente de ayuda a las personas mayores que tienen dificultades para cuidar de sí mismas” (Serrano Santó, 2016, p. 81).

Así, va tomando relevancia el concepto de Cuidadores Informales; quienes según Carretero Gómez et al, (2006) cuentan con las siguientes características: 1) dispensan cuidados sin percibir compensación económica; 2) no poseen formación formal para suministrar los cuidados; tampoco sobre las necesidades físicas y/o mentales que provoca la enfermedad/discapacidad; 3) pertenecen al entorno próximo de la persona, como son los miembros de la familia nuclear y extensa, vecinos y amigos; 4) se implican en actividades de cuidado y de atención a las necesidades (Blanco, Antequera y Aires, 2002, en Carretero-Gómez et al, 2006); 5) ayudan de forma regular y continua a la persona, normalmente durante todo el día (Brodsky y Green, 2000, en Carretero-Gómez et al, 2006).

Otros autores, agregan que el cuidador informal no tiene un horario estipulado, por lo que dedica la mayor parte de su tiempo en las tareas del cuidado (Jiménez Ruiz & Moya Nicolás, 2018). Por su parte, Socas Guerrero (2024), plantea que el cuidador informal presenta un compromiso duradero con estas tareas, y que es la base de los cuidados de los pacientes dependientes.

Autores como Camacho Estrada et al, (2010) comentan que el adulto mayor que sufre algún deterioro, requerirá en un plazo no muy largo, de atención orientada a satisfacer sus necesidades las 24 horas del día. Esto implica para la familia destinar tiempo y dinero al cuidado en el hogar.

La literatura afirma que el rol de cuidador recae en un miembro de la familia, quienes son en la mayoría mujeres. Otros autores coinciden con este planteo; y agregan que estas mujeres tienen edades entre los cuarenta y los sesenta años; donde la mayor proporción, es de hijas y esposas (Carrillo-Cervantes et al, 2022).

Autores como Carrillo-Cervantes et al, (2022) agregan que pasar a ser cuidador familiar implica una transición hacia nuevas funciones. Para cumplir con su rol y lograr mantener su propia salud, los cuidadores familiares, necesitan de reconocimiento, información y apoyo de los sistemas sociales, ya que las necesidades de las personas dependientes, son variables y complejas (Esquivel Garzón et al, 2021, p. 4).

Muchas veces, los cuidadores familiares no se encuentran preparados para asumir el nuevo rol, lo que obstaculiza que la transición sea saludable. Esto, contribuye a que puedan generarse resultados desfavorables tanto para la persona enferma como para el cuidador familiar (Carreño-Moreno & Chaparro-Díaz, 2018).

De esta manera, existe un creciente grupo de adultos mayores que recibe cuidados por personas que no siempre tienen la formación necesaria para brindar una atención de calidad, y en algunas ocasiones, no prestan la debida atención a los aspectos psicológicos en esta etapa de la vida (González et al, 2020).

Otros autores, agregan que además de que asume funciones para las que no está técnicamente capacitado, el cuidador familiar realiza un gran esfuerzo; el cual será poco agradecido, reconocido y visibilizado (Carreño-Moreno & Chaparro-Díaz, 2018). Cuando esta actividad se basa en relaciones filiales, puede crear sentimientos positivos en quien la

ejerce; sin embargo, implica una gran carga de estrés y problemas de salud físicos y emocionales (Guato-Torres et al, 2022).

Es por ello que Esquivel Garzón et al, (2021) manifiestan que la persona que asume el rol de cuidador, se encuentra en una situación de vulnerabilidad, ya que provee de cuidados durante meses e incluso años.

Según Socas Guerrero (2024) cuando un adulto mayor no puede cuidar de sí mismo pasa a ser una persona dependiente; lo que implica que ha perdido toda su autonomía intelectual, física, y sensorial. Y precisan así, cuidados para realizar cualquier tipo de acción básica en su día a día.

Los cuidadores familiares asumen el rol de forma repentina debido a la condición de dependencia del adulto mayor. De esta manera, pasan a ser responsables de proveer cuidados directos relacionados con alimentación, baño, vestido, movilización, administración de la medicación, etc; además proveen soporte emocional y espiritual, y toman decisiones importantes (Carrillo-Cervantes et al, 2022).

Durante la evolución de la enfermedad crónico-degenerativa, el grado de dependencia se incrementa, lo cual demanda cuidados de larga duración (Camacho Estrada et al, 2010). Estos cuidados, se definen como “actividades llevadas a cabo por cuidadores informales y en el mejor de los casos profesionales, quienes pretenden mantener en la persona la mejor calidad de vida posible, con el mayor grado de autonomía, participación, realización personal, y dignidad humana” (Camacho Estrada et al, 2010, p. 36).

Continuando con el otro punto de análisis, es necesario definir el concepto de Cuidadores Formales. Según Carretero Gómez et al, (2006), cumplen con las siguientes características: 1) reciben una contribución económica por suministrar los cuidados; 2) están asociados a un sistema de servicio organizado (Eurostat, 2003, en Carretero Gómez et al, 2006); 3) están cualificados profesionalmente para la práctica de la asistencia y entre ellos se

encuentran los profesionales sanitarios (enfermeros/as y médicos/as) y sociales (trabajadores sociales) (Carretero Gómez et al, 2006); 4) proporcionan en general servicios de cuidado personal, visitas de enfermería y tareas del hogar (Decima Research Inc. y Health Canada, 2002, en Carretero Gómez et al, 2006).

Otros autores, agregan que el trabajo del cuidador formal, consiste en atender a una persona mayor con problemas de dependencia, y en colaboración con su familia u otros allegados, realiza actividades de la vida diaria que el adulto mayor no puede realizar solo. Con el objetivo de fomentar su autonomía de vida, coordina e integra las actividades de rehabilitación necesarias (Cselin & del Valle, 2015, en Suárez Lima y Sebastiao Suárez, 2021).

Autores como Camacho Estrada et al, (2010) plantean que el nivel de asistencia que necesita un adulto mayor depende de la etapa de la enfermedad, lo que exige tener el conocimiento para actuar eficientemente.

Además, el cuidador formal progresivamente incrementa el tiempo de cuidado y a su vez, disminuye su tiempo de descanso; lo que implica mayor trabajo y dedicación, enfrentando los riesgos asociados a estrés y/o agotamiento (Camacho Estrada et al, 2010).

Así, los cuidadores formales deben hacer frente a múltiples estresores de forma similar a los cuidadores informales; sin embargo, el rol específico de cuidar como ocupación de la cual se recibe un salario y se cumple un horario (Aparicio et al, 2008), hace que el rol de cuidador, difiera de forma considerable de aquel realizado por los cuidadores informales (Cerquera Córdoba & Galvis Aparicio, 2014).

Es decir que, aunque se considera que los cuidadores formales están capacitados para el manejo de la enfermedad, quienes no están suficientemente cualificados para la misma, tienen mayor probabilidad de manejar altos niveles de estrés y sufrir afectaciones en su salud mental (Camacho Estrada et al, 2010).

Esto coincide con lo planteado por Torres (2008), quien manifiesta que aquellos cuidadores formales que están menos calificados, poseen escasa información para cuidar del paciente, realizan actividades poco gratificantes, reciben menos valoración positiva, y la visita de un mayor número de personas que supervisan su trabajo (incluso la familia del paciente). A esto, se le suma contar con escasa participación en las decisiones, no tener objetivos propios, contar con bajo nivel de formación especializada, y no tener posibilidad de promoción en su trabajo (González y Domínguez, en Aparicio et al, 2008).

Se evidencia así, que son múltiples los cambios a los que se enfrenta una persona en el rol de cuidador. Se encuentran expuestos a complejas interacciones con otros individuos significativos dentro de su rol, como son el receptor del cuidado, la familia y el equipo de salud. Además, numerosas investigaciones muestran que las personas cuidadoras tienen más probabilidades de sufrir enfermedades físicas y mentales (OPS, 2023).

Esto, redundando en resultados que no lo favorecen, como el deterioro de su calidad de vida (Carreño-Moreno & Chaparro-Díaz, 2018).

### **Calidad de Vida**

El rol del cuidador implica una serie de tareas que demandan un esfuerzo físico considerable y generan tensiones psicológicas. Esto, produce modificaciones en los ámbitos familiar, laboral y social. Estas adaptaciones pueden afectar de manera significativa la calidad de vida (CV) del cuidador (Fhon et al, 2017).

Las tareas atribuidas al cuidador, son la mayoría de las veces, sin orientación adecuada ni soporte de las instituciones de salud. Se cree que dicho impacto será negativo, especialmente cuando el cuidador familiar cumple con el rol de cuidador principal (Amendola et al, 2008, en Ferraz dos Anjos et al, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la CV como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes, valores e intereses” (OMS, 1995, en Fohn, 2017, p. 253).

Por lo tanto, la CV es un estado de bienestar general que integra descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de los estados físico, material, social y emocional, así como del desarrollo personal; todo ello mediado por los valores (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Así, la CV puede estar influenciada positiva o negativamente por aspectos como la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad, el vestido, el ocio y los derechos humanos (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

De esta manera, el constructo cuenta con 3 características principales: a) la CV es subjetiva; y distingue la percepción de condiciones objetivas y condiciones subjetivas (satisfacción con ese recurso); b) la naturaleza de la CV, es multidimensional; c) incluye tanto funcionamientos positivos como dimensiones negativas (The WHOQOL Group, 1995, en Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Este modelo, planteado por la OMS, puede ser diagramado de la siguiente manera:



### **Figura 1.**

*Diagrama del modelo conceptual de la OMS. En Urzúa & Caqueo-Úrizar, (2012). Adaptado por Padilla (2025).*

Como se puede ver en la Figura 1, esta definición conceptual diferencia las evaluaciones de la persona en relación a su funcionamiento objetivo, capacidades y conductas; y por otro lado, destaca los autoreportes subjetivos, en términos de satisfacción/insatisfacción; ya sea con estas conductas, estados o capacidades. Esta evaluación, se realiza en las seis dimensiones propuestas.

Autores como Arias-Rojas et al, (2021) afirman que en cuidadores de pacientes que se encuentran en tratamiento activo, la dimensión psicológica es la que tiene peores niveles de calidad de vida; lo cual se relaciona con las formas de afrontamiento de la situación, la poca satisfacción con el soporte social que reciben y el conocimiento sobre la progresión de la enfermedad.

