



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN

Modalidad Proyecto de Investigación

Tema

Caracterización de la salud mental de los cuidadores en los centros de atención
Manta-2025.

Autores:

Shirley Vanessa Navia Quiroz
Camila Andreina Ortiz Ozaeta

Tutor:

Lic. Vicente Reyna Moreira

Periodo 2025 (1)

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

Nosotras, Shirley Vanessa Navia Quiroz y Camila Andreina Ortiz Ozaeta, declaramos que somos los autores intelectuales de este trabajo de investigación titulado “CARACTERIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL DE LOS CUIDADORES EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN MANTA – 2025”.

Por la presente, autorizamos a la UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ hacer uso de parte a todos los contenidos de esta obra con fines netamente académicos o de investigación. Así mismo, autorizo a la Uleam de Manta, para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de titulación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Modalidad proyecto de investigación, de conformidad con el Art. 114 del Código orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación. Los derechos que como autores nos corresponde, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a nuestro favor, de conformidad con lo establecido en los artículos.

Navia Quiroz Shirley Vanessa

C.I.1313780205

Ortiz Ozaeta Camila Andreina

C.I. 1316928215

	NOMBRE DEL DOCUMENTO:	CÓDIGO: PAT-04-F-004
	CERTIFICADO DE TUTOR(A).	
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad Ciencias de la Salud, carrera Psicología de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

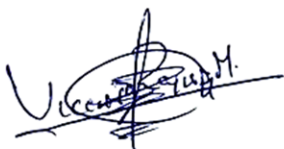
Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular Proyecto de titulación bajo la autoría de la estudiante Shirley Vannesa Navia Quiroz, legalmente matriculado/a en la carrera de Psicología, período académico 2025-1, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es "Caracterización de la salud mental de los cuidadores en los centros de atención Manta-2025".

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, y la originalidad del mismo, requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 06 de agosto de 2025.

Lo certifico,



Lic. Vicente Reyna Moreira. Mg
Docente Tutor
Área: Carrera Psicología

	NOMBRE DEL DOCUMENTO:	CÓDIGO: PAT-04-F-004
	CERTIFICADO DE TUTOR(A).	
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad Ciencias de la Salud, carrera Psicología de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

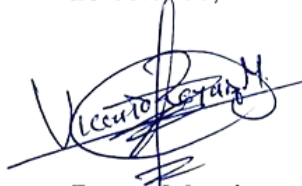
Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular Proyecto de titulación bajo la autoría de la estudiante Camilla Andreina Ortiz Ozaeta, legalmente matriculado/a en la carrera de Psicología, período académico 2025-1, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es "Caracterización de la salud mental de los cuidadores en los centros de atención Manta-2025".

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, y la originalidad del mismo, requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 06 de agosto de 2025.

Lo certifico,



Lic. Vicente Reyna Moreira. Mg
Docente Tutor
Área: Carrera Psicología

DEDICATORIA

A mi mamá Rossana y a mi abuelita Sonia, por acompañarme y apoyarme en cada paso desde que tengo memoria. Gracias por inspirar el tema de esta tesis e impulsarme siempre a hacer cosas maravillosas.

Camila Andreina Ortiz Ozaeta

AGRADECIMIENTO

A mi hermosa familia, mi madre y mi abuela.

A la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí y a la Facultad Ciencias de la Salud mi más sincero agradecimiento por darme la oportunidad de explorar las ramas de la mente humana y brindarme una experiencia de crecimiento no solo académico, sino también personal.

Camila Andreina Ortiz Ozaeta

Índice de Contenido

ACTA DEL TRIBUNAL EVALUADOR	4
Índice de Contenido	7
Índice de Tablas	10
Resumen.....	11
Introducción	12
Caracterización de la situación problema.....	13
Objetivos	14
Objetivo General	14
Objetivo Específico.....	14
Justificación.....	14
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.1 Salud mental comunitaria	16
1.1.1 Generalidades sobre Salud y Salud mental	16
Salud.....	16
Salud mental.	17
Servicios de salud mental.....	18
Accesibilidad a servicios de salud mental.	18
Barreras del cuidador frente al sistema de salud.	19
Atención a la salud mental, implicaciones.....	19
1.1.2 Apoyo social y cohesión comunitaria.....	20
Apoyo social.	20
Red de apoyo social.	21
Psicología comunitaria.	21
Comunidad.....	22
Cohesión comunitaria.	23
Participación comunitaria	23
1.1.3 Factores de riesgo y protección comunitarios.....	23
Epidemiología: Factores de riesgo comunitarios.....	23
Factores de protección comunitarios.	24
1.2 Cuidadores de centros de atención	25
1.2.1 Conceptualización del cuidador informal	25
Origen de la palabra cuidado.	25

Definición del cuidador informal.	25
Características del rol.....	26
Datos y estadísticas sobre cuidadores informales.....	26
Factores sociales y culturales que influyen en el rol del cuidador.	28
1.2.2 Carga del cuidador informal.....	28
Presencia de síntomas depresivos o ansiosos.	28
Percepción de calidad de vida y bienestar subjetivo.	30
Apoyo familiar.....	30
1.2.3 Los Cuidadores y tipos de cuidadores.....	31
Cuidador Formal.....	31
Cuidador Informal.....	31
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA.....	34
2.1 Tipo de Investigación	35
2.2 Tipo de estudio	35
2.6 Sujeto, Población y Muestra	36
2.6.1 Sujeto	36
2.6.2 Población.....	36
2.6.3 Muestra.....	37
2.7 Criterios de Selección.....	38
2.7.1 Criterios de Inclusión	38
2.7.2 Criterios de Exclusión.....	38
2.8 Descripción de Métodos, Técnica e Instrumentos.....	39
2.8.1 Entrevista semiestructurada	39
2.8.2 Test de Sobrecarga del Cuidador ZARIT.....	40
2.8.3 Test de Calidad de Vida WHOQOL-BREF.....	41
2.9 Operacionalización de Variables - Salud mental comunitaria	42
2.10 Descripción de los métodos estadísticos y tratamiento de los datos.....	44
2.11 Validez de la investigación	44
2.12 Manejo de datos	45
2.13 Consideraciones éticas.....	45
CAPÍTULO III: RESULTADOS	45
3.1 Resultados cuantitativos.....	45
3.1.1 Relación entre los instrumentos cuantitativos y la socio-demografía.....	45

3.1.2 Relación entre la Escala de Sobrecarga del Cuidador ZARIT y el Test de Calidad de Vida WHOQOL-BREF por cada institución de salud estudiada	47
3.1.3 Relación entre cada institución de salud con el nivel de sobrecarga	49
3.2 Resultados cualitativos	54
Conclusiones	78
Recomendaciones	79
Propuesta de intervención	79
Bibliografía	81
Anexos	92

Índice de Tablas

Tabla 1 Población total	36
Tabla 2 Muestra total	37
Tabla 3 Operacionalización de variable - Salud mental comunitaria	42
Tabla 4 Operacionalización de variable - Cuidadores de centro de atención Manta.....	43
Tabla 5 Estadísticos Descriptivos de las variables	45
Tabla 6 Sobrecarga y Calidad de Vida - Centro de Salud A IESS Los Esteros	47
Tabla 7 Sobrecarga y Calidad de Vida - Centro de salud - Tipo C Manta	48
Tabla 8 Sobrecarga y Calidad de Vida – Centro Médico Santana.....	48
Tabla 9 Institución y Sobrecarga (Zarit).....	49
Tabla 10 Matriz de correlación de Pearson (principales variables).....	51
Tabla 11 Entrevista – Centro de Salud A: IESS Los Esteros	54
Tabla 12 Entrevista – Centro de Salud Tipo C Manta	62
Tabla 13 Entrevista – Centro Médico Santana	70

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo caracterizar la salud mental de los cuidadores informales de pacientes atendidos en centros de salud de Manta, considerando los factores que influyen en su bienestar psicológico, las principales afectaciones emocionales y su calidad de vida. Se trata de una investigación con enfoque mixto de predominio cuantitativo, de tipo observacional, no experimental, de corte transversal, sustentada en un nivel descriptivo. La población estuvo conformada por 256 cuidadores, de los cuales se seleccionó mediante muestreo aleatorio simple una muestra de 80 participantes distribuidos proporcionalmente entre el Centro de Salud A IESS Los Esteros, el Centro de Salud Tipo C Manta y el Centro Médico Santana. Para la recolección de datos se emplearon la Escala de Sobrecarga del Cuidador Zarit, el cuestionario WHOQOL-BREF y una entrevista semiestructurada que permitió profundizar en las experiencias subjetivas relacionadas con el rol de cuidado. El análisis cuantitativo se realizó mediante estadística descriptiva y el cualitativo a través de análisis de contenido. Los resultados evidencian que los cuidadores presentan niveles altos de sobrecarga emocional, acompañados de síntomas de estrés, lo cual afecta negativamente en su calidad de vida, particularmente en las dimensiones psicológica y social. Asimismo, se identificó que la mayoría son mujeres, quienes además de las tareas de cuidado asumen múltiples responsabilidades familiares, lo cual incrementa su vulnerabilidad. En conclusión, la investigación visibiliza la necesidad de diseñar estrategias institucionales de apoyo y programas de intervención psicosocial dirigidos a fortalecer el bienestar de los cuidadores y optimizar la atención a los pacientes.

Palabras claves: Salud mental; cuidador; cuidado; sobrecarga; calidad de vida.

Introducción

En la actualidad, la Salud Mental se contempla como un componente primario del bienestar humano y como un derecho innegable que repercute en la calidad de vida de las personas y en el desarrollo sostenible de las comunidades (OMS,2022; OPS, 2013). En este contexto, los cuidadores informales son un grupo de estudio notable, esta población brinda atención a personas con enfermedades crónicas, enfermedades catastróficas, personas con discapacidad y adultos mayores, en su mayoría, contraen tal responsabilidad sin capacitación o preparación formal, ni remuneración económica. La labor del cuidador está determinada por condiciones socioeconómicas, de género y culturales, lo que los vuelve una agrupación de alto riesgo para padecer de sobrecarga emocional, física y psicológica que pueden convertirse en psicopatologías.

Múltiples investigaciones a nivel mundial han demostrado la magnitud de esta problemática. La Organización Mundial de la Salud (2015), realizó estudios en países como China, México, Nigeria y Perú, distinguió que la mayoría de los cuidadores son del sexo femenino, que un porcentaje significativo de ellos no está calificado, ni reciben apoyo económico o gubernamental, lo que aumenta la vulnerabilidad de ellos. Así mismo, la literatura señala que en América Latina los cuidadores experimentan altos niveles de estrés, ansiedad y problemas en sus relaciones interpersonales (Garcés et al., 2022). Estas novedades exponen que la figura del cuidador debe ser un usuario importante en la atención de salud, y a su vez, son un grupo de poca visibilidad en términos de políticas de salud públicas.

En Ecuador, el número de investigaciones centradas en esta problemática es escaso, sin embargo, artículos recientes han identificado la falta de sustento económico como uno de los mayores factores de riesgo para desarrollar trastornos mentales, no solo la sobrecarga emocional

y física (Zúñiga & Guerra, 2023). En la ciudad de Manta, se ha establecido la presencia del Síndrome del Cuidador, representado por el desgaste emocional y falta de atención psicosocial oportuna, lo que incrementa la presión emocional derivada de esta labor (Estrada & Gómez, 2022).

Los estudios descritos reflejan la urgente necesidad de desarrollar investigaciones locales sobre la salud mental de los cuidadores familiares de los centros de atención en Manta, de realizar un análisis de su situación que visibilice las condiciones en las que estos desarrollan su labor, identificar los factores de riesgo y protección que los respaldan, con el fin de aportar evidencia científica que impulse el desarrollo de políticas públicas, asistencia social comunitaria e intervención psicológica que fortalezca el apoyo a quienes cumplen un rol no reconocido.

Caracterización de la situación problema

El cuidado de familiares enfermos, personas con discapacidades físicas, mentales, intelectuales y sensoriales, o de individuos de la tercera edad, generan un impacto significativo en la salud mental de los cuidadores, la situación de este grupo poblacional representa una serie de desafíos que varían, desde sobrecarga física, emocional y psicológica, hasta labores no remuneradas y desproporción debido a roles de género tradicionales que hacen que la mayoría de personas cuidadoras sean mujeres. Dada esta problemática, es necesario llevar a cabo una investigación que permita conocer el estado de la salud mental de los cuidadores en centros de atención de Manta.

Objetivos

Objetivo General

Caracterizar la salud mental de los cuidadores en los centros de atención de Manta.

Objetivo Específico

- Identificar los principales factores que influyen en la salud mental de los cuidadores
- Determinar las principales afectaciones de la salud mental que afectan a los cuidadores.
- Evaluar la calidad de vida de los cuidadores mediante la aplicación de instrumentos psicométricos validados

Justificación

En el sector hospitalario, el cuidado informal recae, en su mayoría, sobre los familiares de los pacientes. Aunque este acompañamiento constituye un soporte significativo para quienes atraviesan enfermedades crónicas o situaciones de alta dependencia, optar el rol del cuidador suele tener un costo emocional significativo. De acuerdo con Rivera (2025) síntomas como el estrés, ansiedad, sobrecarga emocional y depresión, suelen manifestarse con alta frecuencia entre cuidadores que se enfrentan a compromisos constantes, demandas físicas y presión psicológica en los procesos de acompañamiento hospitalario, ocasionando consigo afectaciones profundas en su salud mental.

En el Ecuador, el Ministerio de Salud Pública [MSP] (2023) ha establecido la Política Nacional de Salud Mental 2023 – 2028, mediante la cual, destaca la importancia de fortalecer el bienestar psicológico integral en las personas partícipes del cuidado de pacientes, con el fin de promover un enfoque comunitario y familiar dentro de los servicios de salud mental. A pesar de las iniciativas formales, la mayor dificultad recae en la limitada caracterización formal de las condiciones emocionales y psicológicas de los cuidadores familiares tanto en los sectores

hospitalarios públicos como privado, impidiendo así, la creación efectiva de estrategias de intervención.

Según las investigaciones de Trujillo-Palacios et al. (2020) la ausencia de apoyo social, el bajo estatus socioeconómico y las exigencias prolongadas del rol de cuidador, son los principales factores que incrementan el riesgo de desarrollar sintomatologías depresivas y afectaciones en la calidad de vida de los cuidadores. Bajo este sentido, caracterizar la salud mental de los cuidadores en las instituciones de estudio permitirá identificar sus necesidades específicas, permitiendo así consolidar bases sólidas para diseñar programas de apoyo psicológico, preparación en autocuidado y reducción de riesgos psicosociales en futuro no lejano.

Por tanto, la utilidad de esta investigación emerge en la posibilidad de proporcionar datos concretos que sostengan acciones clínicas y administrativas orientadas al bienestar integral de los cuidadores en las instituciones mencionadas, Por su parte, los beneficios del estudio engloban la posible mejora de la calidad de vida de los cuidadores, el fortalecimiento del sistema de apoyo para los pacientes y la optimización de los resultados de recuperación clínica, dado que, cuidadores más sanos impactan beneficiosamente en los tratamientos y rehabilitación de los pacientes.

Es vital considerar que, la contribución del estudio se direcciona a la necesidad urgente de visibilizar y revalorizar el rol de los cuidadores familiares en el sistema de salud, impulsando no solo avances científicos, sino también, políticas públicas integrales que aborden las necesidades psicosociales de las familias en el país desde el apoyo en el sector hospitalario.

De manera específica se busca responder la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los principales factores que afectan la salud mental de los cuidadores en los centros de atención de Manta?

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Salud mental comunitaria

1.1.1 Generalidades sobre Salud y Salud mental

Salud.

El concepto de salud ha cambiado significativamente a lo largo del tiempo. La conceptualización de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la primera mitad de siglo XX (1946), en su congreso de constitución, entendía la salud (no la enfermedad) como “estado de completo bienestar físico, mental y social y no consiste solamente en la ausencia de enfermedad. La posesión del mejor estado de salud que se es capaz de conseguir constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico-social.

La salud de todos los pueblos es una condición fundamental de la paz mundial y de la seguridad, depende de la cooperación más estrecha posible entre los estados y los individuos”. Unos años después, (OMS, 1985), se amplía la definición como “capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente” (OMS, 2001a).

En un acercamiento al concepto de salud, se deben destacar los aspectos innovadores de esta definición como la expresión de un estado óptimo positivo y la incorporación de las áreas mental y social pero también es necesario destacar tres características importantes (Frías, 2000):

- El estado de salud no puede ser algo absoluto, completo o permanente, sino que es esencialmente variable.
- No puede establecerse un límite definitivo y drástico entre salud y enfermedad: existen diversos niveles entre los que también es difícil establecer criterios fijos.
- El concepto de salud implica la consideración al menos de tres componentes:

1. Subjetivo: creencia y percepción de bienestar.
2. Objetivo: funcionalidad orgánica.
3. Adaptativo: integración bio-psico-social.

La salud debe entenderse como un proceso dinámico dentro de una dimensión continua en cuyos extremos se situaría la enfermedad (como pérdida de la salud del sistema biológico) y la propia salud (bienestar en sentido amplio).

La OMS, dentro del marco Salud para todos en el 2000 se centra en los conceptos positivos de salud, en lugar de hacer énfasis en la enfermedad.

Salud mental.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2022), la salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental.

La salud mental también se presenta como un concepto genérico, bajo el cual se cobijan un conjunto disperso de discursos y prácticas sobre los trastornos mentales, los problemas psicosociales y el bienestar; estos discursos y prácticas obedecen a las racionalidades propias de los diferentes enfoques de salud y enfermedad en el ámbito de la salud pública, la filosofía, la psicología, la antropología, la psiquiatría, entre otras y, por tanto, las concepciones de salud mental dependen de estos enfoques y de las ideologías que les subyacen. (Restrepo et.al, 2012).

