

Experiencias de cuidadoras informales en contextos de emergencia social y sanitaria de la región del Biobío

Experiences of informal caregivers in social and health emergencies in the Biobío region

Fecha recepción: agosto 2021 / fecha aceptación: noviembre 2021

Andrea Fuentes Aguilar¹, César Castillo Chávez², Javiera López Aedo³, Catalina Sepúlveda Ávila⁴ y Rosa Sepúlveda Saravia⁵

DOI: <https://doi.org/10.51188/rrts.num26.540>

Resumen

La presente investigación explora la experiencia del cuidado informal de un tercero en el contexto de pandemia Covid-19. El estudio fue de carácter cualitativo, de tipo transversal. Dentro de sus principales resultados se destacan la diversidad de estrategias de afrontamiento empleados durante la pandemia, destacando el fortalecimiento de los lazos con la persona que cuidan. En cuanto al apoyo social, las cuidadoras refieren principalmente la contención emocional familiar y, en relación a los efectos socioemocionales, se observa que el componente conductual es el que ha afectado de mayor medida a las cuidadoras.

Palabras claves: Cuidador/a; Estrategias de Afrontamiento; Apoyo Percibido y Efecto Emocional

1 Académica de Trabajo Social, Universidad San Sebastián-Chile, doctoranda en Psicología Social Comunitaria, Universidad Iberoamericana de México, Magíster en Investigación Social y Desarrollo, Universidad de Concepción, Trabajadora Social, Universidad Santo Tomás. Correo electrónico: andrea.fuentes@uss.cl. <https://orcid.org/0000-0002-8354-3398>

2 Licenciado en Trabajo Social, Universidad San Sebastián-Chile. Correo electrónico: ccastillo16@correo.uss.cl

3 Licenciada en Trabajo Social, Universidad San Sebastián-Chile. Correo electrónico: jlopeza5@correo.uss.cl

4 Licenciada en Trabajo Social, Universidad San Sebastián-Chile. Correo electrónico: csepulvedaa4@correo.uss.cl

5 Coordinadora de prácticas de Trabajadora Social, Universidad San Sebastián-Chile, Trabajadora Social, Universidad Santo Tomás. Correo electrónico: rosa.sepulveda@uss.cl. <https://orcid.org/0000-0001-9003-9643>

Abstract

This research explores the experience of informally caring for a third party during the COVID-19 pandemic. The main results of the qualitative, cross-sectional study highlight the range of coping strategies employed during the pandemic, particularly strengthening bonds with caregivers. In terms of social support, the caregivers mainly mention family emotional support. In terms of socio-emotional impact, the behavioral component most affected caregivers.

Keywords: Caregivers; Coping strategies; Perceived support and emotional impact

Introducción

En los países latinoamericanos el/la cuidador/a generalmente es aquel individuo que dedica una gran parte de su tiempo, medido en horas al día, al cuidado de un familiar de manera voluntaria, duradera, sin remuneración económica y sin contar con la capacitación adecuada, correspondiendo a una actividad intensa, constante y cambiante, que exige una readaptación de la rutina diaria (Fernández et al., 2016).

A lo expuesto debemos sumar que el requerimiento de cuidado a una persona con niveles altos de dependencia dificulta aún más que el cuidador desarrolle su vida habitual, en la medida que para poder responder al avance progresivo del deterioro físico y/o mental, deberá destinar una serie de recursos, especialmente tiempo y dinero, en post del bienestar de este, los cuales serán además incrementados en la medida que avanzan los años (Centro de Estudios de Vejez y Envejecimiento UC, 2015).

Por otro lado, el cambio en la pirámide poblacional irá haciendo que el cuidado de un tercero sea algo cada vez más común en la vida de las familias chilenas, donde además la relación de lazos afectivos entre cuidador y cuidado hace que se exima la obligación de efectuar una remuneración a cambio para quien cuida, lo que “supone un coste importante para el cuidador informal en términos económicos, de tiempo libre y ocio, y también de aparición de problemas de salud” (Peña et al., 2016, p.12).

En este sentido, las condiciones en la que se realiza el cuidado no siempre son las más adecuadas, siendo una de las principales consecuencias la sensación de sobrecarga, entendiéndose como aquel proceso multidimensional en el que los cuidadores asumen las demandas de atención de una persona que requiere cuidado constante (Carretero et al., 2015). Según Flores et al. (2012), es posible observar este fenómeno desde dos dimensiones, una objetiva, definida como los cambios en la cotidianidad del cuidador, y otra subjetiva, entendida como las reacciones emocionales del cuidador producidas por atender a las demandas de cuidado.