Por otro lado, la dimensión espiritual es la que destaca; lo que podría indicar el impacto espiritual y la necesidad de auto trascendencia, además de la necesidad de encontrar sentido a la experiencia. Esto, se respalda en el alto compromiso religioso que mostraron los participantes. Además se ha reportado la necesidad de conexión que tienen los cuidadores, con un ser supremo (Arias-Rojas et al, 2021).

En relación a la dimensión física, el avance de la enfermedad y la cercanía a la muerte, hacen que el cuidador deba suplir más actividades de la vida diaria del paciente; y manejar los síntomas de este, lo que genera cansancio e impacto de tipo físico (Hernández et al, 2014).

Corriendo el foco hacia la dimensión de relaciones sociales, autores como Arias-Rojas et al, (2021) exponen la necesidad de fortalecer las redes de apoyo y favorecer el desarrollo de otras relaciones interpersonales, además de las que se tiene con la persona enferma e

incluso con la misma familia. Esto, con el fin de emplear parte de su tiempo en otras actividades orientadas al autocuidado y en consecuencia, poder mejorar su calidad de vida.

Caben los aportes de Cedillo-Torres et al (2015), quienes plantean que las formas en que los cuidadores abordan las situaciones estresantes se pueden clasificar en dos categorías. Por un lado están las respuestas adaptativas, las cuales contribuyen a la mejora del bienestar emocional, fomentan la resolución activa de problemas, fortalecen los vínculos sociales y promueven una reestructuración cognitiva y afectiva.

Por otro lado, están las respuestas desadaptativas, las cuales se asocian con un mayor malestar psicológico y ansiedad. Se caracterizan por la evitación de la situación, lo que da lugar a la aparición de emociones y pensamientos extremos y rígidos. La literatura sugiere que la ausencia de apoyo familiar o social incrementa la carga del cuidador, lo que lo obliga a realizar cambios significativos en su vida (Alcaraz Ruiz et al, 2015).

Por esto, es que los cuidadores pueden enfrentar estrés inmediato, que en la mayoría de los casos los lleva a un deterioro en sus funciones cognitivas. Esto interfiere en la asistencia y en el cuidado adecuado al adulto mayor. Además, se encuentran expuestos a sufrir limitaciones físicas, psicológicas y sociales, que impiden la realización de su labor y pueden empeorar su CV (Fhon et al, 2017).

Se ha observado también, que, con el aumento de las enfermedades crónicas y la discapacidad de las actividades de la vida diaria de los ancianos, se afecta negativamente la CV de los cuidadores familiares; los cuales tienen sobrecarga elevada debido a que aumenta la frecuencia del tiempo de cuidado (Ferraz dos Anjos et al, 2013).

Otros autores, agregan que debido a que los cuidadores están expuestos a largas jornadas de trabajo, situaciones de estrés, ausencia de recursos, carencia de conocimientos y de habilidad para enfrentar situaciones de cuidado; su CV puede verse comprometida de forma negativa (Vega Angarita et al, 2014, p. 87).

Un aspecto a destacar, es que, con el proceso de enfermedad del adulto mayor, los cuidadores comienzan a perder las diferentes estrategias de afrontamiento; haciéndolos pensar que están descalificados para el cuidado (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Puede observarse que cuidar de un individuo dependiente hace que el estilo de vida del cuidador sea modificado en función de las demandas del otro. Sea el cuidador una persona joven o anciana, sus actividades de recreación y convivencia social terminan cambiando, y da al cuidador la sensación de no tener la autonomía para gestionar su propia vida. (Ferreira et al, 2011, en Ferraz dos Anjos et al, 2013).

En este punto es importante lo planteado por Coca et al, (2017) ya que mencionan que independientemente del tipo de patología y del tiempo que lleve en el rol, la edad de los cuidadores es un factor importante para la afectación de la CV. De allí que persiste una percepción más baja de CV en cuidadores mayores de 60 años, lo que determina la aparición del denominado síndrome del cuidador, en el que aparecen síntomas físicos y psicológicos.

Es así que, en la actualidad, la CV es un parámetro que facilita el análisis del efecto de las enfermedades crónicas en la esfera física, social, emocional y en la percepción de bienestar de las personas (Gómez Gómez et al, 2011).

Los factores asociados a la CV pueden predisponer tanto una percepción positiva para algunas áreas y negativas para otras, dependiendo de cómo éstos se relacionan con el proceso de cuidar (Ferraz dos Anjos et al, 2013).

Con los aportes mencionados, es necesario identificar las condiciones en que estos cuidadores están viviendo y si sus derechos humanos están siendo atendidos; ya que sus necesidades humanas básicas deben ser garantizadas para que el derecho a la vida pueda ser respetado (Ferraz dos Anjos et al, 2013).

La CV se asocia con la sobrecarga del cuidado del cuidador; aspecto que estaría indicando que, a mayor nivel de sobrecarga, menor sería el nivel de CV. De esta manera,

puede comprenderse por qué el bienestar psicológico y las relaciones sociales son las dimensiones más afectadas en los cuidadores. Al mejorar las relaciones interpersonales y el manejo de las situaciones del cuidado, se puede presentar una mejora en los aspectos psicológicos y sociales de la CV (Arias-Rojas et al, 2021).

## **Método**

### **Diseño del Estudio**

El presente estudio se enmarca en un enfoque de investigación cualitativo y se rige por un diseño no experimental de tipo transversal; donde los datos (retrospectivos y actuales) se recopilan en un solo momento, en un único periodo de tiempo (Hernández et al., 2006).

Este enfoque es adecuado para indagar de forma profunda sobre las variables de interés, a saber: estrategias de afrontamiento, experiencias de cuidado y calidad de vida. En este tipo de investigación, la acción indagatoria se mueve de manera dinámica en ambos sentidos, entre los hechos (Hernández et al., 2006).

### **Participantes**

El universo de esta investigación está compuesto por personas que cumplan o hayan cumplido con el rol de cuidador principal de adultos mayores. Los participantes serán mayores de 18 años y deberán haber realizado sus tareas de cuidado en contextos formales e informales. El estudio se concentrará en individuos de ambos sexos, residentes en las provincias de Río Negro y Neuquén.

### **Muestra**

Se utilizará una muestra de conveniencia, la cual consistirá en convocar a sujetos que se ajusten a los criterios de inclusión y que manifiesten su voluntad de participar en el estudio. La convocatoria se realizará mediante flyer, publicado en redes sociales.

Se prevé una muestra total de 12 participantes, 7 de ellos serán cuidadores informales y 5, cuidadores formales; sin distinción de género, para garantizar la riqueza y profundidad de los datos cualitativos.

### **Criterios de inclusión**

- Ser o haber sido cuidador/a principal de una persona adulta mayor.
- Ser mayor de 18 años.
- Residir en las provincias de Río Negro o Neuquén.
- Haber ejercido o ejercer el rol de cuidador en contextos formales y/o informales.
- Aceptar participar de manera voluntaria en el estudio.

### **Criterios de exclusión**

- Personas que no cumplan con los criterios de inclusión.
- Personas que presenten una condición que impida la comprensión de la información proporcionada.

### **Instrumentos**

Para la recolección de datos se empleará una entrevista semiestructurada, la cual permitirá explorar en profundidad las experiencias de los participantes. La misma, podrá ser presencial o virtual, según disposición del sujeto. Además, se utilizará la observación no participante para registrar conductas no verbales que enriquezcan el análisis.

La entrevista se estructurará en torno a 20 preguntas divididas en tres categorías principales: Afrontamiento (6 preguntas), en donde se buscará identificar si las respuestas se

relacionan con un afrontamiento centrado en el problema, la valoración, la emoción o la evitación.

Experiencias de cuidado (6 preguntas): dirigidas a explorar el rol del cuidador en contextos formales e informales. Y Calidad de vida (4 preguntas): con el fin de identificar los seis dominios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (The WHOQOL Group, 1995, citado por Urzúa y Caqueo Urizar, 2012); a saber: dominio físico, dominio psicológico, y nivel de independencia; y por otro lado, relaciones sociales, medioambiente y espiritualidad, religión, creencias personales.

### **Procedimiento**

El contacto inicial con los participantes se realizará a través de contactos previos, instituciones geriátricas y de cuidados paliativos, de las provincias de Río Negro y Neuquén. Una vez contactados y con su consentimiento, se acordará una cita para la entrevista. Antes de comenzar, se les entregará una copia del consentimiento informado para su lectura y firma. El mismo contendrá: título del trabajo, nombre y apellido de la autora; nombre, apellido y DNI del o la participante; objetivo del trabajo; la Ley de Protección de los Datos Personales (Ley N°25.326); aclaración de que no habrá devolución diagnóstica profesional de la entrevista. Por último, firma y aclaración de la persona entrevistada.

Las entrevistas serán grabadas en audio (con permiso del participante, punto aclarado en consentimiento informado) y transcritas para su posterior análisis.

### **Análisis de datos**

Las transcripciones de las entrevistas serán codificadas, a través del programa de análisis de datos cualitativos ATLAS TI; para identificar categorías emergentes relacionadas

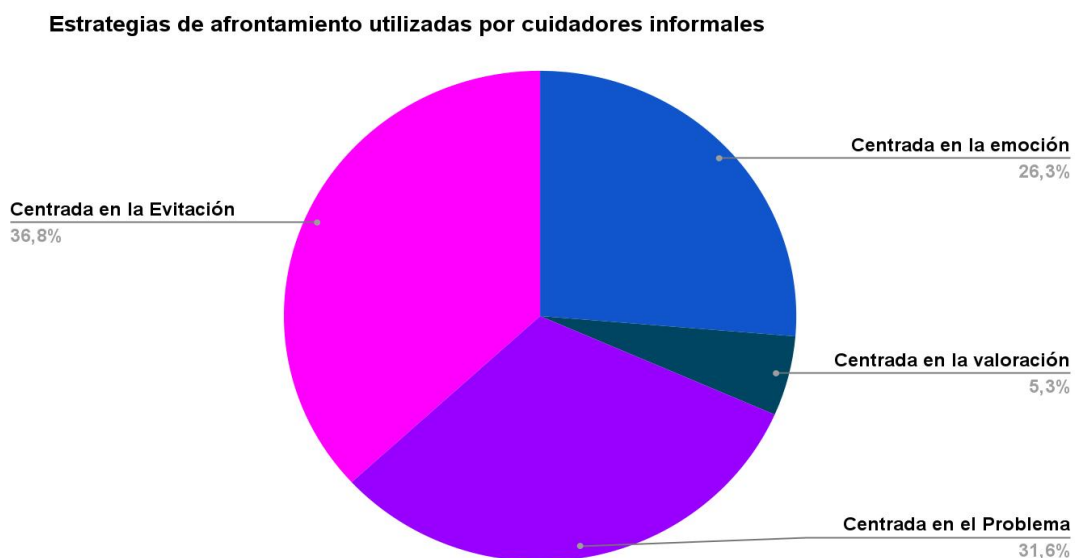
con las variables de estudio. Se utilizará un enfoque inductivo para permitir que los hallazgos surjan directamente de las narrativas de los participantes.