La Organización Panamericana de la Salud (2013), hace énfasis en que la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias 17 capacidades, puede

afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Por otro lado, la Organización Americana de Psicología (2010), indica que la buena salud mental conduce a una imagen positiva de uno mismo y, a su vez, a relaciones satisfactorias con amigos y otras personas. Tener una buena salud mental le ayuda a tomar buenas decisiones y afrontar los desafíos de la vida en el hogar, el trabajo o la escuela.

Servicios de salud mental.

En la Constitución del Ecuador del año 2008, se encuentran disposiciones orientadas a garantizar la salud mental, buen vivir y desarrollo integral de los ciudadanos en todas sus etapas etarias. El art. 66 dispone el derecho a la integridad personal, la cual incorpora, integridad física, psíquica, sexual y moral (Constitución del Ecuador 2008, art. 66. cap. 6).

La Prestación de servicios hace referencia a (salud, educación, servicios sociales, etc.) orientados por criterios públicos (dirigidos a toda la población, no sólo a usuarios privados que los pagan en el mercado), sociales (subrayando la atención a los más débiles o desprotegidos) o comunitarios (realizados en la comunidad, con participación de la gente y promoviendo recursos personales y colectivos) (Sánchez Vidal, 2007).

Accesibilidad a servicios de salud mental.

La brecha de atención en el mundo es muy amplia; datos de la Encuesta Mundial de Salud Mental mostraron una gran variabilidad en la proporción de casos graves (tener diagnóstico de trastorno bipolar, dependencia de drogas, intento suicida o problemas de funcionamiento graves) que recibieron tratamiento en los 12 meses anteriores a las encuestas y que variaron de 62% en Bélgica a 11% en China. En México, la proporción que recibió

tratamiento fue de 26%, mientras que, en España, por ejemplo, fue de 58.7% y en EUA de 59.7% (Alva & Morales, 2017).

Barreras del cuidador frente al sistema de salud.

A pesar de las repercusiones físicas y psicológicas que sufren los cuidadores por lo general no reciben atención médica de forma oportuna e integral, debido a que las atenciones se centran en la persona con discapacidad, minimizando las necesidades de su cuidador; esta desatención en el cuidador con el pasar del tiempo, puede convertirlo en un individuo dependiente de cuidados debido a la agudización de enfermedades por la acumulación de estresores. (Zúñiga, 2023).

Atención a la salud mental, implicaciones.

La atención a la salud mental se caracteriza por un bajo nivel de gasto. Es en este contexto que la salud mental debe ganar más espacio y compite con prioridades también importantes, como la obesidad y la diabetes, lo que obliga a delinear mejores formas de ejercer el gasto en salud mental. Son dos los principales retos: a) cambiar el paradigma que implica una transformación de la atención especializada a la atención en la comunidad; fortalecer el primer y segundo nivel, con nuevos esquemas de ocupación de los recursos humanos (integrados al sistema general de salud mediante un cambio de funciones para incorporar a enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales, que trabajan en equipo, con una atención colaborativa y escalonada de acuerdo con la gravedad del problema), además de mayor inversión en la prevención y promoción de la salud; y b) mejorar la calidad de la atención que garantice bienestar a los pacientes y un uso más eficiente de los recursos (Alva & Morales, 2017).

Múltiples factores incrementan el riesgo de enfermedad, entre ellos la pobreza y la inequidad; los enfermos más graves tienen un nivel de ingresos menores, son más jóvenes y

sufren estrés, desempleo y exposición a vicisitudes. También intervienen factores genéticos, como no contar con las habilidades para enfrentar el estrés y resolver problemas, o no saber pedir ayuda. Como ya se mencionó, la exposición a la violencia es en particular relevante (Alva & Morales, 2017).

Ésta ha estado presente desde el 2007 y en fecha reciente se ha extendido. Los datos de la encuesta muestran que ser víctima de maltrato eleva el riesgo de cualquier enfermedad y que la conducta criminal de los padres aumenta de manera específica el riesgo de desarrollar problemas de conducta y abuso de sustancias; asimismo, ser testigo de violencia en la familia incrementa el riesgo de estos dos trastornos y también de ansiedad. Los desastres naturales, y sobre todo las condiciones de guerra o conflicto, la exposición directa a la violencia extrema o ser testigo de ella, el desplazamiento forzado, en particular cuando se arriba a escenarios también complejos, y no se atienden las necesidades psicosociales, también se convierten en factores de riesgo importantes (Alva & Morales, 2017).

1.1.2 Apoyo social y cohesión comunitaria

Apoyo social.

En la mayoría de las definiciones y análisis del concepto de apoyo social, constituyen cuatro ejes: la estructura de la red social de apoyo (fuentes de apoyo social), las funciones del apoyo social (instrumentales y expresivas), la naturaleza percibida y recibida del apoyo social, y las condiciones en las que se producen los intercambios de apoyo social (situaciones cotidianas o de crisis a lo largo del ciclo vital).

Nan Lin (1986, Lin y Ensel, 1989) propuso una definición que recogía los cuatro ejes. Según Lin, el apoyo social podía definirse como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las

relaciones íntimas y de confianza, y que pueden producirse en situaciones tanto cotidianas como de crisis a lo largo del ciclo vital.

Red de apoyo social.

Sistemas de relaciones entre actores, sean instituciones o personas, que se abren a otras organizaciones o personas con las cuales entran en comunicación con fines de utilidad en general, los cuales se traducen en la producción de bienes y servicios que tienen como beneficiarios a poblaciones de escasos recursos o con necesidades básicas insatisfechas. Estos sistemas abiertos están en constante cambio, potencian a sus integrantes y satisfacen sus necesidades y expectativas al reconocer y poner en acción los recursos y fortalezas que ellos poseen para el logro de una mejor calidad de vida (Morillo de Hidalgo, 2000).

Desde una perspectiva estructural se enfatiza la importancia de las características de las redes sociales y de las condiciones objetivas que rodean al proceso de apoyo social. Desde este punto de vista, el interés se centra en los elementos más identificables y objetivos de la red de relaciones sociales de una persona. Es importante distinguir aquí entre los términos red social y red social de apoyo. La red social hace referencia al conjunto de las relaciones sociales y sus características estructurales, mientras que el concepto de red de apoyo social hace referencia al subconjunto de esas relaciones que desempeñan funciones de apoyo (Sedano et al., 2011).

Psicología comunitaria.

Puede decirse que la mayoría de los autores define a la psicología comunitaria como aquella que trata de la comunidad y que es realizada con la comunidad. Esta definición permite delimitar lo comunitario y lo asistencial con bastante claridad, pues, si se excluye el rol activo de la comunidad, podrá tratarse de aplicaciones psicológicas concernientes a la salud, la educación, el asesoramiento, aspectos específicamente clínicos que, aunque tengan lugar en el territorio

propio de la comunidad (si lo hay), no implicarán un trabajo comunitario al no contar con la participación de quienes integran la comunidad a la cual se dirijan esas acciones ni con su perspectiva del asunto. Esto supone una característica, realmente la primera y primordial, la esencial de la psicología comunitaria: lo comunitario incluye el rol activo de la comunidad, su participación (Montero, 2004).

Comunidad.

Grupo social dinámico, histórica y culturalmente constituido y desarrollado, preexistente a la presencia de los investigadores o de los interventores sociales, en constante transformación y evolución (su tamaño puede variar), que en su interrelación frecuente, marcada por la acción, la afectividad, el conocimiento y la información genera un sentido de pertenencia e identidad social, tomando conciencia de sí y fortaleciendo su capacidad de organizarse como unidad social y como potencialidad, desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines (Montero, 2004).

Para Blanco (1988) el concepto de comunidad se mueve en torno a un ingrediente ecológico (concentración de individuos en un espacio determinado); a un factor macrosocial (estructura y organización social); a un elemento microsocio (relación entre grupos y personas); y a un factor psicológico (sentido de pertenencia).

La comunidad debe ser entendida por tanto como el conjunto de grupos de población que viven juntos en un lugar ya sea este urbano o rural, bajo unas condiciones específicas de organización y de cohesión social y cultural. Los miembros de la comunidad están ligados por características comunes, y/o por intereses y aspiraciones que pueden devenir comunes.

Cohesión comunitaria.

"Percepción de similitud con otros, una interdependencia consciente con otros, una voluntad de mantener esa interdependencia dando o haciendo a otros lo que se espera de ellos, el sentimiento de que se es parte de una estructura mayor, estable y de la que se depende" (Sarason, 1974).

Participación comunitaria

La participación comunitaria puede ser definida de la siguiente manera: un proceso organizado, colectivo, libre, incluyente, en el cual hay una variedad de actores, de actividades y de grados de compromiso, que está orientado por valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias e individuales. Cabe decir que en este concepto de participación entran tanto los agentes internos provenientes de la comunidad como los externos, los líderes y los seguidores, los ardientes y los tibios, los experimentados y los novatos, los fieles y los esporádicos (Montero, 2004).

1.1.3 Factores de riesgo y protección comunitarios.

Epidemiología: Factores de riesgo comunitarios.

Su principal utilidad es, como se ha indicado, identificar factores de riesgo que permitan focalizar la prevención en ciertos grupos, situaciones, en vez de trabajar con la totalidad de la población, o entorno.

A diferencia de la clínica, que se centra en los síntomas de la enfermedad en los individuos, a la epidemiología le interesa su ecología social: cómo se distribuye la enfermedad o problema de interés en la población. Los epidemiólogos se dedican, pues, a contar «casos» (individuos enfermos o afectados por el problema) y ver cómo se distribuyen entre los diferentes grupos de población y con qué variables sociales o ambientales (familia, nivel social o educativo,

área de residencia, toxicidad ambiental, etc.) está relacionada su distribución (Sánchez Vidal, 2007).

Esas variables constituyen los factores de riesgo que definen parámetros demográficos y situaciones sociales en las que concentrar los esfuerzos preventivos (Sánchez Vidal, 2007).

El trabajo epidemiológico asume que la causa de los problemas es, en gran parte, exógena, de forma que, para atajarlos, necesitamos conocer tanto los signos o síntomas de esos problemas que permitirán identificar los casos como su distribución poblacional, lo que interesa verdaderamente. A partir de los casos contados podemos obtener varias tasas epidemiológicas, que, por un lado, ayudan a distinguir distintos tipos de prevención, permitiendo, por otro, cuantificar la distribución socioecológica de un problema y elaborar estadísticas comparativas en base a las que se identifican los factores y grupos de riesgo. Definamos sucintamente esas tasas y sus usos (Sánchez Vidal, 2007).

Factores de protección comunitarios.

Características de una comunidad que apoyan a sus miembros y fomentan el desarrollo de la resiliencia frente a riesgos sociales. Ejemplos de factores de protección incluyen redes de apoyo social, oportunidades de participación comunitaria, acceso a recursos de educación y servicios de salud, y la cohesión social. Estos elementos son clave para reducir conductas de riesgo y promover un entorno seguro y de apoyo, especialmente en comunidades vulnerables (Vargas, 2020).

1.2 Cuidadores de centros de atención

1.2.1 Conceptualización del cuidador informal

Origen de la palabra cuidado.

La palabra “cuidado” tiene su origen en el latín *cura*, que en su forma más antigua se escribía *coera* y estaba vinculada con relaciones de amor y amistad. Con el paso del tiempo, el término fue evolucionando hasta asociarse con el acto de proteger y preservar la vida, asegurando la satisfacción de necesidades fundamentales para el bienestar humano. Además, el concepto adquirió dimensiones filosóficas y prácticas, adaptándose a los cambios culturales y sociales. De este modo, el cuidado pasó a considerarse una acción esencial para la existencia y el desarrollo de las personas en diferentes contextos (Guato *et al.*,2022).

Definición del cuidador informal.

El cuidador informal es la persona que, de manera voluntaria y sin recibir una remuneración económica, asume la responsabilidad de atender a un familiar, amigo o persona cercana que presenta algún grado de dependencia debido a enfermedad, discapacidad o limitaciones físicas o mentales. A diferencia del cuidador formal, no cuenta con una formación profesional ni capacitación especializada en el área de la salud o el cuidado, pero desarrolla sus funciones a partir del vínculo afectivo y del compromiso personal hacia quien necesita asistencia (Guato *et al.*,2022).

Generalmente, el cuidador informal se encarga de apoyar en las actividades básicas de la vida diaria, como la higiene, la alimentación, la movilización y la administración de medicamentos, así como en tareas instrumentales del hogar, como la limpieza o la preparación de alimentos. Suele ser un familiar directo, con mayor frecuencia mujeres, dado el rol culturalmente asociado al cuidado y a las tareas domésticas.

Este tipo de cuidado, aunque fundamental para el bienestar y la calidad de vida de la persona dependiente, suele implicar una gran carga física y emocional para quien lo brinda, ya que se realiza sin horarios definidos, por largos periodos de tiempo y sin el soporte profesional ni económico correspondiente (Guato *et al.*,2022).

Características del rol.

Las características del cuidador informal reflejan una realidad compleja que combina factores personales, sociales y emocionales. Principalmente, este papel es asumido por mujeres en edad productiva, madres e hijas, con pareja estable, bajo nivel educativo y socioeconómico, dedicadas a labores del hogar o trabajos informales. La tarea de cuidar suele extenderse por largos periodos generalmente más de 14 meses y exige ajustes en las responsabilidades laborales y familiares, generando sobrecarga física, emocional y económica (Cantillo *et al.*,2022).

La feminización del cuidado persiste como una constante, asociándose culturalmente a las mujeres el deber de atender a familiares con dependencia total. La mayoría de los cuidadores asume este rol sin experiencia previa ni capacitación especializada, enfrentando sentimientos de angustia, miedo y culpa por la falta de conocimientos y el desgaste que produce la dedicación continua. Sin embargo, el amor y la espiritualidad se convierten en recursos fundamentales para afrontar las dificultades, ya que fortalecen la esperanza, la resiliencia y la capacidad de adaptación (Cantillo *et al.*,2022).

Datos y estadísticas sobre cuidadores informales.

El estudio realizado en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de La Habana, con 100 cuidadores informales primarios de pacientes con cáncer de cabeza y cuello, evidenció que el 81% de los cuidadores eran mujeres, con una edad promedio de 49 años y principalmente hijas (31%) o cónyuges (29%) del paciente. La mayoría dedicaba alrededor de 92 horas

semanales al cuidado, sin experiencia previa (57%) y con conocimientos limitados sobre la enfermedad (55%). En cuanto a la carga del cuidado, el 58% presentó sobrecarga moderada a severa, asociada a afectaciones físicas, psicológicas y sociales, siendo el *impacto del cuidado* la dimensión más afectada. Además, se observó que, a menor conocimiento sobre la enfermedad, mayor era la percepción de carga, especialmente en la dimensión interpersonal, evidenciando la necesidad de apoyo y formación para estos cuidadores (Martínez *et al.*,2019).

Otro estudio realizado en hospitales de Saltillo, México, con 150 cuidadores informales de personas adultas mayores reveló que el 74,7% de los cuidadores eran mujeres, con una edad promedio de 51,7 años y, en su mayoría, hijas de la persona cuidada (46%). La dedicación al cuidado alcanzó una media de 13 horas diarias y 4 días por semana, con una duración aproximada de 32 meses. Aunque el 80,7% reportó recibir ayuda en el cuidado, el 77% no contó con apoyo para las tareas domésticas. El 87,3% presentó niveles medios de estrés percibido, mientras que el 43,3% tuvo un nivel medio de apoyo social. Se encontró una correlación negativa significativa ($r=-0,485$; $p<0,001$) entre apoyo social y estrés: a menor apoyo, mayor estrés. Además, el apoyo social explicó un 21,4% de la variabilidad en el nivel de estrés, resaltando su papel protector en el bienestar del cuidador (Lara *et al.*,2023).

Una investigación realizada en Cuenca, Ecuador sobre cuidadores informales de personas adultas mayores analizó a 36 participantes de cuatro centros geriátricos para evaluar sus niveles de sobrecarga mediante la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Los resultados mostraron que el 72,2% no presentaba sobrecarga, mientras que el 27,8% sí evidenció sobrecarga ligera o intensa. Aunque no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos centros geriátricos ($p = 0,620$), se identificó que la sobrecarga era más frecuente en mujeres,

cuidadoras casadas, con estudios de bachillerato, con jornadas laborales de 8 horas diarias y con menos de 3 años de experiencia en el cuidado (Romero, 2023)

Factores sociales y culturales que influyen en el rol del cuidador.

El cuidado de personas mayores está profundamente determinado por factores sociales y culturales, los cuales varían según cada país y región. En algunas zonas de Europa, por ejemplo, predomina un modelo social con mayor cobertura institucional, mientras que en España prevalece el modelo mediterráneo, donde la familia, y especialmente las mujeres, constituyen la principal red de cuidados no profesionales. Esta distribución responde a un legado cultural y patriarcal transmitido generacionalmente, que asigna a las mujeres la mayor responsabilidad del cuidado, generando desigualdades de género en la división de estas tareas. Aunque en los últimos años se observa un aumento de hombres asumiendo este rol, persisten estereotipos que asocian el cuidado a lo femenino (Sanjuán *et al.*,2025).

Por otro lado, la edad avanzada, el bajo nivel educativo, la escasez de apoyo social y la intensidad del cuidado se relacionan con mayores niveles de sobrecarga, peor salud física y emocional, y menor calidad de vida, especialmente en las mujeres. Este contexto, junto con el envejecimiento poblacional y la fragmentación familiar, plantea importantes retos sociales y sanitarios, evidenciando la necesidad de reconocer al cuidador no solo como proveedor, sino también como receptor potencial de apoyo y recursos para garantizar su bienestar y el de las personas mayores a su cargo (Sanjuán *et al.*,2025).

1.2.2 Carga del cuidador informal

Presencia de síntomas depresivos o ansiosos.