Dentro de este contexto la sobrecarga aparece como una variable presente y percibida constantemente por quienes ejercen el cuidado (Piñeiro, et al., 2017), particularmente en las mujeres, quienes además del cuidado asumen labores domésticas asociadas al espacio del cuidado y al propio (Vega, 2012; De la Cuesta,

2009), lo que repercute a nivel físico, psicológico y socioeconómico: el primero tiene relación con las consecuencias en la salud de los cuidadores; el psicológico hace referencia a la manera en que los cuidadores perciben las tareas de cuidado y, en concreto, a la respuesta emocional que tiene cuidar a un familiar; y lo socioeconómico se ve afectado con el cuidado de una persona dependiente al momento que los cuidadores dejan su fuente laboral, ya que los ingresos del hogar se reducen (Argimon et al., 2003).

La evidencia indica que las personas que ejercen el rol de cuidador o cuidadora, por lo general suelen experimentar problemas de salud física y mental, provocados por el estrés que se genera al desenvolverse como cuidadores de esta manera, el cuidado comenzará a afectar negativamente en el cuidador (Carretero et al., 2015). Un estudio sobre sobrecarga en cuidadores de personas dependientes indicó otro problema asociado, ya que los cuidadores advertían no contar con una red de apoyo social, lo que afecta considerablemente el estado emocional, social y físico de quien ejerce ese cuidado (Montoya et al., 2018).

Por otra parte, dentro de las investigaciones recientes en materia de cuidadores informales, Fernández y Herrera (2020) destacan que el ejercer el cuidado de una persona con dependencia tendrá un efecto negativo sobre la salud de los cuidadores, pues se pueden ver enfrentados a altos niveles de estrés, cansancio emocional y sobrecarga. En este sentido, los autores asocian consecuencias en la salud física (cansancio físico y problemas cardiovasculares) y salud mental (ansiedad, depresión, sensación de pérdida de control y autonomía, alteraciones del sueño, apatía e irritabilidad).

Asimismo, Miranda (2015) indica que en los contextos más empobrecidos el rol se asume muchas veces de forma forzosa, resaltando los casos de mujeres que tuvieron que priorizar el cuidado de sus esposos o padres, viéndose obligadas a abandonar sus trabajos remunerados, generando consecuencia en las condiciones económicas de sus familias (López y Martínez, 2007).

Otros estudios sobre el cuidado también develan la importancia de las estrategias de afrontamiento y apoyo social sobre el bienestar psicológicos de cuidadores informales, indicándose que estos dos factores son claves para favorecer el autocuidado y con ello disminuir la tensión y sobrecarga percibida por el cuidador/a (García et al., 2016).

De acuerdo a un estudio desarrollado por Espinoza y Jofre (2012), se indica que según las características biosociodemográficas del cuidador/a informal, el 90% son mujeres cuyas edades fluctúan entre 37 y 86 años, con un promedio de 57 años. Según la situación de pareja, el 80% de los cuidadores/as informales poseen pareja, el 76% vive junto a su pareja, el 73.3% vive con hijos, el 66% con otros familiares y solo el 10% con amigos u otras personas. Teniendo un vínculo de 72% al 92% con parentescos principalmente de esposas, hijas o madres (Espinoza y Jofre, 2012).

En cuanto al estudio desarrollado por Luengo et al. (2010), señala que en relación a las personas que se encuentran en calidad de postradas, la mitad de los cuidadores familiares cumple moderadamente los cuidados básicos al usuario

postrado, un 27,6% cumple los cuidados de manera deficiente, y solamente un 22,4% los cumple adecuadamente; en cuanto al tiempo que llevan al cuidado de él/ella, el 35,7% de los/las cuidadores lo ha cuidado entre 1 a 5 años, el 38,8%, desde 5 a 15 años, e incluso el 11,2% de los cuidadores llevan a su cargo más de 15 años (Luengo et al., 2010).

Sumado a lo ya mencionado, la pandemia COVID-19 ha generado efectos negativos en toda la población a nivel físico, psicológico, social y económico, dado que las condiciones que generan el aislamiento social se configuran como un estresor no normativo que incrementa la posibilidad de presentar por primera vez problemas mentales, exacerbación o recurrencia de trastornos mentales preexistentes. En efecto, la cuidadora no solo se verá enfrentada a la adaptación de estilo de vida propio, sino que también a una adaptación del tipo de cuidado que se le otorgue a la persona en condición de dependencia (Caballero y Campo, 2020). A lo anterior se suma el estrés emocional, que tiene consecuencias neurobiológicas que incrementan la probabilidad de exacerbar enfermedades concomitantes y la vulnerabilidad a reunir criterios para un trastorno mental, en particular, trastornos de ansiedad, depresivos, del sueño y estrés agudo. A nivel social, se han visto fuertes impactos en el sector de la salud por la escasez de mano de obra calificada y de suministros médicos, así como por los aumentos de los costos, lo que podría significar la postergación de controles de salud y desabastecimiento de recursos médicos para el cuidado del paciente que se atiende al amparo del sistema público de salud. A nivel económico, dadas las desigualdades económicas y sociales de la región, los efectos del desempleo afectarán de manera desproporcionada a los más pobres y a los estratos vulnerables de ingresos medios, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2020). En el escenario del cuidado informal, la mayoría de quienes asumen la labor provienen de familias de bajos ingresos con nula o poca capacidad de externalizar y profesionalizar el servicio de cuidado, por lo que a tensión en las dimensiones anteriores podría incrementar la sensación de carga y agobio.