La triangulación de los datos obtenidos a través de las entrevistas y la observación fortalecerá la validez y confiabilidad de los resultados.

## Resultados

Para presentar los resultados, se abordará primero la información obtenida de las entrevistas a los cuidadores informales y, posteriormente, se expondrán los hallazgos relacionados con los cuidadores formales.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores informales, la estrategia centrada en la evitación fue la más recurrente, ya que los siete entrevistados la utilizaron en algún momento de su experiencia. Le sigue la estrategia centrada en el problema, puesta en juego por seis de los siete participantes. En menor medida, cinco cuidadores recurrieron a la estrategia centrada en la emoción. La estrategia menos empleada fue la centrada en la valoración, utilizada por un solo participante. Estos hallazgos se detallan en el gráfico presentado a continuación.



**Figura 2.**

*Frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento en cuidadores informales (Padilla, 2025).*

En la categoría de experiencias de cuidado en el rol de cuidadores informales, los participantes ofrecieron consejos centrados en la importancia de pedir ayuda y capacitarse. Los principales desafíos reportados incluyeron la confrontación entre el afecto previo y las conductas actuales de la persona cuidada (como el maltrato o la falta de reconocimiento en relación a la identidad del cuidador), la inexperiencia en las tareas de cuidado y la dificultad para lograr que el familiar se deje ayudar.

En cuanto a la organización familiar, hubo una clara división: tres de los siete entrevistados reportaron una ausencia de organización, lo que llevó a que todas las responsabilidades recayeran sobre una sola persona, mientras que las cuatro restantes afirmaron que el apoyo provenía principalmente de figuras femeninas como hermanas, hijas o madres.

En cuanto a los hábitos de sueño, las siete personas entrevistadas reportaron modificaciones significativas. Las respuestas indicaron que los cuidadores experimentan preocupación constante, estado de alerta, pocas horas de sueño y una alta sensibilidad a los ruidos.

Respecto a los hábitos alimenticios, solo dos participantes notaron cambios negativos. Las cinco personas restantes afirmaron haber podido mantenerlos, bien sea porque disponían de un espacio separado para comer o porque no convivían con la persona a su cargo.

Para finalizar la categoría del rol de cuidador informal, se abordó el consumo de sustancias. Cuatro de los entrevistados afirmaron que su consumo no se modificó, mientras que los tres restantes reportaron un incremento en el consumo de alcohol y cigarrillos.

En relación a la categoría de calidad de vida, se analizó la dimensión del dominio físico. El objetivo fue indagar sobre las molestias o dolores corporales derivados de las tareas de cuidado. En este sentido, las siete personas entrevistadas manifestaron haber sufrido

padecimientos, entre los que se destacaron: contracturas, malestares estomacales, dolor de cintura, dolor de espalda, dolor de hombros, ciatalgias (dolor de ciático) y hernia de disco.

En el dominio psicológico, la investigación reveló dos experiencias contrastantes en los cuidadores. Por un lado, las tareas que les otorgaron un sentido de control fueron el manejo del dinero, la organización de las compras, la gestión de la alimentación y la administración de la medicación. Por otro lado, también se experimentó una profunda sensación de impotencia frente a la enfermedad o el tratamiento. Tres participantes expresaron explícitamente haber sentido que sus esfuerzos no fueron suficientes, con frases como: “sentí que podría haber hecho más” o “no fue suficiente lo que hice”. El resto de las respuestas se relacionaron con el sufrimiento emocional derivado de situaciones como el deterioro del ser querido, el maltrato verbal o la falta de reconocimiento en relación a la identidad del cuidador, así como la inevitable proximidad de su fallecimiento.

En el ámbito de las preocupaciones económicas, se identificaron los dominios de independencia y medioambiente. Las 7 personas entrevistadas manifestaron haber experimentado dificultades financieras debido a que la jubilación del receptor de cuidados no cubría la totalidad de los gastos médicos. Para solventar esta situación, se vieron en la necesidad de aportar dinero de sus propios recursos.

Adicionalmente, en lo que respecta al dominio de la independencia, las respuestas evidencian un impacto significativo en el desarrollo profesional de los cuidadores. Las afirmaciones más recurrentes incluyeron la necesidad de abandonar el trabajo a tiempo completo para dedicarse a las tareas de cuidado, la búsqueda de un segundo empleo para cubrir los gastos, y la posibilidad de retomar su desarrollo laboral, una vez que la persona destinataria había fallecido.

En relación con el dominio de las relaciones sociales, seis de las personas entrevistadas reportaron un cambio significativo en sus roles familiares y en su círculo social,

a partir del momento en que asumieron el rol de cuidador principal. Estas modificaciones incluyeron la pérdida de amistades y la aparición de problemas en la relación de pareja.

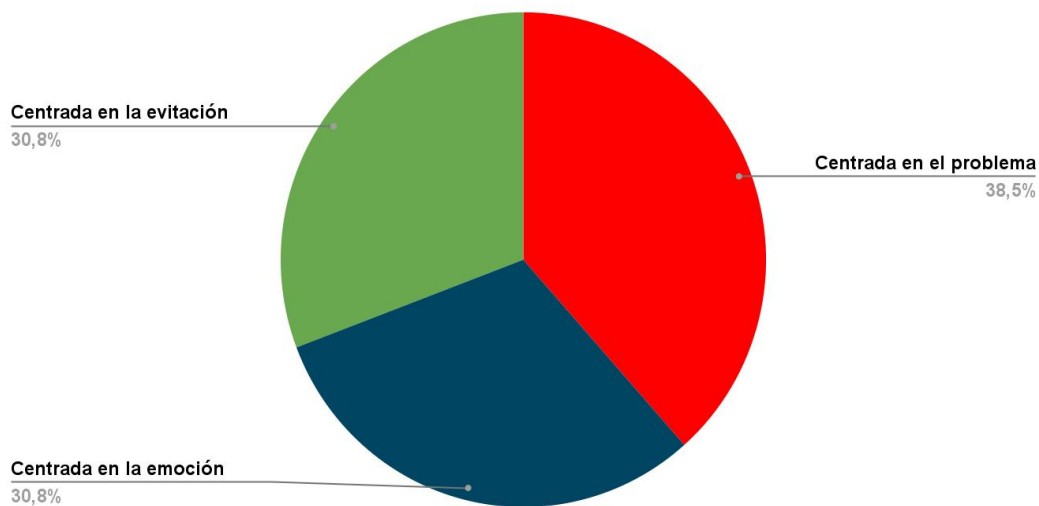
Para concluir el análisis de las experiencias de cuidado en el rol de cuidadores informales, se examinó el dominio de la espiritualidad, religión y creencias personales. Seis de los participantes afirmaron haber recurrido a recursos espirituales como registros akáshicos, musicoterapia, meditación, la iglesia y yoga, encontrando en ellos consuelo o fortaleza.

En cuanto a la capacidad para experimentar felicidad o satisfacción, los resultados fueron mixtos. Tres de los entrevistados manifestaron un cambio positivo, reportando una mayor valoración de las pequeñas cosas de la vida y más empatía hacia otros cuidadores. No obstante, las cuatro personas restantes reportaron cambios negativos, experimentando ataques de pánico, ansiedad, taquicardia y una notable dificultad para encontrar felicidad en actividades que antes disfrutaban.

En cuanto a los resultados de los cuidadores formales, la estrategia de afrontamiento más utilizada fue la centrada en el problema, empleada por los cinco entrevistados en diferentes situaciones. En un segundo lugar, y con igual frecuencia, se encontraron las estrategias de evitación y emoción, ambas utilizadas por cuatro de los cinco cuidadores formales. La estrategia menos recurrente, sin ser utilizada por ninguno de los entrevistados, fue la centrada en la valoración.

En el gráfico que se encuentra a continuación, se presentan estos resultados.

**Estrategias de afrontamiento utilizadas por cuidadores formales**



**Figura 3.**

*Frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento en cuidadores formales. (Padilla, 2025).*

En el análisis de las experiencias de cuidado en el rol de cuidador formal, se abordaron los consejos y desafíos. En cuanto a los consejos a otros cuidadores, se destacaron la empatía, el respeto y la paciencia, elementos considerados esenciales para un trabajo más humano.

Respecto a los principales desafíos, tres de los cinco entrevistados señalaron a las familias de los residentes como un obstáculo significativo, ya que a menudo toman decisiones que entorpecen el tratamiento, como suspender la medicación o retirar al paciente de la institución sin autorización médica. Los dos participantes restantes mencionaron la carga horaria y la burocracia institucional como barreras que limitan la flexibilidad en el trato con los pacientes.

En relación con los cuidados destinados a algún familiar, cuatro de los cinco entrevistados reportaron haber tenido que asumir simultáneamente responsabilidades de cuidado en su ámbito formal y personal. Los resultados sugieren que, debido a su profesión, se esperó que se hicieran cargo de la situación. Esto se evidencia en afirmaciones como: “ellos saben que estoy en el rubro, así que todo recayó sobre mí” o “supusieron que me tenía que hacer cargo”.

Al consultarles si consideraban que su trabajo era bien remunerado, los resultados fueron contundentes; ya que los cinco cuidadores formales coincidieron en que no. Argumentaron que la remuneración económica no compensa el significativo desgaste físico y mental que conlleva su labor.