Los sentimientos de agotamiento físico y mental, desencadenados por el cuidado de la persona con discapacidad, afectan a varias áreas de la vida individual, familiar y social,

son denominados síndrome del cuidador y puede manifestarse con la aparición de sentimientos negativos hacia los enfermos a quienes cuida, desmotivación, angustia, depresión, trastornos psicosomáticos, fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo, irritabilidad y despersonalización (Gualpa et al., 2019, pág. 34).

La ausencia de salud mental en el cuidador debido a los elevados niveles de estrés, ansiedad y depresión tienen repercusiones a nivel individual, familiar y social en donde el cuidador aumenta el riesgo de padecer otras enfermedades, disminuye la calidad del cuidado, disminuye la esperanza de vida debido a que las personas con depresión y ansiedad mueren de 10 a 20 años antes que la población general, aumenta el costo en salud y para el estado ya que los trastornos como depresión y ansiedad son consideradas como una discapacidad mental (Organización Panamericana de la Salud , 2020).

Los trastornos mentales representan el 22.9% de la carga global de enfermedad, lo cual ocurre porque son alteraciones con un inicio temprano; el 50% de quienes se enferman adquieren la anomalía antes de los 27 años y la mayoría representa problemas crónicos, por lo cual las personas mueren con el trastorno. Estas anomalías fueron la causa más importante en cuanto a días vividos sin salud entre todas las causas por cualquier enfermedad (Alva & Morales, 2017).

Cuando un miembro de la familia presenta limitaciones en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se origina un importante impacto en esa familia que altera los roles de sus miembros (Navarro & Góngora, 2004). Muy particularmente el de la persona que asume el papel de cuidador principal (Chappell & Reid, 2002). Se ha señalado que los cuidadores experimentan graves conflictos y problemas de relación con los demás miembros de la familia (Williamson & Shaffer, 2001). Que se derivan tanto de la manera de entender la enfermedad como de las estrategias que se emplean para manejar la situación (Heru, & Vlastos, 2004).

Percepción de calidad de vida y bienestar subjetivo.

Hay estudios que también analizan la percepción del estado de salud de la persona cuidadora y cómo ésta se encuentra en muchas ocasiones relacionada con su nivel de sobrecarga. Zuñiga (2023), En su estudio concluye lo siguiente: Se mostró asociación significativa entre las variables sociodemográficas con los niveles de estrés y ansiedad, por lo que se concluye que todos los cuidadores de personas con discapacidad tienen riesgo de presentar alteraciones en su salud mental, pero el riesgo y la vulnerabilidad será directamente proporcional a la influencia negativa de uno o más factores sociodemográficos. La implicación de tener grupos prioritarios en el círculo familiar del cuidador aumenta los niveles para estrés y ansiedad.

Los niveles de ansiedad en este estudio se relacionaron directamente con el porcentaje de discapacidad, en donde las cuidadoras a cargo de personas con porcentajes de discapacidad severa del 80 a 85% mostraron niveles de ansiedad bajo; mientras que aquellas a cargo de personas con discapacidad cuyos porcentajes son mayores del 90% mostraron un nivel de ansiedad moderado. El tiempo de cuidado tuvo diferencias significativas respecto al aumento de niveles de estrés y ansiedad, ya que los resultados arrojaron que a menor tiempo de cuidado tanto el estrés como la ansiedad tienen niveles más altos (Zuñiga, 2023).

Apoyo familiar.

El apoyo familiar se conceptualiza como la ayuda que los miembros de una familia se brindan mutuamente en contextos de estrés y necesidades emocionales. Este apoyo incluye componentes emocionales, instrumentales y de comunicación que se perciben en las relaciones entre padres, hermanos, pareja e hijos. La cohesión familiar también se identifica como un elemento clave, facilitando un entorno de cercanía y confianza que fomenta el bienestar y la adaptación frente a situaciones adversas (Rivera & Andrade, 2010; Barraza, 2021).

El apoyo familiar es fundamental para los cuidadores, ya que puede reducir la carga emocional y el desgaste físico asociados al cuidado. La calidad del apoyo familiar se refiere a la percepción de los cuidadores sobre el respaldo emocional y práctico que reciben, mientras que la frecuencia se relaciona con la regularidad de dicho apoyo. Estudios recientes muestran que un alto nivel de apoyo percibido puede mejorar la calidad de vida del cuidador y reducir los efectos negativos del estrés en su salud mental y física (Veronese et al., 2020).

1.2.3 Los Cuidadores y tipos de cuidadores

Cuidador formal.

Profesionales de salud mental, que trabajen en el cuidado de personas con trastornos; con un mínimo de tres años de trabajo formal en el cuidado directo de estas personas y estar actualmente desempeñando dicho trabajo (Wagner et al., 2011).

Se entiende por cuidador formal a individuos u organizaciones que asumen la responsabilidad de cuidar a pacientes que presentan determinado nivel de dependencia, estos pueden ser padres, hermanos, hijos, familiares cercanos, allegados o incluso una persona contratada para realizar dicha labor (Zúñiga, 2023).

El 80% de los cuidadores son mujeres que dedican su tiempo a prestar cuidados a personas con discapacidades permanentes, es preciso tener en consideración que de 5% a 10% de estos pacientes tiene edades superiores a los 65 años y se ven limitados en cuanto a la aplicación de cuidados de sí mismos y para movilizarse, no obstante, esta labor se mantiene invisibilizada y cuenta con poco reconocimiento a nivel social. (DISCAPNET, 2021).

Cuidador informal.

Se entiende como “cuidado informal” a “un sistema informal de prestación de cuidados no remunerado a personas dependientes, por parte de familiares, amigos u otras personas,

conformando un verdadero sistema oculto de cuidados” (Jofré & Mendoza, 2005). Caracterizado por la ausencia de organización explícita. Hay ciertos rasgos que caracterizan el cuidado informal y que afectan directamente su visibilidad y reconocimiento social: se trata de un trabajo no remunerado, sin precio en el mercado, y esto se confunde con una carencia de valor. El cuidado se basa en relaciones afectivas y de parentesco, perteneciente al terreno de lo privado; se trata de “asuntos de familia”, en los que el resto de la sociedad no se implica. Se desarrolla en el ámbito doméstico y, como tal, queda oculto a la arena pública. Finalmente, es una función adscrita a las mujeres como parte del rol de género: es “cosa de mujeres” (García-Calvente et al., 2004).

Los servicios que incluye el cuidado informal son: a) de infraestructura básica: alojamiento, alimentación, limpieza, compras, información, etc.; b) servicios no remunerados relacionados directamente con la salud: diagnóstico, compañía, transporte, vigilancia, aplicación de tratamientos, etcétera; y c) la gestión del consumo de servicios sanitarios: trámites, pagos, información, compra de medicamentos, etc (Durán, 2004).

1.3 Modelos de intervención

1.3.1 Programa de intervención en resiliencia para cuidadores informales

El Programa de Intervención en Resiliencia para Cuidadores Informales (PIRCA) fue diseñado específicamente para atender a los cuidadores informales de personas con Alzheimer, sin embargo, no solo de cuidadores de sujetos con esta patología, se trata de un modelo adaptable que responde a la sobrecarga emocional, física y social de los cuidadores. Este programa tiene un enfoque Cognitivo Conductual, escuela que ha demostrado tener gran efectividad a nivel terapéutico, este programa toma como eje central de intervención la resiliencia. (Cerquera-Córdoba, Pabón & Rueda. 2017). Resiliencia, término psicológico que hace referencia a la forma más adecuada del ser humano de afrontar situaciones adversas. Teóricamente el modelo plantea

el fortalecimiento de la resiliencia y las estrategias de afrontamiento aminoran los síntomas depresivos y ansiosos en los cuidadores. El PIRCA, está compuesto por varias fases/elementos que incluyen:

- a) Psicoeducación sobre la enfermedad
- b) Identificación de pensamientos disfuncionales y reestructuración cognitiva.
- c) Entrenamiento de habilidades de afrontamiento (Resolución de problemas, mindfulness, organización del tiempo).
- d) Fomento del auto cuidado y reconocimiento de las redes de apoyo.
- e) Seguimiento y prevención de recaídas.

Esta guía puede ser aplicada de forma grupal, en talleres comunitarios o individual, puede ser impartido presencial o virtual, a conveniencia oportuna.

La evidencia empírica presenta estudios que revelan mejoras importantes en la carga subjetiva del cuidador y en sus síntomas depresivos después de su participación en el PIRCA, todo esto respalda la eficacia del programa, (Cerquera-Córdoba et al., 2015; Rueda et al., 2017). sin mencionar que se puede adecuar a diversos contextos de atención en salud y programas comunitarios que brinden atención psicosocial, esto lo hace un programa particularmente pertinente para esta población vulnerable en la ciudad de manta, teniendo en cuenta los recursos limitados en salud y que el cuidado informal comúnmente desarrollado por familiares.

1.3.1 Modelo isupport

El modelo iSupport es un programa desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, con accesibilidad global que, pretende psico educar y entrenar a las personas para que

potencien sus habilidades de afrontamiento. Este programa fue desarrollado con el objetivo de promover el autocuidado de los cuidadores para elevar su calidad de vida y mantener o equilibrar el bienestar psicológico. (WHO, 2019). La lógica de este programa se basa en brindar herramientas accesibles y sistematizadas de fácil entendimiento que reduzcan el malestar emocional y le den un papel importante a la percepción de autosuficiencia en su rol de cuidadores.

La estructura del programa se compone por cinco módulos que se acompañan de actividades específicas y guiadas para el usuario: la comprensión de la enfermedad, el rol del cuidador, el autocuidado, hábitos de cuidado diario y el manejo de cambios de conducta (WHO, 2019). A su vez, la Organización Mundial de la Salud promueve el uso de este programa no solo de forma individual, sino en contextos comunitarios y en atención primaria, pues se trata de un recurso muy accesible y adaptable.

Los programas/modelos mencionados, ambos tienen similitudes, sin embargo, sus modalidades son distintas, el primer programa tiene un enfoque con predominio comunitario presencial, mientras que el segundo modelo se direcciona al autoaprendizaje de forma online. El principal beneficio de ambos modelos es su flexibilidad y su viabilidad económica, lo que se busca en intervención para los cuidadores informales que no cuentan con ningún tipo de remuneración o recursos monetarios suficientes, al mismo tiempo conveniente para ser aplicados en los centros de atención de Manta.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

Este capítulo se centrará en describir cada elemento correspondiente a la metodología en la investigación sobre la caracterización de la salud mental de los cuidadores no profesionales/familiares de personas con enfermedades tanto físicas como mentales, de tres

Instituciones de Salud del sector público como privado; Centro de Salud A IESS Los Esteros, el Centro de Salud Tipo C Manta y el Centro Médico Santana, de la ciudad de Manta, provincia de Manabí, Ecuador. Esta pluralidad permitirá la contemplación de un panorama amplio e importante.

A continuación, se detalla;

2.1 Tipo de Investigación

El enfoque metodológico de la investigación es mixto; cuantitativo y cualitativo. Según Creswell y Plano Clark (2018), ambos enfoques permiten la recopilación sistemática de información y a su vez permiten realizar un análisis científico riguroso apoyado en lo objetivo y subjetivo. En este estudio, se aclara que existe mayor predominio del enfoque cuantitativo, dado que, se obtiene datos numéricos y análisis estadísticos descriptivos, los cuales, se complementan e integran con el enfoque cualitativo mediante la entrevista semiestructurada y la adhesión de la observación clínica.

2.2 Tipo de estudio

La investigación se basa en un Diseño Observacional; no experimental, de corte transversal. Según Hernández Sampieri et al. (2021) se entiende como no experimental debido a que no se intervienen o manipulan las variables de estudio, por el contrario, se registran, analizan e interpretan los fenómenos en su ambiente natural, limitándose a la observación de eventos naturales o preexistentes, sin alterar su curso. Asimismo, es de corte transversal, porque su estudio y recolección de datos se realiza en un solo momento del tiempo.

2.6 Sujeto, Población y Muestra

2.6.1 Sujeto

Los sujetos que componen este estudio estarán conformados por el total de cuidadores que estén registrados o asisten como cuidadores no profesionales/familiares de pacientes en las tres instituciones de salud mencionados al principio del capítulo, ubicadas en la ciudad de Manta. Cada sujeto será un individuo que cumpla con los criterios de inclusión establecidos para la investigación.

2.6.2 Población

La población del estudio referencia el total de cuidadores no profesionales registrados en los tres Centros de Salud; público y privado, ya mencionados. Mismos que, ascienden a 256 cuidadores en total, estratificados de la siguiente forma:

Tabla 1 *Población total*

Institución de Salud; pública y privada de Manta	Población
Centro de Salud A IESS Los Esteros	96
Centro de Salud Tipo C Manta	80
Centro Médico Santana	80
Total	256 cuidadores no profesionales

Nota. Elaborado por Shirley Navia y Camila Ortiz. Fuente: Cuidadores No Profesionales de Tres Centros de Salud; público y privado, Manta.

Estos cuidadores representan el conjunto completo de individuos desde el cual se seleccionó la muestra por estrato.

2.6.3 Muestra

La muestra del presente proyecto será seleccionada mediante un muestreo aleatorio simple, considerando un tamaño total de 80 cuidadores, distribuidos proporcionalmente según el tamaño de población de cada centro de salud.

Para su efecto, se realiza lo siguiente:

Muestreo aleatorio simple

- **Total, de población:** 256 cuidadores
- **Total, de muestra:** 80 cuidadores

Tamaño de muestra por estrato

Formula: $(\text{Tamaño de estrato} / \text{Tamaño de población Total}) * \text{Tamaño de muestra total}$

Tabla 2 Muestra total

Institución de Salud; pública y privada de Manta	Procedimiento	Población de muestra (Resultado)
Centro de Salud A IESS Los Esteros	Muestra= $(96/256) * 80$ Muestra= 0,375 *80	30
Centro de Salud Tipo C Manta	Muestra= $(80/256) * 80$ Muestra= 0,3125 *80	25
Centro Médico Santana	Muestra= $(80/256) * 80$ Muestra= 0,3125 *80	25
TOTAL, MUESTRA POR ESTRATO		80

Nota. Elaborado por Shirley Navia y Camila Ortiz. Fuente: Cuidadores No profesionales de Tres Centros de Salud; público y privado, Manta.

La fórmula aplicada garantiza que cada cuidador de la población tenga igual probabilidad de estar incluido en la muestra, garantizando la representatividad de datos estadísticos y empíricos obtenidos.

2.7 Criterios de Selección

2.7.1 Criterios de Inclusión

Únicamente, forman parte del estudio aquellos cuidadores no profesionales que sean familiares directos (1er o 2do grado de consanguinidad) de los pacientes atendidos en el Centro de Salud A IESS Los Esteros, el Centro de Salud Tipo C Manta y el Centro Médico Santana, de la ciudad de Manta. Los involucrados deberán tener 18 o más años de edad al momento de su participación, haber ejercido el rol de cuidador principal al menos en un periodo de tres meses consecutivos, como también, haber sido partícipe activo regular en las actividades de atención, rehabilitación y apoyo semanal al paciente. Imprescindible, la disposición libre y voluntaria para completar los instrumentos psicométricos aplicados (WHOQOL-BREF, Escala de Zarit) y entrevista semiestructurada, independientemente de su nivel de instrucción. Significativamente, todos los participantes deberán firmar el consentimiento informado para formalizar su inclusión en la investigación.

2.7.2 Criterios de Exclusión

Se exentó de la investigación, todo aquel participante que no sea familiar directo del paciente y/o cuidadores externos (contratado o amigo). Asimismo, se excluirá a todo cuidador no profesional que presente un diagnóstico previo de patología psiquiátrica o mental severa; tal como, trastornos de personalidad, trastorno de ansiedad o trastorno de depresión mayor, entre otros, que puedan alterar la interpretación de su estado de salud mental. Indistintamente, participante con discapacidad intelectual y/o personas que no conserven sus capacidades cognitivas necesarias dificultando la comprensión de los instrumentos psicométricos aplicados y la comunicación oral. En la misma medida, aquellos cuidadores no profesionales/familiares que manifieste poco interés o negatividad parcial o absoluta en firmar el consentimiento informado.

Finalmente, se exceptúa a familiares que se encuentren atravesando un proceso de duelo reciente o aquellos que estén a cargo de pacientes en etapa terminal, para así evitar distorsiones emocionales externas que puedan alterar los resultados de la investigación.

2.8 Descripción de Métodos, Técnica e Instrumentos

En el marco de esta investigación, se empleó una entrevista semiestructura, misma que profundiza en los aspectos subjetivos y cotidianos para el análisis de la carga afectiva y el impacto psicológico de su rol. Subsecuentemente, se suministrarán instrumentos validados y estandarizados a nivel global, tales como, la Escala de Sobrecarga del Cuidador ZARIT y el Test de Calidad de Vida WHOQOL-BREF (Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud – versión breve). Ambos recursos, permitirán tener una caracterización detallada de la situación actual de la salud mental de los cuidadores en los centros de atención de Manta.

2.8.1 Entrevista semiestructurada

Para lo cualitativo, se utilizará la entrevista semiestructurada, este instrumento se propone debido a la exploración de aspectos subjetivos y cotidianos en la vida de los cuidadores, es decir, sus experiencias, retos y emociones. Está compuesta por 6 dimensiones: 1.) Contexto del rol del cuidado (comprender el origen y las características del vínculo con la persona cuidada y el inicio del rol); 2.) Carga cotidiana y emocional del cuidado (explorar las tareas cotidianas y las emociones que conlleva el cuidado); 3.) Impacto en la salud física y mental (identificar cambios en la salud emocional, física y en el bienestar general desde que inició el cuidado); 4.) Calidad de vida percibida (Profundizar en la valoración personal sobre su calidad de vida actual); 5.) Apoyo y redes disponibles (indagar sobre los recursos sociales, familiares e institucionales que tiene o

necesita.); y 6.) Sentido personal del cuidado (explorar el significado subjetivo del rol de cuidador en su vida).