Estrategias de afrontamiento para el cuidado en la emergencia

El afrontamiento implica la capacidad de utilizar de recursos personales en la resolución de un evento estresor (Taborda y Mejía, 2018), en consecuencia, son “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, en Vázquez et al., 2000, p.426).

En este entendido, las estrategias de afrontamiento se comprenden como los recursos psicológicos que las personas ponen en marcha frente a situaciones de estrés. Aunque poner en marcha las estrategias no siempre logra asegurar el éxito frente a situaciones complejas, sí sirve para poder generar, disminuir o evitar los conflictos, lo que trae consigo un fortalecimiento en las personas, como también beneficios personales para estas. Los procesos de afrontamiento se presentan tanto

a nivel individual como familiar y existe una distinción entre ambos; en un proceso de afrontamiento a nivel individual, es el mismo individuo quien define como manejará el problema y las estrategias que utilizará para abordar las situaciones de estrés o críticas en su vida personal. El afrontamiento familiar ilustra una dinámica grupal, que trata calmar las tensiones que viven y asegurar la salud de los miembros (Macías et al., 2013).

Las personas tienen diferentes formas de afrontamiento, identificándose el afrontamiento focalizado al problema, que se refiere a los esfuerzos por cambiar los eventos que ocasionan el estrés, intentando resolver o disminuir su impacto sea menor, el afrontamiento focalizado a las emociones, que supone realizar esfuerzos por eliminar o disminuir los sentimientos negativos que se originan a partir de las situaciones de estrés, y el afrontamiento de evitación, que implica evadir dicha situación (Pérez, et al., 2017).

A su vez, Lazarus y Folkman (1984) reconocen dos de estos tres tipos generales de estrategias mencionadas anteriormente. El primero denominado estrategias de resolución de problemas, que son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar. Y segundo, estrategias de regulación emocional, que son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.

Por otra parte, Carver (1997) distingue las siguientes estrategias de afrontamiento: a) afrontamiento activo: acciones directas para incrementar o reducir al estresor; b) planificación: pensar cómo afrontar al estresor; c) búsqueda de apoyo instrumental: solicitar ayuda o consejos a personas competentes; d) búsqueda de apoyo emocional: conseguir apoyo de simpatía y de comprensión; e) auto distracción: concentrarse en otros proyectos para no concentrarse en el estresor; f) desahogo: tendencia a expresar o descargar el malestar emocional; g) desconexión conductual: reducir los esfuerzos para tratar el estresor; e) reinterpretación positiva: buscar el lado positivo y favorable del problema; f) negación: negar la realidad del estresor; g) aceptación: aceptar que el hecho estresante es real; i) religión: tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés; j) uso de sustancia: significa hacer uso de estas para sentirse bien o soportar el estresor; k) humor: hacer bromas sobre el estresor; l) autoinculpación: criticarse y culpabilizarse (García et al., 2016).

Un estudio en esta materia, demostró que en una muestra constituida por 42 cuidadores informales de pacientes dependientes, el tipo de afrontamiento más frecuentemente usado fue la aceptación, la cual comprende actividades directamente dirigidas a la modificación o minimización del impacto de la sobrecarga; el menos usado fue el uso de sustancias, sin embargo los investigadores descubrieron que aun cuando el tipo de afrontamiento más frecuentemente usado por los cuidadores fue la aceptación, los hombres lo usaron con más frecuencia que las mujeres (Pérez et al., 2013).

Por otra parte, en relación a la importancia del afrontamiento de cuidadores informales, es posible mencionar que la prestación de cuidados a un enfermo dependiente conforma una fuente de estrés crónico que puede conllevar serias consecuencias para la salud del cuidador; ya que el hecho de calificar una condición

como incapacitante, comporta, implícitamente, un carácter de temporalidad indefinida, que implica directamente al cuidador, ya que debe hacerse cargo de la persona en condición de dependencia (Ruiz y Moya, 2012).

De acuerdo a estas consideraciones, se destaca la importancia de las estrategias de afrontamiento, cuyo foco es minimizar el impacto negativo que producen los estresores en los cuidadores, facilitando su adaptación y bienestar, que además inciden en la prevención de enfermedades y permiten adaptarse a nuevas problemáticas que involucra el cuidado (Castillo y Rico, 2020).