Los hábitos de sueño se vieron modificados en tres de los cinco entrevistados, quienes reportaron que, en ocasiones, no logran dormir más de cuatro horas seguidas. Manifestaron que la sensación de estar “recargados” al llegar a casa les impide relajarse y conciliar el sueño.

En cuanto a los hábitos alimenticios, los resultados fueron variados. Tres de los participantes afirmaron haber perdido peso de manera considerable en los últimos meses, mientras que las dos personas restantes lograron mantener una dieta saludable gracias a una buena organización.

Para concluir el análisis del rol del cuidador formal, se abordó el tema del consumo de sustancias. Tres de los participantes afirmaron haber incrementado el consumo de cigarrillos, y uno de ellos tuvo que recurrir a medicación como el clonazepam. Por su parte, las dos personas restantes manifestaron que su consumo de sustancias no se vio modificado.

En el dominio físico de la categoría de calidad de vida, todos los cuidadores formales entrevistados reportaron dolencias como cialgias, dolor de espalda y contracturas, directamente asociadas a sus tareas.

En el dominio psicológico, se identificaron dos cuestiones clave. Por un lado, las tareas que otorgaron a los cuidadores un sentido de control se asociaron con la implementación de técnicas alternativas a la medicación y una rigurosa organización de las tareas y la medicación prescrita. Por otro lado, los cuidadores manifestaron un sentimiento de impotencia ante la decisión de las familias de suspender los tratamientos y frente al avance de la enfermedad. A pesar de esto, dos participantes exhibieron frases destacables, tales como: “no me dejo afectar por la progresión de las enfermedades, porque sé que es parte del proceso” y “gracias a mi capacitación y experiencia, me siento capaz de afrontar la mayoría de los desafíos”.

En el dominio correspondiente al medioambiente, seis de los siete entrevistados manifestaron haber considerado cambiar de trabajo, ya sea por iniciativa propia o por recomendación de amigos y/o familiares. Este hallazgo se relaciona directamente con el dominio de la independencia, ya que los participantes expresaron una percepción de resignación y falta de alternativas laborales, con frases como: “no sé hacer otra cosa” o “sigo un tiempo más”. Únicamente un cuidador no contempló un cambio de empleo, argumentando que le gustaba lo que hacía.

En cuanto al dominio de las relaciones sociales, dos de los entrevistados reportaron cambios significativos en sus roles. Estos cambios se atribuyen al cansancio laboral, que les llevó a cancelar planes sociales en reiteradas ocasiones, y a la percepción de que su círculo social los veía exclusivamente como cuidadores. Las tres personas restantes, sin embargo,

manifestaron haber logrado mantener una clara separación entre su rol profesional y sus relaciones de amistad y familiares.

Para concluir con la categoría de calidad de vida, se abordó el dominio de la espiritualidad, religión y creencias personales. Todos los cuidadores formales entrevistados manifestaron recurrir a diversos recursos, entre los que se destaca la iglesia, mencionada por tres participantes. Le siguieron en frecuencia la meditación y el reiki. Todos los entrevistados afirmaron encontrar consuelo o fortaleza en estas prácticas.

Finalmente, en cuanto a la capacidad para experimentar felicidad o satisfacción, los resultados fueron positivos. Tres cuidadores manifestaron encontrar satisfacción al ver que sus pacientes mejoraron, lo cual los motiva a continuar en su labor. Las dos personas restantes describieron su experiencia como un aprendizaje valioso, que les enseñó a disfrutar de las pequeñas cosas de la vida y a valorar su propia salud.

Con estos resultados, y en relación a los objetivos del presente trabajo, se resume que las entrevistas revelaron que los cuidadores informales recurren con mayor frecuencia a la estrategia de evitación (7 de 7); mientras que la estrategia menos utilizada fue la centrada en la valoración, empleada por solo un participante.

La calidad de vida percibida en este grupo mostró un desgaste significativo. A nivel físico, todos los entrevistados reportaron múltiples dolencias. En el ámbito psicológico, experimentaron una profunda sensación de impotencia ante la enfermedad, a pesar de sentirse en control ante ciertas tareas de cuidado. La mayoría reportó cambios negativos en el sueño (preocupación constante, alerta) y en las relaciones sociales (pérdida de amistades). A pesar de esto, se observaron respuestas adaptativas de la espiritualidad como fuente de consuelo,

aunque los resultados sobre la felicidad fueron mixtos, con algunos experimentando ansiedad y ataques de pánico.

De esta manera, la utilidad de las estrategias de afrontamiento en este grupo parece estar ligada a su naturaleza. La evitación, aunque frecuente, se asocia con un mayor desgaste emocional y físico. Las respuestas desadaptativas se reflejaron en el deterioro de la salud física y mental, y en el incremento del consumo de sustancias en algunos casos. Sin embargo, el uso de la espiritualidad y la búsqueda de apoyo de figuras femeninas dentro de la familia demostraron ser respuestas más adaptativas, al proporcionar vías de apoyo en las tareas de cuidado.

En contraste, los cuidadores formales mostraron una clara preferencia por la estrategia centrada en el problema, utilizada por los cinco entrevistados. Las estrategias de evitación y emoción fueron también comunes (4 de 5), pero la valoración no fue utilizada por ninguno. Este patrón sugiere que los cuidadores formales, gracias a su formación, priorizan una respuesta directa y orientada a la solución, lo que puede ser una estrategia más adaptativa.

A pesar de esta tendencia, la calidad de vida de los cuidadores formales también se vio afectada. A nivel físico, todos reportaron dolencias directamente asociadas a su labor. En el ámbito psicológico, si bien algunos manifestaron un sentido de control por su capacidad profesional, también sintieron impotencia frente a las decisiones familiares y al avance de las enfermedades. Ninguno se sintió bien remunerado, y muchos consideraron cambiar de trabajo; lo que evidencia una percepción de resignación y falta de alternativas. Tres de los cinco entrevistados reportaron cambios negativos en los hábitos de sueño y alimentación, y algunos incrementaron el consumo de cigarrillos.

La utilidad de las estrategias de afrontamiento en este grupo demuestra la importancia de respuestas más adaptativas, basadas en la solución de problemas. Su formación profesional les permite manejar mejor los desafíos de las tareas de cuidado. Sin embargo, la persistencia de respuestas desadaptativas se hace evidente en el alto grado de desgaste físico y mental, la falta de reconocimiento salarial, la consideración de abandonar la profesión y los problemas en el sueño y la alimentación.

El uso de recursos espirituales, como la iglesia, la meditación y el reiki, se destacan como respuestas adaptativas para encontrar consuelo y fortaleza frente a la carga de trabajo.

## Discusión

La presente investigación buscó describir las estrategias de afrontamiento en las experiencias de cuidado hacia adultos mayores; en cuidadores formales e informales.

Los resultados revelaron una clara distinción en las estrategias de afrontamiento empleadas en ambos contextos de cuidado. En el caso de los cuidadores informales, la estrategia de evitación fue la más prevalente. En el presente estudio, esta tendencia se correlaciona con un evidente deterioro en la calidad de vida percibida, manifestado a través de síntomas físicos (dolor de espalda, contracturas) y psicológicos (impotencia, ansiedad, y dificultad para experimentar felicidad). Este hallazgo es coherente con la definición de Andreo et al, (2020) quienes clasifican a la estrategia de evitación, como una forma ineficaz de afrontamiento. A su vez, esto se asocia con lo planteado por Mora-Castañeda et al, (2023) quienes encontraron una notable relación entre la evitación y la carga subjetiva y depresión. Esta sobrecarga intensa es un hallazgo consistente con estudios como el de Jaimes Pedraza y Sierra Navarro (2022), quienes observaron que un 55% de las cuidadoras informales experimentaban sobrecarga intensa, afectando su salud física y mental.

De esta manera, es que se puede plantear que, ante la falta de formación y los lazos emocionales desarrollados previamente hacia la persona receptora de los cuidados, los cuidadores informales tienden a postergar o eludir la confrontación directa de los problemas.

Esta ineficacia se manifiesta en las consecuencias observadas en la salud y el bienestar de los cuidadores. Si bien, como mencionan Guato-Torres et al, (2022) el cuidado basado en relaciones filiales puede generar sentimientos positivos, los resultados obtenidos confirman que esto no excluye una gran carga de estrés y problemas de salud. Los

participantes manifestaron que su dedicación, motivada por el afecto, a menudo les ha impedido atender sus propias necesidades físicas y mentales.

Este sacrificio, si bien altruista, se traduce en un evidente deterioro de su calidad de vida, lo que subraya la necesidad de abordar el bienestar del cuidador de manera integral, reconociendo tanto los aspectos emocionales como los desafíos prácticos de su labor.

La falta de experiencia previa y la ausencia de organización familiar, sumadas a la alteración de la vida social y la sobrecarga, se alinean con lo planteado por Aparicio et al, (2008) quienes sugieren que los cuidadores informales presentan mayores dificultades para descansar, lo que impacta negativamente en su bienestar. Autores como Carrillo-Cervantes et al, (2022) suman a lo anteriormente expuesto, que pasar a ser cuidador familiar de una persona en condición de dependencia es, asumir un nuevo rol que implica nuevas funciones.

Se trata así, de una asunción repentina de nuevas responsabilidades, lo que demanda una necesidad inmediata de apoyo. A diferencia de un trabajo formal, donde la capacitación y la organización son inherentes al rol, los cuidadores informales se enfrentan a un cambio de vida drástico para el cual no están preparados.

De la mano de lo expuesto, los resultados han mostrado que, en términos generales, los cuidadores familiares no se encuentran preparados para asumir este nuevo rol; cuestión ya mencionada por autores como Carreño-Moreno y Chaparro Díaz (2018); que han manifestado que esta dificultad está asociada a una mala definición de funciones, falta de conocimientos, sentimientos y metas inadecuados. Todas, situaciones que generan insuficiencia del rol, contribuyendo a que puedan generarse resultados desfavorables tanto para la persona enferma como para el cuidador familiar.

Los hallazgos sobre el uso de la espiritualidad y la búsqueda de apoyo, ya sea en otras personas o en diversas actividades, por parte de los cuidadores informales ofrecen una perspectiva crucial que va más allá del simple desgaste. Aunque la evitación es una respuesta común y perjudicial, varios de los cuidadores entrevistados también emplearon estrategias emocionales y centradas en la resolución de problemas; consideradas adaptativas (Andreo et al, 2020). Este contraste revela la complejidad de las experiencias de cuidado.