Objetivo: Profundizar en los aspectos subjetivos y cotidianos relacionados con la experiencia del cuidado, con especial énfasis en la carga afectiva y el impacto psicológico que conlleva el rol de cuidador no profesional

2.8.2 Test de Sobrecarga del Cuidador ZARIT

Respecto a lo cuantitativo, el Test de Sobrecarga del Cuidador (ZARIT ZARIT), compuesto por 22 ítems, adaptado a 15 idiomas, y utilizado en contextos de cuidadores formales e informales en los entornos clínicos, ha sido validado y estandarizado en más de 40 países y en múltiples continentes; América Latina (México, Perú, Colombia, Argentina, Chile, Brasil), Europa (España, Alemania, Italia, Portugal, Reino Unido, Países Bajo), Asia (China, Japón, India, Corea del Sur, Irán, Turquía), África (Nigeria, Sudáfrica), Oceanía (Australia) y América del Norte (EE.UU., Canadá), con coeficientes de Cronbach (global) de 0.71 a 0.88, y fiabilidad por dominios versión española (validez convergente) superior a 0.75, respaldan la aplicabilidad del instrumento en este estudio.

La versión española permite detectar niveles de sobrecarga: no existe sobrecarga, sobrecarga leves, sobrecarga intensa y modificación del modo de cuidado y/o ayuda urgente, en sus 4 dimensiones; a.) Carga emocional: estrés, angustia, tristeza, preocupación por el cuidado, frustración; b.) Impacto en la vida personal: limitaciones en tiempo libre, trabajo, vida social, económico, personal y desarrollo de problemas de salud (trastornos de ansiedad, trastornos de depresión, trastornos psicosomáticos asociados con la tarea del cuidador no profesional); c.) Relación interpersonal/rol: conflictos con el receptor del cuidado, percepción de obligación o

culpa; d.) Expectativas y control: sentimiento de falta de control, percepción de sobrecarga anticipada.

Objetivo: Identificar, evaluar y determinar el grado de afectación general en el nivel de carga subjetiva que experimenta el cuidador no profesional, al implicarse en el cuidado prolongado de una persona dependiente.

2.8.3 Test de Calidad de Vida WHOQOL-BREF

Por su parte, Test de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, también conocido como el Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud – versión breve, compuesto por 26 ítems, adaptado a 20 idiomas, y utilizado tanto en contextos clínicos como comunitarios, ha sido validado y estandarizado en múltiples continentes y países; América Latina (Ecuador, México, Brasil, Colombia, Chile, Argentina, Perú), Europa (España, Alemania, Francia, Italia, Portugal, Reino Unido), Asia (Japón, China, Corea del Sur, Irán) y África (Sudáfrica). Además, su Alfa de Cronbach (global) de 0.88 a 0.92, y fiabilidad por dominio (validez convergente) de 0.68 a 0.85, respalda la aplicación del instrumento,

A partir de lo anterior, la evaluación integral de la calidad de vida de los cuidadores informales se llevará a cabo mediante un análisis estadístico y descriptivo de cada una de sus dimensiones; salud física, salud/bienestar psicológico, relaciones sociales y entorno/entorno.

Objetivo: Evaluar todas las variables y factores que pueden repercutir de manera positiva o negativa en el bienestar y calidad de vida del sujeto.

2.9 Operacionalización de Variables - Salud mental comunitaria

Tabla 3 Operacionalización de variable - Salud mental comunitaria

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Salud mental comunitaria	Salud Mental Comunitaria (SMC) es una estrategia de intervención que concibe la salud mental como un proceso colectivo, en el que la interacción entre individuos y sus contextos socioculturales es fundamental. Este enfoque prioriza las necesidades y la participación de la comunidad, integrando la atención y promoción de la salud mental en espacios cercanos a las personas, como las familias, escuelas y comunidades. A través de redes de apoyo, educación y campañas de sensibilización, la SMC fomenta la resiliencia, la integración social y la creación de un entorno que contribuye al bienestar individual y colectivo, promoviendo así una convivencia saludable y sostenible (Anchundia, 2022)	1. Generalidades sobre salud y salud mental	Salud Salud mental Servicios de salud mental Accesibilidad a servicios de salud mental Barreras del cuidador frente al sistema de salud Atención a la salud mental, implicaciones	- Respuesta abiertas. - Observación clínica - Percepción de calidad de vida global y salud en general	Variable independiente (Cualitativo - Cuantitativo)
		2. Apoyo social y cohesión comunitaria	Apoyo social Red de apoyo social Psicología comunitaria Comunidad Cohesión comunitaria Participación comunitaria		
		3. Factores de riesgo y protección comunitarios	Identificación de factores de riesgo Presencia de factores de protección		

Nota. Elaborado por Shirley Navia y Camila Ortiz. Fuente: Revisión de literatura.

Tabla 4 Operacionalización de variable - Cuidadores de centro de atención

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Cuidadores de centro de atención	Según Estrada y Gómez (2022) Los cuidadores de personas con discapacidad severa como aquellos que enfrentan situaciones emocionales, cansancio y estrés, hasta llegar al síndrome de sobrecarga del cuidador primario. Estos cuidadores, generalmente familiares, tienen necesidades psicosociales insatisfechas y requieren de apoyo profesional debido a las demandas emocionales y físicas intensas asociadas a su rol.	1. Conceptualización del cuidador informal	Origen de la palabra cuidado Definición del cuidador informal Características del rol del cuidador Datos y estadísticas sobre cuidadores informales Factores culturales y sociales que influyen en el rol del cuidador	- Respuesta abiertas. - Observación clínica - Niveles de sobrecarga: 1. No existe sobrecarga 2. Sobrecarga leve 3. Sobrecarga intensa 4. Modificación del modo de cuidado y ayuda urgente (alto riesgos de enfermedad mental y trastornos psicosomático).	Variable independiente (Cualitativo - Cuantitativo)
		2. Carga del cuidador informal	Presencia de síntomas depresivos o ansiosos Percepción de calidad de vida y bienestar subjetivo Apoyo familiar	- Percepción de calidad de vida global y salud en general	
		3. Los cuidadores y los tipos de cuidadores	Cuidadores formales Cuidadores informales Cuidador principal Cuidador secundario		

Nota. Elaborado por Shirley Navia y Camila Ortiz. Fuente: Revisión de literatura.

2.10 Descripción de los métodos estadísticos y tratamiento de los datos

Acorde al enfoque mixto de la investigación, se realizó el análisis de datos en dos fases:

Dentro del plano cuantitativo, los resultados de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Zarit) y el Test WHOQOL-BREF se procesaron con estadística descriptiva (porcentajes, frecuencias, medias y desviaciones). Para la correlación de los datos socio demográficos y las puntuaciones en las escalas se utilizó el método de Pearson, garantizando así un 95% de fiabilidad.

En el plano cualitativo, las entrevistas fueron transcritas de manera explícita y posteriormente analizadas categóricamente por las dimensiones establecidas en el instrumento utilizado (entrevista semiestructurada), esto permitió que los resultados plasmaran las vivencias de los cuidadores en su máxima expresión. De esta manera, los métodos utilizados para la interpretación de los resultados contribuyeron de manera idónea, brindando resultados claros y concisos.

2.11 Validez de la investigación

La validez de esta investigación mixta fue respaldada por la triangulación de los datos obtenidos con las técnicas utilizadas, una entrevista semiestructurada y dos escaladas validadas (Escala de Sobrecarga del Cuidador ZARIT y Test de Calidad de Vida WHOQOL-BREF), mismas que permitieron realizar un constataste desde las posturas subjetivas y objetivas de los participantes. A su vez, es importante recalcar, que estos instrumentos fueron aplicados en un escenario naturalista de los participantes (centros de atención de Manta), es decir, cumpliendo su rol de cuidadores, lo que refuerza la veracidad de los resultados.

2.12 Manejo de datos

La información recaudada de manera física fue se transcrita a una base de datos digital desarrollada en programas de ofimática (Excel y Word) para facilitar su análisis estadístico. Los documentos físicos se encuentran almacenados por las investigadoras, como únicas personas con accesibilidad a estos, evitando cualquier tipo de fuga y garantizando la confidencialidad y el uso responsable de los mismos.

2.13 Consideraciones éticas

El estudio fue elaborado sobre las bases éticas que rigen al psicólogo ecuatoriano: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. La población establecida participó de manera voluntaria y con un consentimiento informado de por medio brindado por las instituciones que acogieron a las investigadoras. Las limitaciones presentadas fueron mínimas, entre ellas se mencionan las incomodidades emocionales de los participantes al contestar algunas preguntas pertinentes a los instrumentos, también los tiempos escasos para la aplicación de estas técnicas. Mientras que, el producto obtenido de esta investigación contribuyó significativamente a la visibilidad de la situación de vulnerabilidad de los cuidadores informales mediante la caracterización de su salud mental, dando paso al desarrollo políticas que promuevan el bienestar psicosocial de este grupo en desventaja.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

3.1 Resultados cuantitativos

3.1.1 Relación entre los instrumentos cuantitativos y la socio-demografía

Tabla 5 Estadísticos Descriptivos de las variables

Variable	Mediana	Media	Desv. Típica	Asimetría	Curtosis
----------	---------	-------	-----------------	-----------	----------

Sexo	2.0	1.525	0.503	-0.102	-2.041
Edad	46.5	46.862	14.618	-0.044	-1.282
Tiempo _ cuidador _meses	56.0	60.8	33.144	0.19	-1.201
Zarit _Total	51.0	51.275	6.406	0.12	1.296
Dominio _ Físico	3.571	3.552	0.293	0.081	0.653
Dominio _ Relaciones	3.667	3.625	0.373	-0.026	-0.344
Dominio _ Psicológico	3.583	3.573	0.308	-0.411	0.818
Dominio _ Ambiente	3.625	3.597	0.255	-0.165	0.261
Calidad _ de _ vida _ global	3.5	3.675	0.458	-0.151	-0.498

Nota. Se muestra la relación entre las principales variables de ambos instrumentos (ZARIT y el Test calidad de vida global) con la socio-demografía: sexo, edad, tiempo que lleva cuidando en meses). Fuente: Cuidadores del Centro de Salud A IESS Los Esteros, Centro de Salud Tipo C Manta y Centro Médico Santana.

Los resultados de estadística descriptiva, que incluye tendencia central (media), dispersión (desviación estándar) y forma de la distribución (asimetría y curtosis), permiten conocer a la muestra estudiada según datos de la socio-demografía y aspectos físicos, relaciones, ambiente, psicológicos, más destacados. La variable sexo codificada como 1 = Hombre y 2 = Mujer, presentó una mediana de 2, lo que representa mayor presencia de mujeres en la muestra analizada, la edad promedio de los participantes en el estudio se ubicó en 46, 9 años, el tiempo medio dedicado como cuidadores se encuentra en 60,8 meses (5 años), esto sugiere la existencia prolongada de los participantes en la función de cuidado. En comparación con lo encontrado en el trabajo de Meléndez et al., (2025), la edad promedio de cuidadores analizada, fue de 44 años, con una moda de 48 y mediana de 42 años, la desviación típica de 0.36, superioridad del sexo femenino con un 56.51%, mientras que el masculino contó con un 43.49%, resultados similares con el del presente trabajo.

Relacionado con la sobrecarga percibida, calculado a través de la escala de Zarit, se obtuvo un puntaje medio de 51,28, esto deriva en una carga moderada alta, esto quiere decir que existe una cantidad de participantes con puntajes bajos, y la curtosis indica que la mayor parte de

participantes se ubican cerca a la media. En referencia a la calidad de vida por el WHOQOL-BREF, los valores promedios se ubicaron entre 3,55 y 3,67, en una escala de 1 a 5, lo que sugiere que los participantes en el estudio tienen una percepción moderadamente favorable de su calidad de vida. En conjunto se puede decir, que las variables analizadas, manifestaron distribuciones de los datos cercanos a la normalidad; estos resultados podrían explicarse desde los hallazgos encontrados en el trabajo de Martínez, et al. (2023), para quien en esta investigación se indica moderada relación entre sobrecarga y calidad de vida, aunque la sobrecarga resultó moderada en ambos estudios, los resultados son importantes para comprender la dinámica que se manifiesta entre la salud mental y calidad de vida de los cuidadores.

3.1.2 Relación entre la Escala de Sobrecarga del Cuidador ZARIT y el Test de Calidad de Vida WHOQOL-BREF por cada institución de salud estudiada

Tabla 6 *Sobrecarga y Calidad de Vida - Centro de Salud A IESS Los Esteros*

Nivel de Sobrecarga	Alta Calidad de Vida	Baja Calidad de Vida	Media Calidad de Vida
No sobrecarga	1	0	4
Sobrecarga leve	1	4	17
Sobrecarga intensa	0	2	1

Nota. Se muestra la tabla cruzada entre la Escala de Sobrecarga del Cuidador ZARIT y el Test de Calidad de Vida WHOQOL-BREF en el Centro de Salud A IESS Los Esteros. Fuente: Cuidadores del Centro de Salud A IESS.

En el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social -IESS, los Esteros, la mayor parte de los cuidadores (17) presentó sobrecarga leve (1) y baja calidad de vida (4), en este contexto los cuidadores que no presentaron sobrecarga estuvieron relacionados con media (4) y alta calidad de vida (1). Resultados diferentes encontró Cárdenas (2022), puesto que, los cuidadores con síndrome de sobrecarga fueron la mayor parte (52) y con sobrecarga leve (16), mientras que en la calidad de vida se consideró en las categorías media y alta, 0 baja calidad de

vida. Cabe destacar que en ambos resultados se resalta que la sobrecarga influye en la calidad de vida de los cuidadores.

Tabla 7 *Sobrecarga y Calidad de Vida - Centro de salud - Tipo C Manta*

Nivel de Sobrecarga	Alta Calidad de Vida	Baja Calidad de Vida	Media Calidad de Vida
No sobrecarga	1	0	3
Sobrecarga leve	2	5	10
Sobrecarga intensa	0	1	3

Nota. Se muestra la tabla cruzada entre la Escala de Sobrecarga del Cuidador ZARIT y el Test de Calidad de Vida WHOQOL-BREF en el Centro de salud - Tipo C Manta. Fuente: Cuidadores del Centro de Salud Tipo C Manta.

En el Centro de salud tipo C Manta, la categoría más frecuente fue la sobrecarga leve (10) y calidad de vida media, mientras que la sobrecarga intensa (3) con baja calidad de vida, este resultado confirma, la relación negativa entre sobrecarga y salud mental. Estos resultados son respaldados por la literatura académica actualizada, que indica que la sobrecarga del cuidador incide sobre el bienestar familiar, el trabajo, en lo económico, los periodos de descanso y distracción. Por tanto, en la muestra analizada, la sobrecarga, aunque leve en la mayoría de los participantes, si está impactando en su salud física y mental ya que presentaron baja calidad de vida (Chango et al.,2021).

Tabla 8 *Sobrecarga y Calidad de Vida – Centro Médico Santana*

Nivel de Sobrecarga	Alta Calidad de Vida	Baja Calidad de Vida	Media Calidad de Vida
No sobrecarga	0	0	2
Sobrecarga leve	2	2	12
Sobrecarga intensa	0	1	6

Nota. Se muestra la tabla cruzada entre la Escala de Sobrecarga del Cuidador ZARIT y el Test de Calidad de Vida WHOQOL-BREF en el Centro Médico Santana. Fuente: Cuidadores del Centro Médico Santana.

En el Centro Médico Santana, prevalece la sobrecarga leve, con (12) participantes, y la calidad de vida media. En este sentido destaca, que no se percibieron los cuidadores con o sin sobrecarga de calidad de vida alta o baja, por el contrario, los participantes que se agruparon en calidad de vida media (2) y baja calidad de vida (1) un solo participante se ubicó en sobrecarga intensa y (6) cuidadores con calidad de vida media se encasillaron con sobrecarga intensa. Resulta significativo que en el estudio de Moscoso y Bustos (2023), desarrollado en la ciudad de Cuenca con 123 cuidadores, en donde se comprobó la existencia de una alta sobrecarga con más del 50 % de la muestra analizada, la escala de Zarit evidenció sobrecarga ligera en un 29 % y severa en un 23 %, teniendo notoriedad en mujeres, al igual que en la muestra del actual trabajo, esto podría asociarse, a que en el país generalmente son las mujeres quienes se encargan de cuidar a sus familiares. Así mismo, estos resultados se pueden relacionar con la necesidad de identificación temprana de la problemática, con intervenciones efectivas que puedan mejorar la salud mental de los cuidadores.

3.1.3 Relación entre cada institución de salud con el nivel de sobrecarga

Tabla 9 *Institución y Sobrecarga (Zarit)*

Institución de salud	No sobrecarga	Sobrecarga leve	Sobrecarga intensa	Total	Porcentaje %
Centro de Salud A (IESS Los Esteros)	5	22	3	30	38
Centro de Salud B (Tipo C Manta)	2	16	7	25	31
Centro Médico (Privado – Santana)	4	17	4	25	31
Totales	11	55	14	80	100 %

Nota. Se muestra la tabla cruzada entre cada institución de salud relacionada con el nivel de sobrecarga. Fuente: Cuidadores del Centro de Salud A IESS Los Esteros, Centro de Salud Tipo C Manta y Centro Médico Santana.

De acuerdo a las respuestas generadas, se presenta los niveles de sobrecarga percibida, por los grupos de cuidadores participantes de los 3 centros de salud (2 públicos y 1 privado). La sobrecarga leve es la más frecuente entre los participantes (55) cuidadores, le sigue, el nivel de sobrecarga intensa con (14) casos y la ausencia de sobrecarga, que se muestra en (11) cuidadores. Siguiendo con la distribución estadística en las instituciones; en la del Centro de Salud IESS Los Esteros, se concentra la mayor cantidad de cuidadores sin sobrecarga (5 de 11 en total) y también un número destacado de casos con sobrecarga leve (22 de 55), lo que sugiere una carga moderada en relación con los otros centros. Con el Centro de Salud B (Tipo C Manta) se revela un mayor nivel de sobrecarga intensa (7 de 14 casos totales), lo cual podría estar condicionado por múltiples factores como puede ser; circunstancias institucionales o condiciones de los pacientes atendidos. Así mismo, en el Centro Médico Santana (privado), una mayor cantidad de cuidadores se situaron con sobrecarga leve (17 casos), aunque se dieron pocos casos de sobrecarga intensa (4) y de ausencia de sobrecarga (4), en este establecimiento, se observó una distribución más equitativa y con menos sobrecarga en los cuidadores.