Autores como Carrobles et al, (2003) plantean que, si el cuidador utiliza estrategias basadas en el afrontamiento activo, tales como el apoyo instrumental y emocional, así como también la religión; el rol como cuidador, puede llegar a presentar aspectos gratificantes. Los resultados han mostrado que los recursos espirituales han brindado consuelo a las personas entrevistadas; por lo que, a pesar del gran desgaste, los cuidadores informales activan recursos para encontrar fortaleza.

En cuanto a las características sociodemográficas de los cuidadores informales, cabe destacar que la totalidad de la muestra estuvo constituida por mujeres; además, los resultados han evidenciado que la división de las múltiples tareas de cuidado, ha provenido de figuras femeninas; sobre todo de hermanas, hijas o madres. Esto se condice con lo planteado por autores como Carrillo-Cervantes et al, (2022) quienes han afirmado que los cuidadores familiares de personas con condiciones crónicas que requieren cuidado a largo plazo son principalmente mujeres, donde la mayor proporción, es de hijas y esposas.

Esta predominancia del rol de cuidador en las mujeres, es para destacar; ya que resalta un factor social que agrava la vulnerabilidad de este grupo. Autores como Álvarez-Carchipulla et al, (2024) también subrayan la predominancia de mujeres en este rol; y agregan que suelen experimentar limitaciones económicas, saturación de responsabilidades y

limitación horaria. Lo que evidencia a su vez que existe una transferencia intergeneracional de la responsabilidad del cuidado dentro del núcleo familiar.

Se puede argumentar que el hallazgo de que las mujeres asuman mayoritariamente el rol de cuidadoras no es una mera coincidencia, sino un fenómeno profundamente arraigado en las diferencias de género a nivel social. Desde la infancia, a las mujeres se les asignan y refuerzan roles de cuidado, empatía y servicio. Por lo que las tareas de cuidado se consideran tradicionalmente una función femenina; a menudo no remunerada y poco valorada socialmente. Este análisis permite trascender la simple descripción de un dato sociodemográfico para entender su origen cultural y social.

Además, en los resultados del trabajo se evidencia que aquellas mujeres que tenían un empleo formal debieron sumar las exigentes tareas de cuidado, lo que las llevó a padecer agotamiento extremo y detrimento de su salud. Otras, que no tenían empleo formal, se han visto obligadas a dedicarse por completo al cuidado, generando una dependencia económica y pérdida de autonomía personal y profesional. Este factor económico es vital para entender la vulnerabilidad de este grupo. La ausencia de remuneración por el cuidado informal no solo las priva de ingresos propios, sino que también las aleja de oportunidades de desarrollo personal, educativo y crecimiento profesional. Este aislamiento, las deja en una posición de desventaja a largo plazo, especialmente si el cuidado se extiende por años.

En relación a los cuidadores formales, la estrategia de afrontamiento más utilizada fue la centrada en el problema, lo cual es coherente con el hallazgo de Chen (2020), quien también identificó esta estrategia como la más sobresaliente en cuidadores de casas hogar. Este enfoque activo se relaciona con el bienestar psicológico, como señalan Cerquera Córdoba & Galvis Aparicio (2014). Sin embargo, a pesar de esta aparente ventaja, los

resultados de este trabajo evidencian un alto nivel de desgaste físico y una percepción de remuneración inadecuada, lo que afecta su calidad de vida y se asocia con un estado de eutimia; como lo describen Spielberg et al, (2008).

Este estado de pérdida de interés y energía, se convierte en una manifestación tangible del agotamiento; fenómeno que demuestra que la carga no proviene únicamente de la naturaleza de las tareas, que pueden ser resueltas, sino de condiciones sistémicas y estructurales que escapan al control del cuidador. Esto pone en evidencia que el solo uso de estrategias adaptativas no es suficiente si el contexto laboral y la valoración económica del trabajo son deficientes.

Se puede observar, que el núcleo del problema reside en el desajuste entre el esfuerzo y la recompensa. Todos los cuidadores formales reportan un alto nivel de desgaste físico y mental sin sentir que su trabajo es adecuadamente remunerado. Esta percepción de remuneración inadecuada no es solo una cuestión económica; es una falta de reconocimiento al valor de su trabajo. Cuando el salario no compensa el sacrificio personal, el trabajo se vuelve una fuente de frustración y resentimiento. Además, los hallazgos de este trabajo han puesto en evidencia que las barreras institucionales, como la carga horaria excesiva y la burocracia, limitan su capacidad para aplicar su conocimiento de manera flexible. Esto los lleva a sentirse impotentes, a pesar de su capacitación, ante decisiones de las familias o el avance inevitable de la enfermedad.

El análisis se enriquece al considerar la percepción de resignación y la falta de alternativas laborales que expresan los cuidadores formales. Frases como "no sé hacer otra cosa" revelan un sentimiento de estancamiento profesional.

Aunque su estrategia de afrontamiento les permite sobrellevar las tareas diarias, el contexto más amplio de su vida profesional les ofrece pocas vías de alternativas o crecimiento. Este sentimiento de estar atrapado contribuye significativamente al desgaste, demostrando que la salud mental de estos cuidadores no solo depende de su habilidad para enfrentar y resolver problemas, sino también de su percepción de un futuro laboral con opciones y reconocimiento.

Los resultados, también mostraron una diferencia entre aquellos cuidadores formales que se han capacitado de forma adecuada y entre aquellos que no lo han hecho. Lo cual se condice con lo planteado por Camacho Estrada et al, (2010); quienes han reportado que, aunque se considera que los cuidadores formales están capacitados para el manejo de la enfermedad, quienes no están cualificados para la misma, tienen mayor probabilidad de manejar altos niveles de estrés y sufrir afectaciones en su salud mental.

De esta manera, se puede observar que un cuidador con formación no sólo adquiere conocimientos técnicos para manejar las tareas de cuidado y sus desafíos, sino que también desarrolla una percepción de autoeficacia y control. Esta sensación de competencia es en sí misma una poderosa estrategia de afrontamiento centrada en el problema, que reduce el estrés y la ansiedad.

La falta de conocimiento para manejar situaciones complejas, genera una sensación de impotencia que es un factor de estrés crónico. Este aporte coincide con lo planteado por González y Domínguez (en Aparicio et al, 2008), quienes mencionan que los cuidadores menos calificados suelen presentar varias desventajas; como tener menos información para cuidar del paciente, realizar actividades poco gratificantes, recibir menos valoración positiva, y la visita de un mayor número de personas que supervisan su trabajo, incluso la familia del

paciente. En relación a esto último, en esta investigación se ha destacado a la familia del residente como factor de estrés e impotencia.

Este análisis tiene implicaciones directas para las instituciones y programas de formación para cuidadores formales. El estudio evidencia que la inversión en la capacitación de los cuidadores formales, no debe verse sólo como un medio para mejorar la calidad de vida del paciente, sino como una medida de salud laboral para el propio cuidador. Al proporcionarles las herramientas adecuadas, se les empodera para enfrentar su labor de manera más resiliente y sostenible a largo plazo.

Por lo tanto, la capacitación actúa como un factor protector que no solo mejora la calidad del servicio, sino que también contribuye a la retención de personal calificado y previene el agotamiento profesional. Esto subraya la necesidad de políticas que regulen y promuevan la formación continua en el ámbito del cuidado formal.

Por otro lado, en la investigación de Mainato Buñay (2024), se ha evidenciado que, a diferencia de los cuidadores informales, quienes mostraron un deterioro en su calidad de vida, los cuidadores formales reportaron una percepción positiva en cuanto a la calidad de vida y el bienestar en su salud a nivel general.

Sin embargo, los hallazgos de este trabajo matizan esta idea. Si bien dos participantes encontraron satisfacción en la mejora de sus pacientes y con su trabajo, la mayoría expresó múltiples dolencias físicas, sumado a dificultades para conciliar el sueño de forma plena, así como también aislamiento social relacionado con un cansancio crónico. Esto sugiere que, aunque su labor puede ser gratificante, el desgaste y las condiciones laborales limitan una percepción de calidad de vida satisfactoria.

Por otro lado, ha resaltado la capacidad para mantener una separación entre su vida profesional y personal, la cual fue reportada por tres de los entrevistados. Esto puede ser un factor clave que mitiga la sobrecarga que sí afecta en gran medida a los cuidadores informales (Aparicio et al, 2008).

El análisis de la capacidad para separar la vida profesional y personal no es un detalle menor, sino un factor protector fundamental que distingue la experiencia del cuidador formal de la del informal. Mientras que el cuidador informal está inmerso en un rol que no tiene horario ni límites claros, el cuidador formal opera dentro de un marco estructurado que le permite mitigar la sobrecarga de manera activa y consciente.

Esta separación le ofrece al cuidador formal una ventaja crucial: la oportunidad de recuperar su bienestar. A diferencia de los cuidadores informales, los formales pueden, al finalizar su turno, dejar atrás el estrés y las demandas de su labor. Este “tiempo de desconexión” es vital, ya que les brinda una oportunidad para dedicarse a sus propias necesidades.

Esta investigación confirma que las estrategias de afrontamiento son recursos dinámicos y que, como postulan Lazarus y Folkman (1986), no existen estrategias “buenas o malas”, sino que su utilidad depende del contexto. La principal diferencia entre ambos grupos no radica solo en la frecuencia de uso de una u otra estrategia, sino en las consecuencias y la sobrecarga experimentada, tal como señalan (Cerquera Córdoba & Galvis Aparicio, 2013).

Los cuidadores informales, al asumir el rol de manera súbita y sin apoyo, experimentan un mayor impacto negativo en todas las áreas de su vida, mientras que los formales, aunque desgastados, cuentan con un marco de trabajo que les permite cierta desconexión.

## Conclusión

Los resultados de la presente investigación revelan diferencias significativas y, a la vez, desafíos comunes que delimitan la complejidad del acto de cuidar en contextos formales e informales.

Los cuidadores informales, impulsados por lazos afectivos y la súbita asunción de su rol, tienden a recurrir a la estrategia de evitación como la más frecuente. Esta aproximación, que implica eludir la confrontación directa de los problemas, se asocia con un notable desgaste físico y emocional. Como se evidenció en la investigación, esto se manifiesta en síntomas como dolor crónico, ansiedad e incapacidad para encontrar felicidad.

Esto coincide con la literatura que califica la evitación como una estrategia desadaptativa, que lejos de resolver los problemas, aumenta la carga subjetiva y el deterioro del bienestar. La falta de preparación y la inexperiencia actúan como factores de vulnerabilidad que impiden la adopción de estrategias más efectivas.

En contraste, los cuidadores formales, gracias a su formación, priorizan la estrategia de afrontamiento centrada en el problema. Este enfoque, orientado a la solución, les permite ejercer un mayor sentido de control sobre las tareas de cuidado. Sin embargo, a pesar de esta ventaja, su salud también se ve seriamente comprometida.

El desgaste físico, la falta de una remuneración que compense el esfuerzo y la sensación de impotencia ante barreras institucionales, demuestran que una estrategia adaptativa no es suficiente si el contexto laboral es deficiente. Esto sugiere que la salud ocupacional en el ámbito del cuidado formal es un tema crítico que requiere atención urgente.

La investigación subraya el peso del vínculo afectivo en los cuidadores informales. Si bien este vínculo puede generar sentimientos de gratificación, también expone a los cuidadores a una intensa carga emocional. Lo que se relaciona con presenciar el deterioro de un ser querido, a menudo acompañado de maltrato verbal o falta de reconocimiento.

La ausencia de organización familiar y la transferencia intergeneracional de responsabilidades de cuidado a mujeres, son factores que agravan el panorama, limitando su independencia económica y personal.

Por otro lado, la capacidad para separar la vida profesional y personal emerge como un factor protector clave para los cuidadores formales; algo de lo que carecen los cuidadores informales, quienes están inmersos en su rol las 24 horas del día. A pesar de esto, el estancamiento profesional y la percepción de falta de alternativas laborales, generan un sentimiento de resignación que contribuye al desgaste psicológico.

En síntesis, este estudio confirma que las estrategias de afrontamiento son recursos dinámicos cuya utilidad depende del contexto. La principal diferencia entre ambos grupos no reside únicamente en las estrategias que utilizan, sino en las consecuencias y la sobrecarga experimentada.

Para los cuidadores informales, los hallazgos señalan la urgente necesidad de intervenciones psicosociales que les brinden herramientas para afrontar el rol de manera más efectiva, así como la promoción de redes de apoyo familiar y comunitario. La capacitación y el apoyo emocional son cruciales para mitigar el impacto negativo en su salud. Para los cuidadores formales, los resultados evidencian la importancia de mejorar las condiciones laborales, incluyendo una remuneración justa, la reducción de la burocracia y la promoción de un entorno que reconozca el valor de su trabajo.

Este trabajo concluye que el acto de cuidar, en cualquiera de sus formas, conlleva un riesgo significativo de deterioro de la salud física y mental. Se espera que estos hallazgos contribuyan a una mayor visibilidad de la labor de las y los cuidadores, promoviendo el desarrollo de políticas públicas y programas de apoyo que garanticen su bienestar.

La investigación en psicología puede seguir profundizando en el desarrollo de modelos de intervención que no solo beneficien a los adultos mayores, sino que también cuiden de quienes los cuidan.

### **Aportes y Contribuciones de la Investigación**

En relación a las contribuciones de este estudio, pueden destacarse una distinción clara entre las estrategias de afrontamiento de cuidadores formales e informales.

Si bien la literatura ha abordado el desgaste en ambos grupos, esta investigación detalla cómo el uso predominante de la evitación en cuidadores informales, y la preferencia por las estrategias centradas en el problema en cuidadores formales, tiene consecuencias directas en su bienestar físico y mental. Este hallazgo subraya la necesidad de intervenciones específicas para cada grupo.

Por otro lado, el estudio profundiza en la vulnerabilidad de las mujeres en el rol de cuidadoras informales. Más allá de confirmar su predominancia en este rol, la investigación destaca cómo la pérdida de autonomía económica y profesional son factores sociales que exacerbaban el desgaste, y no son sólo consecuencias aisladas. Este enfoque trasciende la descripción sociodemográfica, para ofrecer una comprensión más profunda de las raíces socioculturales del problema.

En el ámbito de los cuidadores formales, el trabajo va más allá de las estrategias de afrontamiento para señalar la importancia del contexto laboral y la salud ocupacional. La percepción de una remuneración inadecuada, la burocracia institucional y la falta de alternativas profesionales, son identificadas como fuentes de desgaste crónico, que la capacitación por sí sola no puede resolver. Esto evidencia que el problema del bienestar del cuidador formal es sistémico, no solo una cuestión de resiliencia individual.

### **Limitaciones de la Investigación**

En relación a las limitaciones de este trabajo, se destaca que la investigación se basó en una muestra de conveniencia pequeña (siete cuidadores informales y cinco formales). Esto impide la generalización de los resultados a una población más amplia y podría no representar la diversidad total de experiencias.

Por otro lado, a pesar de que las entrevistas ofrecieron una profunda comprensión de las experiencias, la falta de aplicación de instrumentos cuantitativos estandarizados no permite correlacionar de manera estadística la relación entre las estrategias de afrontamiento y los resultados en la salud, tanto física como psicológica. Además, cabe mencionar que los hallazgos se basaron en los relatos de los participantes, lo que puede estar sujeto a un sesgo de memoria.

### **Líneas de Investigación Futuras**

A partir de las limitaciones y los hallazgos de este estudio, se proponen las siguientes líneas de investigación para futuras investigaciones:

- Profundizar en el papel de la espiritualidad y la religión como factor protector en ambos grupos de cuidadores. Sería relevante investigar qué prácticas

específicas son las más efectivas así como sus características, y cómo se correlacionan con menores niveles de estrés.

- Realizar un estudio longitudinal que siga a cuidadores informales desde el inicio de su rol para entender la evolución y dinámica de las estrategias de afrontamiento.
- Investigar la relación entre las condiciones laborales y la salud mental de los cuidadores formales.
- Analizar cómo el rol del género a nivel social influye en las experiencias de cuidado, tanto en cuidadores informales como formales.
- Investigar por qué a pesar de su descontento laboral, los cuidadores formales perciben falta de alternativas y cómo esto impacta en su bienestar a largo plazo.

### **Propuestas de Intervención**

A partir de las conclusiones de la investigación, se proponen las siguientes intervenciones que podrían implementarse:

#### **Para Cuidadores Informales**

- ***Grupos de Apoyo Psicológico:*** espacios terapéuticos para que las y los cuidadores puedan compartir sus experiencias, validar sus emociones y recibir apoyo de pares y profesionales, rompiendo el aislamiento que a menudo experimentan.
- ***Mediaciones Familiares:*** facilitar sesiones de mediación familiar para promover una división equitativa de las tareas de cuidado, involucrando a la mayor cantidad disponible de miembros de la familia, para reducir la sobrecarga en una sola persona.

- ***Psicoeducación en estrategias de afrontamiento:*** talleres para enseñar a las y los cuidadores a identificar y aplicar estrategias de afrontamiento más efectivas; además se incluiría la promoción de habilidades sociales, hábitos saludables y gestión emocional.

#### **Para Cuidadores Formales**

- ***Programas de contención emocional:*** implementar en instituciones de cuidado (residencias geriátricas, de cuidados paliativos, etc.) programas que aborden el desgaste físico y mental de las y los cuidadores formales; con fines preventivos. Mediante el fomento de la retroalimentación positiva, talleres de mindfulness, promoción de estilos de vida saludables y gestión emocional.

- ***Capacitaciones psicoeducativas programadas:*** se diseñarían capacitaciones que abarquen conocimientos específicos sobre cuidados paliativos, psicogerontología, solución de conflictos y estrategias de afrontamiento. Se trataría de un espacio que cuente con la flexibilidad suficiente para escuchar las necesidades de las y los cuidadores, e incorporar los contenidos planteados por ellos/as.

- ***Espacios terapéuticos individuales:*** que cuenten con la presencia de un/a psicólogo/a institucional, que esté disponible para las y los trabajadores. De esta manera, las y los cuidadores contarían con espacio propio para gestionar frustraciones típicas del trabajo, y recibir las orientaciones pertinentes.

## Referencias Bibliográficas

- Alcaraz Ruiz, Y. Y., Lastra Quiroz, A. C., & Tuberquia Ramírez, X. (2015). *Estrategias de Afrontamiento en cuidadores familiares de personas con dependencia de la corporación COLORESA* [Tesis de pregrado, Universidad de Antioquia]. Repositorio Institucional de la Universidad de Antioquia.
- Almagiá, E. B. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 14(2), 237-243. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848>
- Álvarez-Carchipulla, G. J., Maza-Román, N. E., & Requelme-Jaramillo, M. J. (2024). Significado de cuidado al adulto mayor: percepción del cuidador informal. *Revista INVECOM*, 4(2), 1-20. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10574106>
- Andreo, A., Hilario, P. S., & Orteso, F. J. (2020). Ansiedad y estrategias de afrontamiento. *European Journal of Health Research: EJHR*, 6(2), 213–225. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v6i2.218>
- Aparicio, M., Sánchez, M., Díaz, J., Cuellar, I., Castellanos, B., Fernández, M., & de Tena, A. (2008). *La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: Comparación entre cuidadores formales e informales*. Imserso.
- Arias-Rojas, M., Carreño Moreno, S., Sepúlveda García, A., & Romero Ballesteros, I. (2021). Sobrecarga y calidad de vida de cuidadores de personas con cáncer en cuidados paliativos. *Revista Cuidarte*, 12(2), e1248. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1248>

- Artaso, B., Goñi, A., & Biurrun, A. (2003). Cuidados informales en la demencia: Predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 8(4), 212-218. <https://www.researchgate.net/publication/257057003>
- Badillo Barradas, U. (2011). Proceso y teorías del envejecimiento. En R. M. del C. Rodríguez García & G. A. Lazcano Botello (Eds.), *Práctica de la Geriatria* (3a ed.). McGraw-Hill.
- Barba Lara, L. E., & Shugulí Zambrano, C. N. (2022). Niveles de sobrecarga en cuidadores del adulto mayor con y sin deterioro cognitivo. Estudio comparado. *Revista Eugenio Espejo*, 16(2), 67-77. <https://doi.org/10.37135/ee.04.14.08>
- Barrantes-Monge, M., García-Mayo, E. J., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Miguel-Jaimes, A. (2007). Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública de México*, 49(Supl. 4), S459-S466.
- Barrera Urrutia, J. C. (2017). *Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor* [Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio Institucional de la Universidad Técnica de Ambato. <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/24676>
- Camacho Estrada, L., Hinostrosa Arvizu, G. Y., & Jiménez Mendoza, A. (2010). Primary caregiver overloads people with cognitive impairment and its relationship with time care. *Enfermería universitaria*, 7(4), 35-41. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632010000400006&script=sci\\_abstract&tlng=en](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632010000400006&script=sci_abstract&tlng=en)

Cano, F. J., Rodríguez, L., & García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29-39.