En tanto que, en indicadores de Latinoamérica, realizado por la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo (OPS/BID, 2023), el cuidado de las personas vulnerables recae en las familias, existe limitada cobertura pública en este sentido, y además acceso restringido a servicios privados de calidad, en tal sentido, desde el sistema de salud público se diseñan políticas de servicios orientados a la calidad en la atención, no obstante, su nivel de importancia en cada país y región se presentan desigual, por lo cual, surge el aporte del área privada y de los familiares cercanos como cuidadores claves, aunque insuficiente, cuando se trata de un solo familiar en la tarea de cuidador, lo que refuerza la necesidad de instituciones tanto públicas como privadas que integren sistemas de atención

integral, equitativos y en corresponsabilidad. Según afirma Cárdenas (2022), existe una clara relación entre sobrecarga y calidad de vida percibida en menor o mayor nivel, en todos los cuidadores. En el actual estudio, se identificó que, tanto en las instituciones públicas como privadas, no existieron grandes diferencias en la sobrecarga, ya que, tanto en la institución privada y una de las entidades públicas, el nivel de sobrecarga se ubicó en leve, mientras que, en la otra de las entidades públicas se observó ligera inclinación hacia el nivel de sobrecarga intensa. Estos resultados no representan, que la percepción sea exclusivamente por la carga del cuidador, sino que pueden influir otros factores no contemplados en la actual investigación, como pueden ser elementos institucionales, ambiente familiar, nivel de apego con el paciente, accesibilidad a recursos y condiciones laborales. Mientras que las diferencias encontradas ayudan con una mejor comprensión de la necesidad de fortalecimiento del apoyo institucional sea público o privado.

Tabla 10 *Matriz de correlación de Pearson (principales variables)*

Zarit Total	Calidad de vida global	Dominio Físico	Dominio Psicológico	Dominio Relaciones	Dominio Ambiente	Tiempo cuidador meses
Zarit Total	-0.22	-0.55	-0.32	-0.25	-0.27	0.28
Calidad de vida global	1.0	0.17	-0.0	0.02	0.05	-0.05
Dominio Físico	0.17	1.0	0.09	0.03	0.14	-0.17
Dominio Psicológico	-0.0	0.09	1.0	0.06	0.09	-0.19
Dominio Relaciones	0.02	0.03	0.06	1.0	0.19	-0.01
Dominio Ambiente	0.05	0.14	0.09	0.19	1.0	0.08

Tiempo cuidador meses	-0.05	-0.17	-0.19	-0.01	0.08	1.0
--------------------------	-------	-------	-------	-------	------	-----

Nota. Se muestra la Matriz de correlación de Pearson (principales variables). Fuente: Shirley Navia y Camila Ortiz.

Se aplicó un análisis de correlación de Pearson para conocer la relación entre la sobrecarga del cuidador, medida por la escala Zarit y el test, la calidad de vida global, sus dimensiones (física, psicológica, relaciones sociales y ambiente) y el tiempo dedicado a cuidador. La sobrecarga se relacionó negativamente, aunque en menor grado, con las dimensiones física ($r = -0.32$), psicológica ($r = -0.25$), relaciones sociales ($r = -0.27$) y ambiente ($r = -0.22$). Esto podría sugerir, que la sobrecarga afecta múltiples aspectos del bienestar del cuidador, especialmente el estado físico, lo cual, también podría estar vinculado al agotamiento, dolores musculares o trastornos del sueño. El tiempo como cuidador reveló una correlación positiva débil con la sobrecarga ($r = 0.28$), lo que indica que quienes llevan más tiempo cuidando, pueden sentir mayores niveles de carga. No obstante, esta relación se presentó como leve, es decir, en el nivel de sobrecarga podrían influir otros factores no considerados dentro de este análisis, sean internos o externos (tipo de apoyo, recursos disponibles, estrategias de afrontamiento, etc.).

Los resultados generales, evidenciaron la existencia de una correlación negativa moderada entre la sobrecarga total y la calidad de vida global ($r = -0.55$), lo que indica que, a mayor sobrecarga, menor percepción de calidad de vida general. Mientras que, en el trabajo de Vega et al., (2023), se identificó una asociación estadísticamente significativa del nivel 0.05, entre la calidad de vida y la sobrecarga del cuidador, esto por la existencia en sus resultados, de predominio de sobrecarga intensa, lo que generó que, a mayor sobrecarga, menor el bienestar percibido, contrario a los del presente estudio, en que la sobrecarga fue moderada e influyó en la calidad de vida, aunque débilmente. Proveniente de los resultados se puede indicar que es

necesario trabajar en espacios educativos que concienticen de la realidad por las que atraviesan los cuidadores, especialmente si están solos y por tiempos prolongados, necesitan de apoyo tanto de las instituciones de salud sean estas públicas o privadas como de las personas cercanas que puedan ejercer el rol de apoyo.

3.2 Resultados cualitativos

Tabla 11 Entrevista – Centro de Salud A: IESS Los Esteros

Dimensión / Categoría	Preguntas	Respuestas	Citas representativas (verbatim)
DIMENSIÓN 1: Contexto del rol de cuidado	¿Podría contarme brevemente sobre a quién cuida y desde cuándo?	1. Cuidan a cónyuges con enfermedades crónicas desde 4 a 8 años. 2. Algunos iniciaron el rol tras diagnóstico progresivo. 3. También cuidan a familiares cercanos con discapacidades.	“Cuido a mi esposo desde hace seis años, cuando le diagnosticaron Parkinson”. “Empecé poco a poco, cuando la enfermedad avanzaba”. “Cuido a mi hermano con discapacidad motriz desde hace cinco años”.
	¿Cómo asumió el rol de cuidador/a?	1. Adaptación gradual ante nuevas responsabilidades. 2. Rol asumido por compromiso y amor. 3. Algunos lo asumieron abruptamente por necesidad familiar.	“Al principio fue difícil, pero con amor aprendí a cuidar mejor”. “Fue un proceso lento para entender todas las tareas”. “Tuve que asumirlo rápido porque no había otra opción”.
	¿Qué implica para usted ser cuidador/a de esta persona?	1. Cambio total en la vida diaria y prioridades. 2. Gran carga emocional y física.	“Ser cuidadora significa poner sus necesidades antes que las mías”. “Es una gran responsabilidad que afecta todo mi tiempo”.

		3. Responsabilidad constante y sacrificios personales.	“Debo estar alerta siempre, es un compromiso constante”.
DIMENSIÓN 2:			
Carga cotidiana y emocional	¿Cómo es un día típico para usted como cuidador/a?	1. Rutinas centradas en medicación, higiene y terapias. 2. Poco tiempo para actividades personales. 3. Días llenos de atención constante y planificación.	“Cada día administro medicinas y ayudo en sus ejercicios”. “No tengo tiempo para mí, siempre estoy pendiente”. “La planificación es clave para no olvidar nada”.
	¿Qué aspectos del cuidado le resultan más difíciles o agotadores?	1. Manejar las crisis y la pérdida de autonomía del ser cuidado. 2. Carga física por movilización y asistencia. 3. Estrés emocional por incertidumbre del futuro.	“Lo más difícil es verlo perder movilidad”. “Me canso mucho físicamente, cargarlo es pesado”. “Me preocupa no saber qué pasará con su salud”.
	¿Qué emociones experimenta con más frecuencia cuando cuida?	1. Tristeza y frustración frecuentes. 2. Amor profundo y esperanza. 3. Cansancio emocional y momentos de ansiedad.	“Siento tristeza cuando veo su deterioro”. “Lo hago por amor y eso me da fuerzas”. “A veces me siento ansiosa y agotada”.

DIMENSIÓN 3: Impacto en la salud física y mental	¿Cómo ha afectado esta responsabilidad a su salud física, descanso o energía?	1. Fatiga y dolores musculares recurrentes. 2. Falta de tiempo para autocuidado. 3. Cansancio acumulado afecta su vida diaria.	“Siento dolor de espalda por las cargas diarias”. “No me cuido como debería, siempre estoy cansada”. “A veces no tengo energía para hacer otras cosas”.
	¿Ha notado cambios en su estado de ánimo, nivel de estrés o calidad del sueño?	1. Insomnio o sueño interrumpido. 2. Altos niveles de estrés y ansiedad. 3. Cambios de humor frecuentes.	“Duermo poco porque estoy preocupada”. “El estrés es constante y me afecta mucho”. “Me siento irritable a veces”.
	¿Ha sentido que esta experiencia afecta su equilibrio emocional?	1. Momentos de desesperanza y agotamiento emocional. 2. Necesidad de buscar calma y estrategias de afrontamiento. 3. Reconocimiento de la importancia del autocuidado emocional.	“A veces me siento al límite y quiero rendirme”. “Trato de mantener la calma para ellos”. “He aprendido que debo cuidar mi mente para poder ayudar mejor”.
DIMENSIÓN 4: Calidad de vida percibida	¿Cómo describiría su calidad de vida en este momento?	1. Percepción de calidad de vida limitada por la carga del cuidado.	“Mi vida social casi no existe”. “He dejado mis hobbies para dedicarme al cuidado”.

		2. Sacrificio de actividades sociales y recreativas.	“Me siento mejor cuando puedo descansar o salir un rato”.
		3. Valoran los momentos de descanso y apoyo familiar.	
	¿Qué factores cree que más la afectan positiva o negativamente?	1. Falta de apoyo social y familiar.	“No tengo mucha ayuda de la familia”.
		2. Limitaciones económicas y de tiempo.	“El dinero es un problema para atender todas sus necesidades”.
		3. Momentos de satisfacción al ver avances en el cuidado.	“Me alegra cuando veo que progresa, aunque sea poco”.
	¿Qué cosas le generan alivio, bienestar o satisfacción actualmente?	1. Actividades recreativas con la persona cuidada.	“Ver una película juntos me hace feliz”.
		2. Apoyo emocional de familiares o grupos.	“Hablar con otras cuidadoras me ayuda mucho”.
		3. Espacios para el descanso personal.	“Cuando puedo descansar, me siento renovada”.
DIMENSIÓN 5:			
Apoyos y redes disponibles	¿Con qué apoyos cuenta actualmente (familiares, amigos, servicios)?	1. Apoyo limitado de familiares cercanos.	“Mi hijo me ayuda, pero está muy ocupado”.
		2. Acceso irregular a servicios de salud.	“Voy al médico cuando puedo, pero es difícil”.

	¿Considera que esos apoyos son suficientes?	3. Algunos reciben apoyo puntual de vecinos o amigos. 1. Sienten que no es suficiente para cubrir sus necesidades. 2. Falta de programas de respiro o apoyo emocional. 3. Desean más acompañamiento institucional.	“Un vecino me da una mano a veces”. “Necesito más ayuda para descansar”. “No hay programas para cuidadores aquí”. “Sería bueno tener alguien que me escuche y apoye”.
	¿Qué tipo de ayuda le gustaría recibir que actualmente no tiene?	1. Centros de respiro o descanso temporal. 2. Apoyo psicológico profesional. 3. Talleres o grupos de apoyo para cuidadores.	“Quisiera un lugar donde dejarlo unas horas para descansar”. “Me gustaría recibir terapia para manejar el estrés”. “Sería útil participar en grupos con otros cuidadores”.
DIMENSIÓN 6:			
Sentido personal del cuidado	¿Qué ha significado para usted cuidar a esta persona?	1. Acto de amor y compromiso profundo. 2. Experiencia transformadora y enriquecedora. 3. Fuente de aprendizaje y crecimiento personal.	“Cuidar es la forma más pura de amor que conozco”. “Ha cambiado mi vida para bien, aunque es difícil”. “Aprendí a ser más paciente y fuerte”.

	¿Ha cambiado su forma de ver la vida o a sí mismo/a desde que comenzó a cuidar?	1. Mayor resiliencia y paciencia. 2. Valoración de las pequeñas cosas y momentos. 3. Revalorización del tiempo y las relaciones personales.	“Soy más paciente y fuerte ahora”. “Aprendí a valorar lo simple y lo esencial”. “Entendí que el tiempo con ellos es lo más importante”.
	¿Qué ha aprendido o resignificado a partir de esta experiencia?	1. El cuidado como una oportunidad de crecimiento personal. 2. La importancia del apoyo mutuo y la empatía. 3. El rol de cuidador como parte central de su identidad.	“He crecido mucho como persona”. “Comprendí que no estamos solos, que el apoyo es vital”. “Ser cuidadora ahora es parte de quién soy”.
Pregunta final abierta	¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre su experiencia como cuidador/a que no se haya mencionado en esta entrevista?	1. Necesidad de mayor reconocimiento social y apoyo institucional. 2. Dificultades para conciliar su vida personal con el cuidado. 3. Deseo de visibilizar el trabajo no remunerado de los cuidadores.	“Nos gustaría que el esfuerzo de los cuidadores sea más reconocido”. “A veces siento que sacrifico toda mi vida por el cuidado”. “Es importante que se visibilice nuestro trabajo y que haya más apoyo”.

Nota. Se muestran las respuestas sintetizadas de las entrevistas realizadas en el Centro de Salud A IEES Los Esteros. Fuente: Cuidadores del Centro de Salud A IEES Los Esteros.

Análisis y discusión - Centro de Salud A: IESS Los Esteros

De acuerdo a los resultados tomados de la entrevista realizada a los cuidadores del Centro de Salud A: IESS Los Esteros, en la **Dimensión 1: Contexto del rol de cuidado**, los cuidadores entrevistados indicaron que asumen su rol principalmente en base a vínculos familiares estrechos como cónyuges y hermanos, siendo el inicio del cuidado progresivo o abrupto según la evolución de la enfermedad; este hallazgo coincide con lo descrito por Jordán *et al.*, (2021), quien indica que el compromiso emocional es el principal motor para asumir y sostener el rol de cuidador informal. De esta manera, el cambio de prioridades y la adaptación a nuevas rutinas evidencian una transformación en la vida cotidiana de los cuidadores.

En la **Dimensión 2: Carga cotidiana y emocional**, se identifica una rutina absorbente centrada en las necesidades del ser cuidado, lo que limita drásticamente el tiempo personal. De acuerdo con Frausto *et al.*, (2021), los cuidadores informales suelen experimentar una sobrecarga emocional debido al esfuerzo constante, la incertidumbre sobre el futuro y el deterioro del familiar. No obstante, el amor y la esperanza surgen como factores protectores que sostienen la motivación. La frustración y la tristeza son emociones frecuentes, principalmente ante la pérdida progresiva de autonomía del ser cuidado.

En cuanto a la **Dimensión 3: Impacto en la salud física y mental**, las entrevistas revelan un deterioro evidente en la salud de los cuidadores, manifestado en insomnio, dolores musculares y altos niveles de estrés. Morales (2021) menciona que, la carga continua del cuidado sin apoyos adecuados puede causar síntomas físicos y emocionales que afectan la funcionalidad del cuidador. Igualmente, la falta de descanso y los cambios de humor son indicativos de agotamiento crónico, exacerbado por la ausencia de redes de contención; esta dimensión refleja

la necesidad de incorporar el autocuidado como parte del proceso de acompañamiento al cuidador.

En la **Dimensión 4: Calidad de vida** percibida, los cuidadores reportan una calidad de vida disminuida, afectada por el aislamiento social, el abandono de actividades personales y la sobrecarga. Según Gross *et al.*, (2021) los cuidadores experimentan una reducción significativa de su bienestar cuando no cuentan con apoyos suficientes ni tiempos de respiro, aún así, pequeños momentos de descanso o interacción positiva con la persona cuidada son valorados como fuentes de bienestar. Por ende, las limitaciones económicas y la falta de apoyo familiar dificultan esta percepción, ocasionando un sentimiento de desprotección.

Respecto a la **Dimensión 5: Apoyos y redes disponibles**, los testimonios indican un acceso limitado a apoyos formales e informales, con una dependencia parcial de familiares y una escasa presencia de servicios institucionales. En esta misma línea, Schetsche (2021) menciona que, la debilidad de las redes de apoyo incrementa la vulnerabilidad del cuidador, dificultando el manejo del estrés y la planificación del tiempo. Además, indica la necesidad de espacios de respiro, acompañamiento psicológico y redes de cuidadores; esta carencia estructural favorece la sensación de estar solos frente a una tarea de alta exigencia.

En la **Dimensión 6: Sentido personal del cuidado**, se revela que, aún con las dificultades, los cuidadores resignifican su experiencia como un acto de amor, compromiso y crecimiento personal. Para García *et al.*, (2022) el cuidado puede convertirse en una fuente de transformación identitaria, desarrollando aprendizajes respecto la empatía, la paciencia y la fortaleza interior. Los cuidadores indican haber cambiado su visión de la vida, valorando más el presente y las relaciones; esta resignificación les permite sostener el esfuerzo cotidiano y encontrar sentido en medio del sacrificio.

Tabla 12 Entrevista – Centro de Salud Tipo C Manta

Dimensión / Categoría	Preguntas	Resumen de respuestas	Citas representativas (verbatim)
DIMENSIÓN 1: Contexto del rol de cuidado	¿Podría contarme brevemente sobre a quién cuida y desde cuándo?	1. Cuidan a cónyuges con enfermedades crónicas desde hace varios años. 2. Algunos comenzaron tras diagnóstico inesperado. 3. Otros cuidan a padres con dependencia física creciente.	“Cuido a mi esposo desde que fue diagnosticado con diabetes hace cinco años”. “Nunca imaginé que tendría que hacer esto tan rápido”. “Mi mamá ahora necesita ayuda para todo y la cuido desde hace tres años”.
	¿Cómo asumió el rol de cuidador/a?	1. Asumieron el rol por compromiso matrimonial o familiar. 2. Algunos lo ven como una responsabilidad natural. 3. Otros experimentaron sentimientos de incertidumbre al inicio.	“Es un compromiso con mi esposo, no lo podía dejar solo”. “Es natural cuidar a un familiar cercano”. “Al principio sentí miedo y dudas”.
	¿Qué implica para usted ser cuidador/a de esta persona?	1. Ajustar su vida personal para priorizar el cuidado. 2. Sacrificio de tiempo y oportunidades. 3. Vivir con preocupación constante por la salud del otro.	“Tuve que dejar muchos planes por cuidarlo”. “Dedico la mayor parte del día a sus cuidados”. “Estoy siempre pendiente de sus síntomas”.

DIMENSIÓN 2: Carga cotidiana y emocional	¿Cómo es un día típico para usted como cuidador/a?	1. Actividades de asistencia para movilidad y administración de medicamentos. 2. Poco tiempo para descanso o recreación. 3. Alternancia entre cuidados físicos y atención emocional.	“Lo ayudo a levantarse, le doy sus medicinas y lo acompaño”. “No tengo casi tiempo para mí”. “Intento darle ánimo, aunque a veces él se desanima”.
	¿Qué aspectos del cuidado le resultan más difíciles o agotadores?	1. Movilizar a la persona con dificultad física. 2. Lidar con cambios de humor y estados emocionales bajos. 3. Manejar la incertidumbre del pronóstico.	“Moverlo es muy agotador físicamente”. “Los cambios de ánimo son difíciles de manejar”. “No sé qué esperar del futuro”.
	¿Qué emociones experimenta con más frecuencia cuando cuida?	1. Ansiedad y preocupación constante. 2. Amor y esperanza para mejorías. 3. Cansancio emocional y sensación de soledad.	“Estoy ansiosa todo el tiempo”. “Lo hago con mucho amor y esperanza”. “A veces me siento sola y agotada”.
	¿Cómo ha afectado esta responsabilidad a su	1. Fatiga crónica y dolores musculares.	“Me duele la espalda y los brazos por cargarlo”.

DIMENSIÓN 3: Impacto en la salud física y mental	salud física, descanso o energía?	2. Problemas para dormir por las atenciones nocturnas. 3. Baja energía para otras actividades.	“Duermo poco, me levanto varias veces en la noche”. “No tengo energía para hacer otras cosas”.
	¿Ha notado cambios en su estado de ánimo, nivel de estrés o calidad del sueño?	1. Mayor irritabilidad y estrés diario. 2. Tristeza y ansiedad frecuentes. 3. Dificultad para relajarse o desconectarse.	“Estoy más irritable con mis hijos”. “Me siento triste la mayor parte del tiempo”. “No logro desconectarme del cuidado”.
	¿Ha sentido que esta experiencia afecta su equilibrio emocional?	1. Síntomas claros de agotamiento emocional. 2. Necesidad de espacios para su bienestar. 3. Búsqueda de apoyo psicológico o espiritual.	“Estoy agotada emocionalmente”. “Necesito tiempo para mí”. “He buscado apoyo en la iglesia y terapia”.
DIMENSIÓN 4: Calidad de vida percibida	¿Cómo describiría su calidad de vida en este momento?	1. Calidad de vida reducida por las demandas del cuidado. 2. Limitación en actividades sociales y personales.	“Mi calidad de vida es baja, siento que he perdido muchas cosas”. “No salgo ni me divierto como antes”.

	¿Qué factores cree que más la afectan positiva o negativamente?	3. Momentos de satisfacción cuando hay progreso. 1. Falta de tiempo personal y apoyo familiar limitado. 2. Estrés por condiciones económicas. 3. Apoyo emocional de algunos amigos.	“Cuando mejora un poco, me siento feliz”. “No tengo tiempo para mí, y la familia no ayuda mucho”. “El dinero es un problema constante”. “Algunos amigos me escuchan y eso ayuda”.
	¿Qué cosas le generan alivio, bienestar o satisfacción actualmente?	1. Momentos de calma y cariño con la persona cuidada. 2. Breves descansos o actividades recreativas. 3. Palabras de apoyo y agradecimiento.	“Cuando me sonrío, siento alivio”. “Salir a caminar me ayuda a despejarme”. “Que me agradezcan me motiva”.
DIMENSIÓN 5:			
Apoyos y redes disponibles	¿Con qué apoyos cuenta actualmente (familiares, amigos, servicios)?	1. Apoyo limitado de familiares cercanos. 2. Algunos servicios básicos de salud accesibles. 3. Falta de redes formales de apoyo para cuidadores.	“Solo mi hermana me ayuda un poco”. “Tenemos acceso a la clínica local”. “No conozco grupos de apoyo para cuidadores”.

	¿Considera que esos apoyos son suficientes?	1. No, consideran que el apoyo es insuficiente. 2. Falta de espacios para descanso y formación. 3. Desean más acompañamiento psicológico.	“No es suficiente, necesito más ayuda”. “Me gustaría tener un lugar para descansar”. “Sería bueno tener terapia para cuidadores”.
	¿Qué tipo de ayuda le gustaría recibir que actualmente no tiene?	1. Programas de respiro y capacitación. 2. Apoyo económico para cubrir gastos. 3. Servicios de acompañamiento psicológico y social.	“Quisiera que existieran programas para descansar”. “Necesito ayuda para los gastos médicos”. “Me gustaría contar con un psicólogo”.
DIMENSIÓN 6:			
Sentido personal del cuidado	¿Qué ha significado para usted cuidar a esta persona?	1. Un compromiso de amor y responsabilidad. 2. Una experiencia que ha fortalecido valores personales. 3. Un proceso de aprendizaje y transformación.	“Es un acto de amor que acepté con todo el corazón”. “Me ha hecho más fuerte y paciente”. “He aprendido mucho sobre mí misma”.
	¿Ha cambiado su forma de ver la vida o a sí	1. Mayor empatía y resiliencia.	“Ahora soy más comprensiva con los demás”.

	mismo/a desde que comenzó a cuidar?	2. Valorar más la vida y las relaciones. 3. Reconocer la importancia del autocuidado.	“Valoro más cada instante”. “He entendido que debo cuidar también de mí”.
	¿Qué ha aprendido o resignificado a partir de esta experiencia?	1. El valor del apoyo mutuo y la solidaridad. 2. La importancia de la paciencia y la fortaleza. 3. El cuidado como una parte esencial de la vida.	“He aprendido que no estoy sola en esto”. “La paciencia es fundamental”. “Cuidar es parte de mi vida ahora”.
Pregunta final abierta	¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre su experiencia como cuidador/a que no se haya mencionado en esta entrevista?	1. Necesidad de reconocimiento social y mayor visibilidad del rol. 2. Dificultades para mantener la salud propia. 3. Deseo de más programas y apoyo institucional.	“Nos falta reconocimiento como cuidadores”. “Es difícil cuidar y no descuidar mi salud”. “Ojalá hubiera más programas para nosotros”.

Nota. Se muestran las respuestas sintetizadas de las entrevistas realizadas en el Centro de Salud Tipo C Manta. Fuente: Cuidadores del Centro de Salud Tipo C Manta.

Análisis y discusión - Centro de Salud Tipo C Manta

Los resultados tomados de la entrevista aplicada a los cuidadores del Centro de Salud Tipo C Manta, en la **Dimensión 1: Contexto del rol de cuidado**, indican que el rol de cuidado aparece como una respuesta rápida a un evento disruptivo, como el diagnóstico inesperado o el avance de enfermedades crónicas. Aunque el inicio se caracteriza por la incertidumbre, los cuidadores forman rápidamente una lógica de responsabilidad basada en el compromiso familiar. Como plantea Guato *et al.*, (2022), este tipo de cuidados surgen en contextos donde el Estado no garantiza apoyos formales suficientes, reforzando la cultura del cuidado familiar como solución obligada. Por ende, los cuidadores reorganizan sus vidas en torno a las demandas del otro.

Respecto a la **Dimensión 2: Carga cotidiana y emocional**, los cuidadores enfrentan rutinas intensas que juntan tareas físicas (como movilización y medicación) con un sostén emocional constante hacia el enfermo; este patrón como lo menciona Ortega *et al.*, (2022), al destacar que la doble carga del cuidado (física y afectiva) impacta en el bienestar del cuidador, donde la ausencia de descansos regulares y la falta de apoyo pueden causar sentimientos de agotamiento, ansiedad y aislamiento. No obstante, el amor y la esperanza continúan funcionando como fuerzas motivadoras que sostienen el compromiso. En este sentido, el desgaste físico y emocional de esta rutina se transforma en una constante que afecta regularmente el equilibrio personal.

En la **Dimensión 3: Impacto en la salud física y mental**, las consecuencias del cuidado prolongado son evidentes en trastornos físicos (dolores crónicos, fatiga) y emocionales (estrés, tristeza). Según Fouilloux *et al.*, (2021) los cuidadores desarrollan una sintomatología compatible con el síndrome de sobrecarga, que perjudica su funcionalidad y calidad de vida, resaltando trastornos del sueño, irritabilidad y la necesidad de apoyo psicológico. Además, la falta de momentos de desconexión perpetúa un ciclo de desgaste difícil de romper sin

intervención externa; este impacto también ha llevado a una mayor conciencia en cuanto a la importancia del autocuidado.

Respecto a la **Dimensión 4: Calidad de vida percibida**, los cuidadores indican una calidad de vida marcada por un desequilibrio entre las demandas del cuidado y sus propias necesidades, con limitaciones severas para el esparcimiento y la vida social. García *et al.*, (2021) menciona que, los cuidadores de larga duración suelen reportar niveles bajos de satisfacción vital, principalmente cuando carecen de redes de apoyo sólidas. Sin embargo, algunos hallazgos indican momentos de satisfacción vinculados al afecto del ser cuidado o al reconocimiento simbólico, donde los cuidadores a pesar del agotamiento encuentran alivio en pequeños gestos o pausas; esta visión muestra que existen recursos emocionales para mantener la tarea.

En la **Dimensión 5: Apoyos y redes disponibles**, la red de apoyo de los cuidadores es frágil, centrada en uno o dos familiares y con escasa vinculación con servicios institucionales especializados. Como indica Rivera *et al.*, (2021), la informalidad del cuidado en América Latina genera una doble invisibilidad: la del trabajo no remunerado y la de la falta de políticas públicas dirigidas a los cuidadores. Asimismo, las personas entrevistadas expresan el deseo de contar con programas de respiro, apoyo económico y acompañamiento psicológico, donde la falta de grupos de cuidadores o espacios comunitarios perpetúa la sensación de aislamiento.

En cuanto a la **Dimensión 6: Sentido personal del cuidado**, para muchos cuidadores, esta experiencia ha supuesto una transformación de su visión del mundo, desarrollando empatía, paciencia y fortaleza interior. García *et al.*, (2022) indica que, el cuidado puede convertirse en una práctica que redefine la identidad del cuidador, otorgándole nuevos sentidos a la vida y a las relaciones interpersonales; este proceso no elimina el sufrimiento, pero permite resignificarlo. En efecto, reconocen la necesidad de incluir su propio bienestar en la ecuación del cuidado.

Tabla 13 Entrevista – Centro Médico Santana

Dimensión / Categoría	Preguntas	Resumen de respuestas	Citas representativas (verbatim)
DIMENSIÓN 1: Contexto del rol de cuidado	¿Podría contarme brevemente sobre a quién cuida y desde cuándo?	1. Cuidan a padres mayores con enfermedades degenerativas desde 3 a 10 años. 2. Algunos iniciaron el cuidado por accidente o deterioro súbito. 3. Otros cuidan a hijos con discapacidad desde su nacimiento.	“Cuido a mi padre desde que sufrió un infarto hace siete años”. “Empecé de inmediato cuando mi mamá tuvo un accidente”. “Mi hijo tiene discapacidad desde bebé y siempre he estado a su lado”.
	¿Cómo asumió el rol de cuidador/a?	1. Asumieron el rol con sentido de obligación familiar. 2. Rol asumido como un acto de amor y deber. 3. Algunos lo asumieron sin preparación previa.	“Fue una responsabilidad que no esperaba, pero debía hacerlo”. “Lo hago por amor y respeto”. “No sabía mucho al principio, tuve que aprender sobre la marcha”.
	¿Qué implica para usted ser cuidador/a de esta persona?	1. Cambios en la rutina y sacrificio personal. 2. Alta dedicación y paciencia constante. 3. Sentimiento de compromiso y preocupación constante.	“Mi vida giró completamente alrededor de su cuidado”. “Se necesita mucha paciencia y dedicación”. “Me preocupa su bienestar todo el tiempo”.

DIMENSIÓN 2: Carga cotidiana y emocional	¿Cómo es un día típico para usted como cuidador/a?	1. Actividades relacionadas con higiene, alimentación y medicación. 2. Poco tiempo para descanso personal. 3. Días con múltiples responsabilidades y tareas imprevistas.	“Le doy de comer, lo baño y administro sus medicamentos”. “Casi no tengo tiempo para mí misma”. “Cada día es diferente y siempre hay algo que hacer”.
	¿Qué aspectos del cuidado le resultan más difíciles o agotadores?	1. Manejar la dependencia total de la persona cuidada. 2. Dificultades para atender emergencias. 3. Fatiga física y mental por la sobrecarga.	“Lo más duro es que no puede hacer nada solo”. “Cuando hay emergencias me siento muy abrumada”. “Me canso mucho, física y emocionalmente”.
	¿Qué emociones experimenta con más frecuencia cuando cuida?	1. Preocupación constante. 2. Amor y esperanza por la recuperación o estabilidad. 3. Momentos de tristeza y frustración.	“Estoy siempre preocupada por su salud”. “Lo hago con mucho amor y esperanza”. “A veces me siento triste y frustrada”.

DIMENSIÓN 3: Impacto en la salud física y mental	¿Cómo ha afectado esta responsabilidad a su salud física, descanso o energía?	1. Problemas de sueño y cansancio crónico. 2. Dolencias físicas por esfuerzo repetido. 3. Poca atención a su propia salud.	“Duermo pocas horas porque estoy pendiente”. “Mi espalda me duele por cargarlo”. “No voy al médico por falta de tiempo”.
	¿Ha notado cambios en su estado de ánimo, nivel de estrés o calidad del sueño?	1. Mayor irritabilidad y estrés. 2. Dificultad para descansar adecuadamente. 3. Episodios de ansiedad frecuentes.	“Estoy más irritable con la familia”. “Duermo poco y mal”. “Me siento ansiosa con frecuencia”.
	¿Ha sentido que esta experiencia afecta su equilibrio emocional?	1. Síntomas de agotamiento emocional. 2. Necesidad de buscar apoyo para mantener el equilibrio. 3. Reconocimiento del cuidado emocional propio como clave.	“Me siento emocionalmente agotada”. “Necesito apoyo para no derrumbarme”. “Entendí que debo cuidar también de mí”.
DIMENSIÓN 4: Calidad de vida percibida	¿Cómo describiría su calidad de vida en este momento?	1. Calidad de vida disminuida por las exigencias del cuidado.	“Mi calidad de vida está bastante limitada”.
		2. Renuncias sociales y recreativas.	“He dejado muchas cosas por cuidar”.
		3. Momentos de alegría cuando ve avances o reconocimiento.	

	¿Qué factores cree que más la afectan positiva o negativamente?	1. Falta de apoyo familiar constante. 2. Presión económica para cubrir gastos médicos. 3. Valoración de pequeños momentos de descanso.	“Me alegra cuando veo que mejoran, aunque poco”. “La familia no siempre me apoya”. “Los gastos son muy altos y estresantes”. “Cuando descanso un poco, me siento mejor”.
	¿Qué cosas le generan alivio, bienestar o satisfacción actualmente?	1. Momentos de tranquilidad con la persona cuidada. 2. Pequeñas actividades recreativas. 3. Apoyo de amigos y profesionales.	“Cuando está tranquilo, yo también lo estoy”. “Me gusta escuchar música para relajarme”. “La ayuda de la enfermera me da esperanza”.
DIMENSIÓN 5: Apoyos y redes disponibles	¿Con qué apoyos cuenta actualmente (familiares, amigos, servicios)?	1. Apoyo esporádico de familiares. 2. Algunos cuentan con servicios básicos de salud. 3. Red de apoyo social limitada.	“Mi hermana me ayuda de vez en cuando”. “Solo tenemos acceso a consultas médicas básicas”. “No conozco otros cuidadores con quienes compartir”.

	¿Considera que esos apoyos son suficientes?	1. No, sienten que es insuficiente. 2. Falta de programas específicos para cuidadores. 3. Desean mayor acompañamiento psicológico.	“No es suficiente, siempre estoy sola”. “No hay apoyo para personas como yo”. “Me gustaría que hubiera terapia para cuidadores.
	¿Qué tipo de ayuda le gustaría recibir que actualmente no tiene?	1. Programas de respiro y descanso. 2. Talleres de formación y autocuidado. 3. Mayor apoyo económico y emocional.	“Necesito tiempo para descansar”. “Quisiera aprender mejores técnicas de cuidado”. “Un apoyo económico sería de gran ayuda”.
DIMENSIÓN 6:			
Sentido personal del cuidado	¿Qué ha significado para usted cuidar a esta persona?	1. Un acto de amor y entrega total. 2. Una experiencia que cambió su forma de ver la vida. 3. Un aprendizaje constante sobre paciencia y fortaleza.	“Cuidar es una forma de demostrar amor”. “Me ha cambiado la vida para siempre”. “He aprendido a ser más fuerte y paciente”.
	¿Ha cambiado su forma de ver la vida o a sí	1. Mayor madurez y resiliencia. 2. Aprecio por las pequeñas cosas.	“Ahora soy más madura y fuerte”. “Valoro cada pequeño momento feliz”.

	mismo/a desde que comenzó a cuidar? ¿Qué ha aprendido o resignificado a partir de esta experiencia?	3. Revalorización del tiempo y relaciones personales. 1. La importancia del apoyo mutuo y la empatía. 2. El cuidado como parte esencial de su identidad. 3. Crecimiento personal a través del sacrificio.	“El tiempo con mi familiar es lo más importante”. “He entendido que no estamos solos”. “El cuidado forma parte de quién soy”. “He crecido mucho con esta experiencia”.
Pregunta final abierta	¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre su experiencia como cuidador/a que no se haya mencionado en esta entrevista?	1. Necesidad de mayor reconocimiento social del rol de cuidador. 2. Dificultades para equilibrar vida personal y cuidado. 3. Deseo de mayor apoyo institucional.	“Nos falta reconocimiento como cuidadores”. “Es difícil mantener mi vida aparte del cuidado”. “Ojalá existieran más programas de apoyo”.