<https://www.actaspsiquiatria.es/pdf/actas-vol-35-n-1.pdf>

Carreño-Moreno, S., & Chaparro-Díaz, L. (2018). Adopción del rol del cuidador familiar del paciente crónico: una herramienta para valorar la transición.

*Investigaciones Andina*, 20(36), 39–54.

<https://www.redalyc.org/journal/2390/239059788004/>

Carretero Gómez, S. J., Ferrer-Pérez, J. J., Rigla, F., López-Sánchez, V., & González-Guillén, J. J. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Tirant lo Blanch.

<https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/54509159/polibienestar-sobrecarga-02->

[libre.pdf](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/54509159/polibienestar-sobrecarga-02-libre.pdf)

Carrillo-Cervantes, A. L., Fernández, I. A. M., Moreno, S. P. C., Díaz, L. C., González, L. C. C., & Fernández, J. A. M. (2022). Soledad, ansiedad, depresión y adopción del rol de cuidador de adultos mayores con enfermedad crónica durante la covid-19.

*Aquichan*, 22(3), 1–13. <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.3.4>

Carrobbles, J. A., Remor, E., & Alzamora, L. R. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*,

15(3), 420-426. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72715313.pdf>

Castaño, E. F., & León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 245-257.

<https://www.redalyc.org/pdf/560/56017095004.pdf>

Cedillo Acosta, A., & Medina Herdoiza, M. S. (2024). *Impacto en la calidad de vida de cuidadores profesionales de pacientes oncológicos y con demencia: una revisión sistemática* [Tesis de pregrado, Universidad Internacional SEK]. Repositorio Institucional de la Universidad Internacional SEK.  
<https://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/5367>

Cedillo-Torres, A. G., Grijalva, M. G., Santaella-Hidalgo, G. B., Cuevas-Abad, M., & Pedraza-Avilés, A. G. (2015). Asociación entre ansiedad y estrategias de afrontamiento del cuidador primario de pacientes postrados. *Revista médica del instituto Mexicano del seguro social*, 53(3), 362-367.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457744937018>

Cerquera, A., & Galvis, A. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico*, 12(1), 149-167. <https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi12-1.ecpa>

Chen, R. M. (2020). *Estrategias de afrontamiento del estrés en cuidadores de adultos mayores de casas hogar de la ciudad de Panamá* [Tesis de grado, Universidad Latina de Panamá]. Repositorio Institucional de la Universidad Latina de Panamá.  
<https://revistas.ulatina.edu.pa/index.php/conductacientifica/article/view/146>

Coca, S. M. (2017). Calidad de vida en los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad terminal, bajo un programa de cuidados paliativos domiciliarios. *Revista de Salud Pública*, 21(3), 22–34.  
<https://doi.org/10.31052/1853.1180.v21.n3.17386>

Da Silva Rodrigues, C. Y. (2019). *Ser cuidador: Estrategias para el cuidado del adulto mayor*. Manual Moderno.

<https://books.google.com.ar/books?id=tZCODwAAQBAJ>

De La Cuesta Benjumea, C. (2007). El cuidado del otro: desafíos y posibilidades.

*Investigación y educación en enfermería*, 25(1), 106-112.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072007000100012](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000100012)

Domeño, L. E., & De Oliveira, A. B. (2022). Revisión sistemática de estrategias de afrontamiento en cuidadores principales de personas con demencia. *Psicología UNEMI*, 6(11), 258-272.

<https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss11.2022pp258-272p>

Esquivel Garzón, N., Carreño Moreno, S., & Chaparro Díaz, L. (2021). Rol del cuidador familiar novel de adultos en situación de dependencia: Scoping review. *Revista Cuidarte*, 12(2), e1368.

<https://doi.org/10.15649/cuidarte.1368>

Esteves García, G. (2021). *Efectos del programa para el control del estado general de salud, distrés y sobrecarga en cuidadores de personas con deterioro cognitivo*

[Tesis de maestría, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional de la Universidad Ricardo Palma.

Ferraz dos Anjos, K., Cruz Santos, V., Brito Teixeira, J. R., Narriman Silva de Oliveira

Boery, R., Nagib Boery, E., & Missias Moreira, R. (2013). Calidad de vida de cuidadores familiares de ancianos: una revisión integradora. *Revista cubana de Enfermería*, 29(4).

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192013000400004&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192013000400004&script=sci_arttext)

- Fernández, M. D., & Díaz, M. A. (2001). Relación entre estrategias de afrontamiento, síndromes clínicos y trastornos de personalidad en pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(2), 129.  
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.6.num.2.2001.3910>
- Fernández, V., & Crespo L, M. (2011). Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: una revisión. *Clínica y Salud*, 22(1), 21-40. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n1a2>
- García, F., Manquián, E., & Rivas, G. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*, 15(3), 87-97. <https://doi.org/10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL15-ISSUE3-FULLTEXT-789>
- Gómez Gómez, M. del R., García Reza, C., Gómez Martínez, V., & Mondragón Sánchez, P. B. (2011). Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 19(1), 7-12.  
<https://www.index-f.com/rmec/19pdf/19-007.pdf>
- González, E. V., Torres, J. L. L., & Benítez, M. G. (2020). Aspectos psicológicos en el cuidado del adulto mayor. *Investigaciones Medicoquirúrgicas*, 12(3), 538–553.  
<http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/imq/article/view/652>
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Paidós.
- Guato-Torres, P., & Mendoza-Parra, S. (2022). Autocuidado del cuidador informal de personas mayores en algunos países de Latinoamérica: Revisión descriptiva.

*Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(2).

<https://doi.org/10.22235/ech.v11i2.2917>

Hernández, N. E., Moreno, C. M., & Barragán, J. A. (2014). Necesidades de cuidado de la díada cuidador-persona: Expectativa de cambio en intervenciones de enfermería. *Revista cuidarte*, 5(2), 748-756. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.87>

Hernández, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación* (4a ed.). McGraw-Hill.

<https://pepsic.bvsalud.org/pdf/repsi/v25n2/v25n2a08.pdf>

Ibáñez Guerra, S. A. (2025). *Estrategias de afrontamiento y recursos de apoyo frente al estrés en cuidadores primarios de personas con discapacidad de la ciudad de Quito* [Tesis de grado, Universidad Politécnica Salesiana]. Repositorio Institucional de la Universidad Politécnica Salesiana. <https://dspace.ups.edu.ec/>

Imaginário, C., Machado, P., Antunes, C., Martins, T., Imaginário, A. S., & Machado, A. (2018). Perfil funcional de los ancianos institucionalizados en residencias: estudio piloto. *Gerokomos*, 29(2), 59–64. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2018000200059&script=sci\\_arttext](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2018000200059&script=sci_arttext)

Jaimes Pedraza, M. A., & Sierra Navarro, M. J. (2022). *Sobrecarga en cuidadores informales de personas con discapacidad intelectual pertenecientes a la Fundación FANDIC de la ciudad de Bucaramanga* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma de Bucaramanga]. Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. <https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/16735>

- Jiménez Ruiz, I., & Moya Nicolás, M. (2018). La cuidadora familiar: Sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Enfermería Global*, 17(1), 420–447. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/292331>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos: Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas*. Editorial Martínez Roca.
- López, J., López-Arrieta, J., & Crespo, M. (2005). Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41(1), 81-94.
- Macías, M. A., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.
- Mainato Buñay, C. B. (2024). *Calidad de vida en cuidadores formales de adultos mayores residentes en centro geriátricos de los cantones El Tambo, Suscal y Azogues en la provincia de Cañar en el año 2023* [Tesis de grado, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional de la Universidad de Cuenca. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/43899>
- Molina, J., Iañez, M., & Iañez, B. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y Salud*, 15(1), 33-43. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/817>
- Mora-Castañeda, B., Márquez-González, M., Fernández-Liria, A., Martínez-Huertas, J. A., Cabrera, I., Olmos, R., & O'connell, D. (2023). El proceso del estrés y el afrontamiento en cuidadores informales de personas con diagnóstico del espectro

de la esquizofrenia. Un estudio longitudinal. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 31(1), 149-163.

Muela Martínez, J. A., Torres Colmenero, C. J., & Peláez Peláez, E. M. (2002).

Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema*, 14(3), 558-563.

<https://www.psicothema.com/pdf/765.pdf>

Muñoz, L. (2000). El apoyo social y el cuidado de la salud humana. *Cuidado y Práctica de Enfermería*, 3(5), 99–105.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1209244>

OMS. Resumen: Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización

Mundial de la Salud; 2015. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/49cb8c52-7daa-4cc2-8fb9-f5220d5e4f39/content>

Organización Panamericana de la Salud, Banco Interamericano de Desarrollo, & Banco Mundial. (2023). *La situación de los cuidados a largo plazo en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud.

<https://doi.org/10.37774/9789275326879>

Pinilla Cárdenas, M. A., Ortiz Álvarez, M. A., & Suárez-Escudero, J. C. (2021). Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema.

*Revista Salud Uninorte*, 37(2), 488-505. <https://doi.org/10.14482/sun.37.2.618.971>

- Serrano-Santó, D. (2016). Necesidades de los cuidadores de pacientes con deterioro cognitivo: lo que necesitan versus lo que les ofrecemos. *Psicogeriatría*, 6(2), 81–88.  
[https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0602/602\\_0081\\_0088.pdf](https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0602/602_0081_0088.pdf)
- Silva-Fhon, J. R., Gonzales-Janampa, J. T., Mas-Huaman, T., Marques, S., & Partezani Rodrigues, R. A. (2016). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Avances en enfermería*, 34(3), 251-258.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002016000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002016000300005&script=sci_arttext)
- Socas Guerrero, P. (2024). *Sobrecarga de los cuidadores informales de personas dependientes: Intervención educativa enfermera* [Trabajo de fin de grado, Universidad de La Laguna]. Repositorio institucional de la Universidad de La Laguna. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/41344>
- Spielberger, C. D., Buela-Casal, G., & Vélez, D. M. A. (2008). *Inventario de depresión estado-rasgo (IDER)*. TEA.
- Suárez Lima, R. D. L. C., & Suárez, L. F. (2021). La capacitación al cuidador formal del adulto mayor. *Revista Conrado*, 17(S3), 403–410.  
<https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/2180>
- Torres Pereira, J. (2008). *Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: Carga y afrontamiento del estrés* (Un estudio en población sociosanitaria) [Tesis doctoral, Universidad de Huelva]. Repositorio de la Universidad de Huelva.  
<https://produccioncientifica.uhu.es/documentos/60379beaa28f0c5681f27b63>

- Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100006&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100006&script=sci_arttext&tlng=en)
- Vargas-Manzanares, S. P., Herrera-Olaya, G. P., Rodríguez-García, L., & Sepúlveda-Carrillo, G. J. (2010). Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(1), 7-24.  
<https://www.redalyc.org/pdf/1452/145216903002.pdf>
- Vega Angarita, O. M., Flórez, M. V. G., Sepúlveda, J. J. R., & Aguirre, L. M. R. (2014). Calidad de vida de los cuidadores de adultos mayores con enfermedad crónica. *Revista Ciencia y Cuidado*, 11(2), 84–95.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522014000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522014000200005&script=sci_arttext)
- Villavicencio, M. E. F., Ake, W. Y. C., López, M. G. V., & Barbosa, M. A. V. (2023). Perfil y calidad de vida en cuidadores informales de adultos mayores en el hogar. *Calidad De Vida Y Salud*, 16(1), 40-53. <http://revistacdvs.uflo.edu.ar>
- Zarate, R. A. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index de Enfermería*, 13(44–45), 42–46. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000100009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000100009&script=sci_arttext&tlng=pt)

## Anexo 1



Ciudad de ....., ..... de ..... de 2025.

### **Consentimiento Informado**

#### ***“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EXPERIENCIAS DE CUIDADO HACIA ADULTOS MAYORES”***

Tesista: Melina Guadalupe Padilla

*De presentarse alguna duda sobre la información a continuación, o sobre términos puntualizados, puede consultar para resolver cualquier duda emergente a:*

*Melina Padilla: melina.padilla@uflouniversidad.edu.ar*

Por la presente, el Sr/Sra .....

D.N.I ..... brinda su consentimiento para participar de la investigación “ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EXPERIENCIAS DE CUIDADO HACIA ADULTOS MAYORES”, desarrollada por la tesista Melina G. Padilla. La finalidad de la misma es el cumplimiento obligatorio de la presentación de un Trabajo Final Integrador para acceder a la titulación en la carrera de Licenciatura en Psicología, perteneciente a la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales de la Universidad de Flores. A continuación, se informan brevemente las características de su participación, previo a confirmar su disposición a colaborar con el proyecto.

El objetivo de la investigación es describir las estrategias de afrontamiento en las experiencias de cuidado hacia adultos mayores, en contextos formales e informales. Para ello, se solicitarán inicialmente algunos datos generales, y se formulará una entrevista semidirigida acerca de las temáticas abordadas. Dicha entrevista tendrá una duración aproximada de una hora, y se llevará a cabo en un (1) solo encuentro. Se priorizará el encuentro presencial, siempre y cuando las condiciones estén dadas para ello; como alternativa, la entrevista se desarrollará de forma virtual. Se registrará de modo manuscrito, a su vez, la información brindada.

Se aclara que la entrevista será grabada, con el fin de que la tesista pueda enfocarse en tiempo presente en el diálogo que se desarrolle. La grabación sólo tendrá fines académicos. Toda la información recolectada será tratada de manera confidencial según la Ley de Protección de los Datos Personales (Ley N° 25.326), y analizada con el marco teórico pertinente al proyecto en desarrollo. No se publicará información que pudiera identificar a participantes de la investigación, quedando asegurado su anonimato. Se aclara que no habrá devolución diagnóstica profesional de la entrevista. La actividad es voluntaria y gratuita, y el entrevistado puede retirarse cuando lo desee o considere pertinente.

***Siendo mayor de edad, manifiesto que he podido leer esta declaración de consentimiento informado, hacer preguntas sobre la investigación y decidir sobre mi participación en ella. Tomando esto en consideración, OTORGO MI CONSENTIMIENTO para participar del estudio.***

---

Firma y Aclaración del Entrevistado/a

---

DNI del Entrevistado/a

## Anexo 2

<b>Categorías</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Preguntas</b>
Afrontamiento	Afrontamiento centrado en el problema, emoción, evitación o valoración.	1. ¿Ha podido planificar una rutina o hábito que le ayude a organizar mejor sus tareas de cuidado?
Afrontamiento	Afrontamiento centrado en el problema, emoción, evitación o valoración.	2. ¿Se ha sentido abrumado/a o agotado/a? Si es así, ¿qué hace para cambiar la situación?
Afrontamiento	Afrontamiento centrado en el problema, emoción, evitación o valoración.	3. ¿Realiza actividades fuera de las tareas de cuidado, para mantenerse motivado/a o cuidar su salud mental?
Afrontamiento	Afrontamiento centrado en el problema, emoción, evitación o valoración.	4. ¿Suele pedir ayuda a sus familiares con las tareas de cuidado? En caso de trabajo en contexto formal, ¿Suele pedir ayuda a compañeros/as de trabajo?
Afrontamiento	Afrontamiento centrado en el problema, emoción, evitación o valoración.	5. ¿Suele participar en grupos de apoyo para cuidadores/as? Si no participa del grupo como tal, ¿suele hablar con sus compañeros/as de trabajo o con otros/as cuidadores/as, para compartir experiencias y/o consejos?
Afrontamiento	Afrontamiento centrado en el problema, emoción, evitación o valoración.	6. ¿Ha buscado ayuda profesional, (psicólogos/as, médicos/as, etc) para afrontar los desafíos que implican las tareas de cuidado?
Experiencia de cuidado	Cuidado formal o informal	7. Si tuviera que dar un consejo a otros cuidadores ¿qué les diría?
Experiencia de cuidado	Cuidado formal o informal	8. ¿Podría comentar los principales desafíos a enfrentar a la hora de

		realizar tareas de cuidado?
Experiencia de cuidado	Cuidado formal o informal	9. En caso de que las tareas de cuidado estén orientadas a un familiar, ¿cómo se organiza con el resto de la familia para realizar las tareas de cuidado? en contexto formal, ¿te ha tocado cuidar a un familiar?
Experiencia de cuidado	Cuidado formal o informal	10. ¿Considera que su trabajo es bien remunerado? en cuidador informal no aplica.
Experiencia de cuidado	Cuidado formal o informal	11. ¿Siente que las tareas de cuidado le permiten tener un buen hábito de sueño? ¿Y alimenticio?
Experiencia de cuidado	Cuidado formal o informal	12. Desde que realiza las tareas de cuidado, ¿siente que ha ingerido sustancias con más frecuencia? (alcohol, tabaco, otros). En caso de no haber consumo previo, ¿ha empezado a consumirlas cuando comenzó con este trabajo, o situación?
Calidad de Vida	<b>Dominio físico</b> /dominio psicológico. Nivel de independencia (percepción objetiva). Medio ambiente. Relaciones sociales. Espiritualidad, religión y creencias personales. (autorreportes subjetivos)	13. ¿Las tareas de cuidado, le han dejado algún tipo de dolor corporal o incomodidad física?
Calidad de Vida	<b>Dominio físico</b> /dominio psicológico. Nivel de independencia (percepción objetiva). Medio ambiente. Relaciones sociales. Espiritualidad, religión y creencias personales. (autorreportes subjetivos)	14. ¿Qué cosas le han hecho sentir que tiene cierto grado de control, cuando ha realizado tareas de cuidado?
Calidad de Vida	<b>Dominio físico</b> /dominio psicológico. Nivel de independencia (percepción objetiva). Medio ambiente. Relaciones sociales. Espiritualidad, religión	15. ¿Hay aspectos de la enfermedad o tratamiento que le han hecho sentir impotente?

	y creencias personales. (autorreportes subjetivos)	
Calidad de Vida	Dominio físico/dominio psicológico. Nivel de independencia (percepción objetiva). Medio ambiente. <b>Relaciones sociales.</b> Espiritualidad, religión y creencias personales. (autorreportes subjetivos)	16. ¿Han cambiado sus roles dentro de su familia o círculo social debido a su rol de cuidador principal?
Calidad de Vida	Dominio físico/dominio psicológico. <b>Nivel de independencia</b> (percepción objetiva). <b>Medio ambiente.</b> Relaciones sociales. Espiritualidad, religión y creencias personales. (autorreportes subjetivos)	17. ¿Han habido preocupaciones económicas que hayan afectado a su familia, debido a su rol como cuidador? En contextos formales: ¿le han sugerido cambiar de trabajo?
Calidad de Vida	Dominio físico/dominio psicológico. Nivel de independencia (percepción objetiva). Medio ambiente. Relaciones sociales. <b>Espiritualidad, religión y creencias personales.</b> (autorreportes subjetivos)	18. ¿Has buscado recursos espirituales o de apoyo?
Calidad de Vida	Dominio físico/dominio psicológico. Nivel de independencia (percepción objetiva). Medio ambiente. Relaciones sociales. <b>Espiritualidad, religión y creencias personales.</b> (autorreportes subjetivos)	19. ¿Podría decir que encuentra consuelo o fortaleza en su espiritualidad?
Calidad de Vida	Dominio físico/dominio psicológico. Nivel de independencia (percepción objetiva). Medio ambiente. Relaciones sociales. <b>Espiritualidad, religión y creencias personales.</b> (autorreportes subjetivos)	20. ¿Ha notado cambios en su capacidad para experimentar felicidad o satisfacción desde que ha enfrentado esta situación?