Nota. Se muestran las respuestas sintetizadas de las entrevistas realizadas en el Centro de Salud Tipo C Manta. Fuente: Cuidadores del Centro Médico Santana.

Análisis y discusión - Centro Médico Santana

En la **Dimensión 1: Contexto del rol de cuidado**, los testimonios del Centro Médico Santana revelan una trayectoria de larga duración y compromiso sostenido, en especial hacia padres e hijos con dependencia severa. Para Álvarez *et al.*, (2024) el rol de cuidador familiar surge como una obligación moral y afectiva, incluso sin preparación previa, lo que también se observa aquí; esta falta de formación inicial aparece como un elemento común, pero se acompaña de una fuerte disposición emocional que legitima la entrega. Por ende, que varios cuidadores inicien esta labor tras eventos súbitos, como infartos o accidentes, revela una irrupción inesperada del cuidado que transforma radicalmente la vida cotidiana.

En lo que respecta a la **Dimensión 2: Carga cotidiana y emocional**, los relatos resaltan la exigencia continua y física del cuidado diario, con escaso margen para la autorregulación o descanso. Según Pinedo (2024), este tipo de sobrecarga emocional y física, cuando se prolonga, causa lo que se conoce como “síndrome del cuidador”, caracterizado por fatiga mental, agotamiento crónico y aislamiento. En el Centro Médico Santana este fenómeno es palpable cuando los cuidadores reportan jornadas extenuantes y sentimientos de frustración, aún sostenidos por el afecto, donde la tensión emocional no anula el vínculo, pero sí erosiona el bienestar del cuidador.

De igual manera, la **Dimensión 3: Impacto en la salud física y mental** revela deterioros físicos concretos (dolor de espalda, insomnio), así como indicadores de estrés y ansiedad elevados. Conde *et al.*, (2022) señala que el desgaste en cuidadores se expresa no solo en lo físico, sino en la pérdida de hábitos de cuidado personal, lo cual resuena con los relatos de quienes evitan consultas médicas por falta de tiempo; esto indica una inversión total en el otro, en deterioro del

propio cuerpo y mente, lo que acentúa el desequilibrio emocional mencionado en la dimensión anterior.

En la **Dimensión 4: Calidad de vida percibida**, se refuerza la narrativa de sacrificio, donde el bienestar queda relegado por la intensidad del cuidado. No obstante, pequeños espacios de tranquilidad, avances en la salud del familiar o palabras de reconocimiento parecen brindar momentos de compensación. De acuerdo con Márquez (2024), los cuidadores encuentran alivio incluso en breves pausas o signos de mejora del paciente, lo cual ayuda a conservar su compromiso. Por ende, esta dimensión conecta directamente con el desgaste emocional anterior y además busca sentido y gratificación, por mínima que sea.

En cuanto a la **Dimensión 5: Apoyos y redes disponibles**, se percibe una situación de aislamiento social y débil infraestructura institucional para los cuidadores, donde las necesidades expresadas apuntan a apoyo material y emocional y formativo. De esta forma, García *et al.*, (2022) indica que los programas de respiro y capacitación son imprescindibles para conservar la salud del cuidador, algo que en el Centro Médico Santana no es tan notorio; esta carencia enlaza el deterioro físico y emocional de las dimensiones previas, y limita la posibilidad de sostener el rol en el tiempo.

Por último, la **Dimensión 6: Sentido personal del cuidado** muestra que, los cuidadores del Centro Médico Santana expresan que esta experiencia los ha transformado, haciéndolos más resilientes, empáticos y conscientes del valor de las relaciones interpersonales. En palabras de Santos *et al.*, (2021), cuidar también puede ser una práctica ética y política que redefine el modo en que una persona se entiende a sí misma en el mundo; esto conecta con la primera dimensión, cerrando el ciclo entre el inicio abrupto del rol y su incorporación como parte importante de la identidad personal.

Conclusiones

Se identificaron múltiples factores que influyen en la salud mental de los cuidadores, entre ellos destacan: la ausencia de apoyo institucional y familiar constante, la presión económica, la escasez de tiempo personal, la sobrecarga física por las tareas del cuidado y la falta de espacios de respiro o autocuidado. Además, la experiencia se ve condicionada por la duración del cuidado, el tipo de dependencia del familiar y los recursos disponibles.

Se determinó que las principales afectaciones a la salud mental incluyen síntomas de ansiedad, agotamiento emocional, irritabilidad, trastornos del sueño y signos de aislamiento social. Varios cuidadores expresaron sentir frustración, tristeza y sensación de estar emocionalmente al límite; estas manifestaciones, comunes en los tres centros, revelan un patrón de sobrecarga crónica que amenaza tanto el bienestar psíquico como la funcionalidad cotidiana de quienes cuidan, principalmente cuando no cuentan con una red de apoyo sólida.

Se pudo evaluar mediante estadística descriptiva, la calidad de vida de los cuidadores provenientes de dos centros de atención a la salud públicos y uno bajo el sistema privado, con resultados tendientes, a que la mayor parte de los participantes de las tres instituciones de salud, asumieron una percepción de un nivel medio de calidad de vida global, si bien, reportaron diferencias en el nivel de distribución de la sobrecarga total., algo similar ocurrió en la correlación entre las variables de ambos instrumentos (ZARIT y Test calidad de vida global), lo que aportó con la comprensión de que, a mayor sobrecarga reportada, menor es la percepción de calidad de vida del cuidador, ya que, aunque la sobrecarga se inclinó de manera general hacia el nivel leve, es en el sector público, donde se observó ligeras diferencias hacia la sobrecarga intensa o severa. Estos resultados demostraron la necesidad de trabajar en alternativas preventivas y fortalecimiento de programas de apoyo del cuidador.

Recomendaciones

Se recomienda diseñar programas institucionales de apoyo psicosocial y formación para cuidadores, que incluyan atención psicológica gratuita, espacios de contención emocional, talleres de autocuidado y manejo del estrés, así como capacitaciones prácticas sobre el cuidado de personas con dependencia; esto podría ayudar a disminuir el agotamiento emocional y mejorar la capacidad de afrontamiento de los cuidadores.

Se sugiere diseñar políticas públicas locales que reconozcan formalmente el rol del cuidador informal, incluyendo incentivos económicos, programas de respiro (descanso temporal), acceso preferente a servicios de salud y redes comunitarias de apoyo; estas medidas podrían ayudar a aliviar la carga estructural del cuidado y fomentar una mejor calidad de vida y salud mental en este grupo vulnerable.

Se recomienda a las instituciones de salud, sean públicas o privadas, ejecutar programas orientados a la educación preventiva, apoyo psicológico, capacitaciones, áreas de autocuidado y relajación enfocados en los cuidadores de personas vulnerables o dependientes.

Propuesta de intervención

“Programa psicosocial para la promoción y prevención de la salud mental en cuidadores en centros de atención de Manta”

Lugar	Centros de atención de Manta
Responsables	Profesionales responsables en cada centro de atención
Dirigido a	Cuidadores

Plan de acción: La estrategia contempla tres fases (planificación, ejecución y evaluación). Se enfoca en reducir la sobrecarga del cuidador, fortalecer la resiliencia y el autocuidado, y mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico de los cuidadores informales.

Objetivos	Método	Instrumento/ recursos	Responsables
Prevenir y reducir la sobrecarga emocional y síntomas asociados en los cuidadores	- Entrevistas iniciales para diagnóstico. - Círculos de diálogo grupal semanales.	- Aplicación de Escala de Sobrecarga de Zarit. - WHOQOL-BREF (calidad de vida). - Hojas, lápices, espacio comunitario.	Psicólogos facilitadores
Fomentar estrategias de afrontamiento y autocuidado en los cuidadores	- Talleres de psicoeducación: “Autocuidado y manejo del estrés en el rol de cuidador”. - Técnicas de reestructuración cognitiva y relajación. - Dinámicas de resiliencia y apoyo mutuo.	- Proyector, material audiovisual. - Guías impresas.	Psicólogos facilitadores
Fortalecer las redes de apoyo social y disminuir el aislamiento del cuidador	- Formación de grupos de apoyo entre cuidadores. - Actividades grupales de expresión artística y narrativa de experiencias.	- Cartulinas, marcadores, instrumentos artísticos. - Refrigerios.	Psicólogos facilitadores
Evaluar el impacto de la intervención	- Reaplicación de Escala de Zarit y WHOQOL-BREF. - Entrevistas de retroalimentación. - Sistematización de resultados.	- Fichas de evaluación. - Grabadora / celular.	Psicólogos facilitadores

Nota. Se muestra Plan de Intervención elaborado por las autoras a partir de los resultados de la investigación de los Cuidadores en los Centros de Atención de Manta. Fuente: Shirley Navia y Camila Ortiz.

Bibliografía

- Aguilar, L. V., Peña, M. Z., y Ponce, G. C. (2012). Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes. *Enfermería Global*, 11(3).
- Alva, R. Á., y Morales, P. K. (2017). *Salud pública y medicina preventiva*. Editorial El Manual Moderno.
- Álvarez González, J., Ayuso Fernández, A., Caba Barrientos, F., Caraballo Daza, M., Cosano Prieto, I., Criado de Reyna, J. S., ... y Zamora Navas, P. (2010). *Plan andaluz de atención a las personas con dolor: 2010-2013*.
- Álvarez, G., Maza, N., & Requelme, M. (2024). Significado de cuidado al adulto mayor: percepción del cuidador informal. *Revista InveCom*, 4(2), e040226.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.10574106>
- American Psychological Association. (2019). *Caregiving: Evidence-Based Practices*.
<https://www.apa.org/>
- Anaya-Velasco, A. (2017). Factores psicosociales, intervención y gestión integral en organizaciones: Revisión sistemática. *SCIELO México*.
- Ardila, R. (2017). Calidad de vida y psicología positiva: Un enfoque integral. *Journal of Positive Psychology*.
- Blanco, A. (1988). *Psicología comunitaria: Introducción a la psicología comunitaria*. Siglo XXI.
- Bocchi, S. C. M. (2004). Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): Análise do conhecimento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 115–121.

- Bresó, E. (2008). Taller: “Del burnout al engagement”. Sistema de Estudios de Posgrado, Universidad de Costa Rica.
- Brickman, P., & Campbell, D. T. (1971). Hedonic relativism and planning the good society. En M. H. Appley (Ed.), *Adaptation-level theory: A symposium* (pp. 287–302). Academic Press.
- Cantillo-Medina, C. P., Perdomo-Romero, A. Y., & Ramírez-Perdomo, C. A. (2022). Características y experiencias de los cuidadores familiares en el contexto de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 39, 185-192.
- Cárdenas, D. (2022). Síndrome de sobrecarga y calidad de vida del cuidador de pacientes con discapacidad en el primer nivel de atención. *Polo de conocimientos*, 7(1)702-717.
doi:DOI: 10.23857/pc.v7i1.3504
- Chango, M. V., Yeisy, C., & Guarate, C. (2021). Sobrecarga del cuidador de adultos mayores dependientes. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(6)31-73.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i6.1315 p13173
- Chappell, N. L., & Reid, R. C. (2002). Burden and well-being among caregivers: Examining the distinction. *The Gerontologist*, 42(6), 772–780.
- Conde, E., López, C., & Velasco, P. (2022). Relación entre la Actividad Física e Indicadores de Salud Mental. *Acta de investigación psicológica*, 12(2), 106-119.
<https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2022.2.452>
- Díaz, L. (2019). Calidad de vida y bienestar subjetivo en contextos de salud mental. *Journal of Health and Quality of Life Outcomes*.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34–43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>

- DISCAPNET. (2021). *El cuidador: concepto y perfil*. <https://www.discapnet.es/areas-tematicas/canal-senior/el-cuidador/cuidado-del-cuidador/concepto-y-perfi>
- Dolan, S., García, S., & Díez, M. (2005). *Autoestima, estrés y trabajo*. McGraw-Hill.
- Dolan, S., Martín, I., & Soto, E. (2004). *Los 10 mandamientos para la dirección de personas*. Editorial Gestión 2000.
- Dolan, S., Valle, R., Jackson, S., & Schuler, R. (2003). *La gestión de los recursos humanos: Preparando profesionales para el siglo XXI*. McGraw-Hill.
- Dunn, H. L. (1961). *High-level wellness*. R. W. Beatty Ltd.
- Durán, M. A. (2004). Las demandas sanitarias de las familias. *Gaceta Sanitaria*, 18, 195–200.
- Durán, M. M. (2010). Bienestar psicológico: El estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *The National Administration Review*, 1(1), 71–84.
- Dwyer, J. W., Lee, G. R., & Jankowski, T. B. (1994). Reciprocity, elder satisfaction, and caregiver stress and burden: The exchange of aid in the family caregiving relationship. *Journal of Marriage and the Family*, 56(1), 35–43. <https://doi.org/10.2307/352701>
- Fernández-Abascal, E. G., Martín, M. D., Domínguez, J. L., & Fernández-Abascal, C. (2003). *Psicología de la emoción: El proceso emocional*. Centro de Estudios Ramón Areces.
- Fierro, A. (2000). *Psicología de la salud*. Pirámide.
- Fouilloux, C., Fouilloux, M., Tafoya, S., & Petra, I. (2021). Asociación entre actividad física y salud mental positiva en estudiantes de medicina en México: un estudio transversal. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 21(3), 1-15. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232021000300002&lng=es&tlng=es.

- Frausto, A., & Patiño, H. (2021). Afectividad de normalistas: estudio sobre el estado de ánimo y la inteligencia emocional. *Revista latinoamericana de estudios educativos*, 51(3), 45-69.
<https://doi.org/10.48102/rlee.2021.51.3.390>
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), 300–319. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.300>
- Frías, A. (2000). *Salud pública y educación para la salud*. Masson.
- García, H., & Lara, J. (2022). Calidad de vida y autoestima en adultos mayores de una asociación de jubilados ecuatoriana. *Revista Chakiñan de Ciencias Sociales y Humanidades*, (17), 95-108. <https://doi.org/10.37135/chk.002.17.06>
- García, J., & Carrizales, D. (2021). Calidad de vida relacionada con la salud, Expectativas y Satisfacción Académica de jóvenes universitarios. *Interacciones*, 7, e241.
<https://doi.org/10.24016/2021.v7.241>
- García, M., Aguilar, J., & García, M. (2021). Bienestar psicológico y burnout en personal de salud durante la pandemia de COVID-19. *Escritos de Psicología (Internet)*, 14(2), 96-106. <https://dx.doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i2.13618>
- García-Calvente, M. D. M., Mateo-Rodríguez, I., & Eguiguren, A. P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18, 132–139.
- Cerquera Córdoba, A. M., Pabón Poches, D. K., & Lorenzo Ruíz, A. (2017). Implementación del programa de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer PIRCA. *Universitas Psychologica*, 16(2), 117-128.
- González, F., Graz, A., Pitiot, D., & Podestá, J. (2004). Sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas. *Revista del Hospital JM Ramos Mejía*, 9(4), 1–9.

- Gross, R., Reyes, A., & Oris, L. (2021). Calidad de vida percibida y adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista Información Científica*, 100(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332021000300011&lng=es&tlng=es.
- Gualpa, M., Yambay, X., Ramírez, A., & Vásquez, A. (2019). Carga laboral y ansiedad en cuidadores de personas con discapacidad severa. *Universidad, Ciencia y Tecnología*, 23(95), 33–39. <https://www.uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/download/243/431>
- Guato, P., & Mendoza, S. (2022). Autocuidado del cuidador informal de personas mayores en algunos países de Latinoamérica: Revisión descriptiva. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(2), e2917. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i2.2917>
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Úrizar, A., & Kavanagh, D. J. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(11), 899–904. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0963-5>
- Hattie, J., Myers, J. E., & Sweeney, T. J. (2004). A factor structure of wellness: Theory, assessment, analysis, and practice. *Journal of Counseling & Development*, 82(3), 354–364. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00321.x>
- Heru, A. M., & Vlastos, K. (2010). Family functioning and caregiver distress: A comparison of caregivers of individuals with schizophrenia and caregivers of individuals with cancer. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(6), 619–625. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0109-5>
- Higuera, G. A. (2012). *Determinantes sociales de la salud*. Universidad de Antioquía.

INEI. (2010). *Situación de la población adulta mayor: Perú*.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0975/

INEI. (2014). *Perfil de la persona con discapacidad. Perú 2012*.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1165/index.html

INEI. (2017). *Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas*. <https://censos2017.inei.gob.pe/>

INEI. (2021). *Estado de la población con discapacidad en el Perú. Documento metodológico y resultados 2020*.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1833/libro.pdf

Jackson, S. E., Schuler, R. S., Dolan, S. L., & Valle Cabrera, R. (2014). *La gestión de recursos humanos: Perspectivas estratégicas*. McGraw-Hill.

Jofré, V., & Mendoza, S. (2005). Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales. *Ciencia y enfermería*, 11(1), 37-49.

Jordán, A., Zavala, M., Bedoya, P., Rodríguez, C., & Barreno, S. (2021). Salud familiar y psicológica del cuidador primario de adultos mayores dependientes. *Revista Información Científica*, 100(5). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332021000500006&lng=es&tlng=es.

Kenny, M. E., & Hage, S. M. (2009). The next frontier: Prevention as an instrument of social justice. *The Counseling Psychologist*, 37(3), 299–309.

<https://doi.org/10.1177/0011000008316657>

Labrador, F. J. (2004). *Manual de técnicas de modificación de conducta* (7.^a ed.). Pirámide.

- Lara Vásquez, C. V., Medina Fernández, J. A., Cortez González, L. C., Cortes Montelongo, D. B., & Carrillo Cervantes, A. L. (2023). Estrés percibido y apoyo social percibido en cuidadores informales del adulto mayor. *Revista Salud Uninorte*, 39(2), 601-616.
- López, L. C. (2005). Apoyo social en cuidadores familiares de personas dependientes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 231-246.
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *The Journal of Psychology*, 139(5), 439-457. <https://doi.org/10.3200/JRLP.139.5.439-457>
- Marquez, A. (2024). El acceso al sistema de servicios y la calidad de vida en personas mayores. *Revista Chakiñan de Ciencias Sociales y Humanidades*, (22), 170-185. <https://doi.org/10.37135/chk.002.22.11>
- Martínez Debs, L., Lorenzo Ruiz, A., & Llantá Abreu, M. D. C. (2019). Carga del cuidador en cuidadores informales primarios de pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 18(1), 126-137.
- Martínez, A., Santillán, M., García, C., & González, M. (2023). Sobrecarga y calidad de vida en cuidadores de enfermos crónicos con base en el nivel de independencia. *Ciencia ergo sum*, 29(3), e169. <https://doi.org/10.30878/ces.v29n3a3>
- Martínez, M. T. (2015). *Guía práctica para cuidadores de personas dependientes*. Editorial Médica Panamericana.
- Meléndez, I., García, E., Berrios, A., & Cabascango, C. (2025). Relación entre el Estado Emocional y la Sobrecarga en Cuidadores de Personas con Discapacidad. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 71(278), 6-19. <https://dx.doi.org/10.4321/s0465-546x2025000100001>

- Ministerio de Salud del Perú. (2012). *Política sectorial de salud al 2021*. Dirección General de Salud de las Personas. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/414541-politica-sectorial-de-salud-al-2021>
- Morales, G. A. (2006). *Psicología comunitaria: Una propuesta latinoamericana*. Editorial Lumen.
- Morales, S. (2021). Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental. *Enfermería universitaria*, 18(2), 1-4. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.2.1218>
- Moscoso, P., & Bustos, D. (2023). Sobrecarga del cuidador, riesgo laboral en cuidadores informales de personas con discapacidad en Cuenca-Ecuador. *Sur Global*, 4(11), e230204. <https://doi.org/10.46652/pacha.v4i11.204>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. <https://www.who.int/classifications/icf/en/>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Centros colaboradores para la familia de clasificaciones internacionales*. <https://www.who.int/classifications/network/en/>
- Organización Panamericana de la Salud OPS y Banco Interamericano de Desarrollo BID. (2023). La situación de los cuidados a largo plazo en América Latina y el Caribe. *Plataforma de OPS Y BID*, (1)4-51. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57356/9789275326879_spa.pdf?sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Salud y envejecimiento. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud*.

- <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3848/9275315805.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Cuidar a quienes cuidan. Lineamientos para el fortalecimiento de políticas públicas sobre cuidadores de personas mayores con dependencia en América Latina y el Caribe*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56015>
- Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *La salud y el bienestar: Una mirada integral desde los determinantes sociales*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-bienestar>
- Ortega, C., Duque, D., & Zambrano, J. (2024). Carga mental y factores psicosociales asociados a docentes en trabajo remoto. Caso de estudio. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 50(2), 27-49. <https://dx.doi.org/10.4067/s0718-07052024000200027>
- Pérez, C., & Palma, C. (2004). Salud y calidad de vida en la vejez. *Revista de Psicología*, 22(2), 175–192. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2014.34633>
- Perkins, D. D., & Zimmerman, M. A. (1995). Empowerment theory, research, and application. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 569–579. <https://doi.org/10.1007/BF02506982>
- Pinedo, I. (2024). El papel de las emociones en la sociedad del rendimiento. *Sophia, Colección de Filosofía de la Educación*, (36), 201-220. <https://doi.org/10.17163/soph.n36.2024.06>
- Rivera, M., Niebla, I., & Montero, X. (2021). Recursos psicológicos como predictores de problemas emocionales y conductuales en jóvenes universitarios. *Interacciones*, 7, e228. <https://doi.org/10.24016/2021.v7.228>
- Roca, R. (2009). *Promoción de la salud en la comunidad*. Masson.
- Romero Crespo, P. C. (2023). Sobrecarga del cuidador formal en centros geriátricos en la ciudad de Cuenca Ecuador, en el periodo 2022-2023.

- Romero, L. D. (2013). El estrés y su relación con la salud. En A. Fierro (Ed.), *Psicología de la salud* (pp. 107–129). Pirámide.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Sánchez, M. T. (2010). Calidad de vida y bienestar en el cuidador informal. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 45(3), 123–129.
- Sanjuán-Quiles, Á., Alcañiz-Garrán, M. D. M., Montejano-Lozoya, R., Ramos-Pichardo, J. D., & García-Sanjuán, S. (2025). La perspectiva de las personas cuidadoras desde un análisis de género. *Revista española de salud pública*, 97, e202307062.
- Santos, R., & Íñiguez, L (2021). Sentidos sobre el cuidado en salud mental: una revisión bibliográfica. *Saúde Em Debate*, 45(128), 234–248. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112818>
- Schetsche, C. (2021). Vivir con limitaciones económicas: Efectos psicológicos y apoyo social durante los tiempos del COVID-19. *Psicoperspectivas*, 20(3), 80-92. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol20-issue3-fulltext-2228>
- Seligman, M. E. P. (2011). *La vida que florece: Una nueva visión sobre la felicidad y el bienestar*. Ediciones B.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Planeta.

- Tabernero, C., & Briones, E. (2009). La motivación prosocial: Análisis desde una perspectiva psicosocial. *Revista de Psicología Social*, 24(1), 79–94.
<https://doi.org/10.1174/021347409787846105>
- Vega, E., Barrón, J., Mercado, V., & Salas, R. (2023). Calidad de vida y sobrecarga del cuidador en cuidadores con pacientes con complicaciones por la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 61(4): 440–448. doi:10.5281/zenodo.8200209
- Villar, F. (2001). Bienestar psicológico y vejez. *Anales de Psicología*, 17(2), 205–214.
- World Health Organization. (2019). *iSupport for dementia: Training and support manual for carers of people with dementia* (Version 2.0). World Health Organization.

Anexos

Entrevista semiestructurada para cuidadores – Estudio sobre salud mental en centros de atención de Manta

DIMENSIÓN 1: Contexto del rol de cuidado

Objetivo: Comprender el origen y las características del vínculo con la persona cuidada y el inicio del rol.

- ¿Podría contarme brevemente sobre a quién cuida y desde cuándo?
- ¿Cómo asumió el rol de cuidador/a?
- ¿Qué implica para usted ser cuidador/a de esta persona?

DIMENSIÓN 2: Carga cotidiana y emocional

Objetivo: Explorar las tareas cotidianas y las emociones que conlleva el cuidado.

- ¿Cómo es un día típico para usted como cuidador/a?
- ¿Qué aspectos del cuidado le resultan más difíciles o agotadores?
- ¿Qué emociones experimenta con más frecuencia cuando cuida?

DIMENSIÓN 3: Impacto en la salud física y mental

Objetivo: Identificar cambios en la salud emocional, física y en el bienestar general desde que inició el cuidado.

- ¿Cómo ha afectado esta responsabilidad a su salud física, descanso o energía?
- ¿Ha notado cambios en su estado de ánimo, nivel de estrés o calidad del sueño?

- ¿Ha sentido que esta experiencia afecta su equilibrio emocional?

DIMENSIÓN 4: Calidad de vida percibida

Objetivo: Profundizar en la valoración personal sobre su calidad de vida actual.

- ¿Cómo describiría su calidad de vida en este momento?
- ¿Qué factores cree que más la afectan positiva o negativamente?
- ¿Qué cosas le generan alivio, bienestar o satisfacción actualmente?

DIMENSIÓN 5: Apoyos y redes disponibles

Objetivo: Indagar sobre los recursos sociales, familiares e institucionales que tiene o necesita.

- ¿Con qué apoyos cuenta actualmente (familiares, amigos, servicios)?
- ¿Considera que esos apoyos son suficientes?
- ¿Qué tipo de ayuda le gustaría recibir que actualmente no tiene?

DIMENSIÓN 6: Sentido personal del cuidado

Objetivo: Explorar el significado subjetivo del rol de cuidador en su vida.

- ¿Qué ha significado para usted cuidar a esta persona?
- ¿Ha cambiado su forma de ver la vida o a sí mismo/a desde que comenzó a cuidar?
- ¿Qué ha aprendido o resignificado a partir de esta experiencia?

Pregunta final abierta

¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre su experiencia como cuidador/a que no se haya mencionado en esta entrevista?

Escala de calidad de vida

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Activa
Ve a Co

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Acti

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda

Activ
Ve a Cc

Test sobre carga del cuidador

Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit)

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Puntuación:

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

	Preguntas	Respuestas				
		0	1	2	3	4
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud.?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Total:

ANEXO 13. Formato de carta de aprobación definitiva- estudios observacionales/de intervención

Oficio circular No. 0241-CEISH-JMSZ-2025

Manta, 30 de junio 2025

Señor/a,

Shirley Vanessa Navia Quiroz

Investigador Principal

INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE

ASUNTO: REVISIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN (observacional/intervención)

Por medio de la presente y una vez que el protocolo de investigación presentado por el (la) Sr (a). Shirley Vanessa Navia Quiroz, que titula "Caracterización de la Salud Mental de los Cuidadores en los Centros de Atención Manta – 2025. ", ha ingresado al Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, con fecha día-mes-año (número de versión), y cuyo código asignado es **CEISH-Uleam_0299**, luego de haber sido revisado y evaluado, dicho proyecto está **APROBADO** para su ejecución en el **Centros de atención en Manta** al cumplir con todos los requerimientos éticos, metodológicos y jurídicos establecidos por el reglamento vigente para tal efecto.

Como respaldo de lo indicado, reposan en los archivos del CEISH-Uleam, tanto los requisitos presentados por el investigador, así como también los formularios empleados por el comité para la evaluación del mencionado estudio.

En tal virtud, los documentos aprobados sumillado del CEISH- Uleam que se adjuntan en físico al presente informe son los siguientes:

Nro.	Nombre del documento	Nro. de versión	Nro. de hojas	Fecha de aprobación
1	Anexo 1. Solicitud de evaluación de protocolos de investigación Observacionales y de Intervención	X	1	07/05/25
2	Anexo 2. Formulario para la presentación del protocolo	X	17	07/05/25
3	Anexo 3. Consentimiento y/o asentimiento informado	X	2	07/05/25
4	Anexo 4. Formato de confidencialidad de los investigadores	X	2	07/05/25
5	Anexo 5. Declaración de tener o no conflicto de interés	X	1	07/05/25
6	Anexo 6. Hoja de vida de los investigadores	X	4	07/05/25
7	Anexo 7. Carta de interés institucional	X	7	07/05/25
8	Anexo 8. Declaración de responsabilidad del investigador principal	X	2	07/05/25
9	Anexo 9. Instrumentos de recolección de datos	X	11	07/05/25

Cabe indicar que la información de los requisitos presentados es de responsabilidad exclusiva del investigador, quien asume la veracidad, originalidad y autoría de los mismos.

Así también se recuerda las obligaciones que el investigador principal y su equipo deben cumplir durante y después de la ejecución del proyecto en el (Centros de atención en salud Manta):

- Informar al CEISH-Uleam la fecha de inicio y culminación de la investigación.
- Presentar a este comité informes periódicos del avance de ejecución del proyecto, según lo estime el CEISH- Uleam.
- Cumplir todas las actividades que le corresponden como investigador principal, así como las descritas en el protocolo con sus tiempos de ejecución, según el cronograma establecido en dicho proyecto, vigilando y respetando siempre los aspectos éticos, metodológicos y jurídicos aprobados en el mismo.
- Aplicar el consentimiento informado a todos los participantes, respetando el proceso definido en el protocolo y el formato aprobado.
- Al finalizar la investigación, entregar al CEISH- Uleam el informe final del proyecto.



Ministerio de Salud Pública
Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud
Dirección Nacional de Investigación en Salud

Atentamente,



Juan Manuel Sierra
Zambrano

Odo. Juan Sierra Zambrano
Presidente CEISH-Uleam
Institución: Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
Teléfono: 0989693757
Correo electrónico: comiteeticainvestigacion@uleam.edu.ec

Consentimiento Informado

Título: Caracterización de la Salud Mental de los Cuidadores en los Centros de Atención Manta – 2025.

Investigador Principal: Shirley Vanessa Navia Quiroz

Investigador I: Camila Andreina Ortiz Ozaeta

Establecimientos: Centro de Salud A IESS Los Esteros, Centro de Salud Tipo C Manta y Centro Médico Santana.

Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos: CEISH-ULEAM

Este estudio tiene como objetivo caracterizar la salud mental de los cuidadores familiares de pacientes en los centros de atención de salud de Manta, específicamente en el Centro de Salud A IESS Los Esteros, el Centro de Salud Tipo C Manta, y el Centro Médico Santana. La salud mental de los cuidadores es un tema crítico, ya que suelen enfrentar altos niveles de estrés, sobrecarga emocional y deterioro en su calidad de vida debido a las demandas asociadas al cuidado de sus seres queridos. Este proyecto busca comprender mejor estos factores para contribuir al diseño de futuras estrategias de apoyo dirigidas a este grupo.

El propósito fundamental de esta investigación es meramente informativo. No buscamos implementar intervenciones inmediatas, sino entender más profundamente la dinámica de la salud mental, la calidad de vida y la sobrecarga que experimentan los cuidadores familiares en los centros de salud mencionados. Los resultados obtenidos serán de vital importancia para futuros proyectos que puedan surgir, con el fin de desarrollar estrategias que mejoren el bienestar psicológico y emocional de los cuidadores.

Para este estudio, se administrarán dos cuestionarios validados:

- **El Test de Calidad de Vida WHOQOL-BREF (Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud – versión breve)**, que evalúa dimensiones como la salud física, el bienestar psicológico, las relaciones sociales y el entorno.
- **La Escala de Sobrecarga del Cuidador ZARIT**, que mide la carga emocional y física percibida por los cuidadores, incluyendo aspectos como el estrés, el impacto en su vida personal y social, y los sentimientos de culpa.

La aplicación de estas pruebas tomará aproximadamente 15 minutos cada una. La encuesta será realizada de manera confidencial y anónima por los investigadores del estudio. Esta encuesta es de naturaleza no invasiva y se completará en un entorno cómodo y sin presiones externas.

Todos los datos recopilados en este estudio serán manejados con el máximo cuidado y confidencialidad. Los resultados se presentarán de manera agregada, sin revelar ninguna información individual. La confidencialidad y el anonimato son nuestras principales prioridades y serán rigurosamente respetados en todas las etapas del estudio.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted tiene la libertad de participar o retirarse en cualquier momento sin ninguna penalización o presión. La decisión de participar o no, no afectará de ninguna manera la atención médica que reciba su familiar

en los centros de salud involucrados.

Los resultados obtenidos serán utilizados exclusivamente con fines académicos y de investigación. Estos datos proporcionarán información valiosa para futuros informes y presentaciones académicas. Además, podrían ser referenciados en estudios posteriores relacionados con la salud mental de los cuidadores familiares.

Declaratoria de consentimiento informado

Yo, _____, con número de identidad _____, declaro que he recibido una explicación detallada por parte de los estudiantes de Psicología sobre el propósito del estudio y cómo se llevará a cabo todo el proceso de evaluación en el marco del proyecto titulado: **“Caracterización de la Salud Mental de los Cuidadores en los Centros de Atención Manta – 2025”**.

Entiendo que este estudio se realizará con cuidadores familiares de pacientes atendidos en el **Centro de Salud A IESS Los Esteros, el Centro de Salud Tipo C Manta y el Centro Médico Santana**. Comprendo la temporalidad de mi participación, la aplicación de los cuestionarios (**WHOQOL-BREF y Escala de Sobrecarga del Cuidador ZARIT**), el lugar donde se realizarán las evaluaciones y la confidencialidad de mis datos personales. También comprendo los riesgos y beneficios de participar en el estudio.

Por lo tanto, acepto y entiendo que dentro de la evaluación se establecerán los siguientes términos:

1. Todo el proceso y la información recopilada durante la evaluación serán tratados con la máxima **confidencialidad**. Mi nombre y/o datos personales no serán divulgados en ninguna circunstancia.
2. Reconozco que tengo el derecho de **revocar este consentimiento** en cualquier momento sin ninguna penalización. Si decido retirar mi consentimiento, comprendo que cualquier información proporcionada será eliminada y no se utilizará para ningún propósito adicional.
3. Entiendo que todo el proceso de evaluación e investigación estará **supervisado** por tutores docentes de la carrera de Psicología de la **Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí**.
4. Estoy **plenamente informado/a** sobre el proceso de evaluación, su naturaleza y los beneficios y riesgos asociados con mi participación en este proyecto de investigación.

Tomando en consideración todos los puntos mencionados anteriormente en este documento, **otorgo mi consentimiento** para participar en este estudio. Autorizo a los estudiantes de Psicología a llevar a cabo las evaluaciones necesarias y utilizar la información recopilada únicamente con fines académicos en el contexto de la investigación.

Firma del Participante: _____

Cédula de Identidad: _____

Establecimiento: _____

Fecha: ____ / ____ / 2025