De este modo, se consideran relevantes todos aquellos recursos de afrontamiento que disponen las personas en contextos de emergencia, jugando un papel esencial en este escenario, la percepción que el cuidador tenga acerca de estímulos estresantes, que variará en función a los recursos que disponga para hacer frente o no a la problemática, aun cuando la funcionalidad de cada tipo de estrategia de afrontamiento dependerá de una serie de factores diversos y específicos a cada patología y situación de cuidado, por lo que, se deben tener en cuenta otros aspectos que puedan influir en la condición del cuidado tras una crisis no normativa (Rodríguez y Valencia, 2017).

Apoyo social para el cuidado en la emergencia

No existe una definición única o consensuada para definir lo que es el apoyo social, esto porque el concepto trata de muchos aspectos, como lo son las emociones positivas que recibe la persona, las redes sociales de apoyo con las que cuenta, participación comunitaria, entre otros. Es así como Lin et al. (1986) citados por Barrón y Sánchez (2001), definen el apoyo social como provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, que son aportadas por amigos íntimos, redes sociales y comunidad.

En el nivel de las relaciones íntimas o micro sociales, encontramos las transacciones que corresponden al círculo de confianza del individuo, y que suponen el nivel más significativo para este. Las relaciones que aquí ocurren son las que se asocian directamente con el bienestar y la salud, esperándose intercambios recíprocos y mutuos en este nivel, compartiendo un sentimiento de responsabilidad con el otro (Henandis, 2005).

El nivel de las redes sociales, o meso-social, aportan al individuo un sentido de unión con los demás por la posibilidad de acceder directa o indirectamente a un número amplio de personas, aunque sea de forma indirecta. Barrón (1996), afirma que en este nivel se suelen incluir todos los contactos sociales que mantienen las personas, así como las propiedades de las redes sociales; densidad, tamaño u homogeneidad, entre otras (Troncoso, 2013). En el nivel comunitario o macrosocial, el apoyo social proporciona una sensación de pertenencia e integración social. La integración social es evaluada normalmente en función de estar implicado en determinados roles y contextos sociales, considerándose como medida de

integración social el estado civil, la pertenencia a asociaciones comunitarias, clubes, iglesias, etcétera (Chamorro, 2010).

Por otro lado, el apoyo social se puede conceptualizar desde dos perspectivas: la primera, de manera cuantitativa-estructural, que correspondería al apoyo social recibido, ya que evaluaría el número de relaciones que establece el individuo con su red social. Y la segunda, de forma cualitativa-funcional, se centra en las relaciones significativas con las que cuenta la persona y la evaluación subjetiva que realiza el individuo del apoyo que recibe, esto corresponde al apoyo social percibido (Vivaldi y Barra, 2012).

Asimismo, Melguizo-Garín et. al. (2019), distinguen tres tipos de apoyo social desde la perspectiva de la funcionalidad:

- Apoyo social emocional: se refiere a los sentimientos afectivos de bienestar que recibe la persona, como lo son las muestras de cariño, el respeto, confianza, empatía, preocupación por el otro y sentimientos asociados a la familia.
- Apoyo social instrumental o material: son las acciones o materiales suministrados por otros que ayudan a la realización de actividades o tareas cotidianas como también para la resolución de problemas prácticos, donde se puede mencionar el acompañamiento, las ayudas en forma de cuidado, efectuar labores del hogar, los apoyos monetarios, como también los no monetarios.
- Apoyo social informacional: menciona la entrega de información, consejos o guía que ayuden al cuidador a entender la realidad que experimenta y/o le ayude a adaptarse a los cambios que en ella se dan.

Un estudio demostró que los cuidadores presentan satisfacción con el apoyo percibido, especialmente el de tipo emocional, educación e información, donde se destaca como principal sistema a la familia (Herrera et al., 2012).

Así mismo, otro estudio demostró que existe una relación significativa entre las tres fuentes de apoyo medidos (familia, amigos y otros significativos) con el bienestar. Esto coincide con los resultados de Moreno et al. (2010), quienes informan que una de las necesidades más frecuentes de los cuidadores familiares es la de discutir sus sentimientos con familiares y amigos. Lo anterior refuerza que el apoyo social sirve para mantener y promover la salud mental y generalmente aquellos con menores niveles de apoyo están en mayor riesgo de presentar problemas psicológicos, mientras que un alto apoyo se relaciona con un alto bienestar subjetivo (García et al., 2016).

A modo de síntesis, el apoyo social es un concepto inherente a los cuidados familiares, tanto en situaciones cotidianas como de crisis. Sin embargo, cuando estos cuidados se desarrollan de forma prolongada en alguno de los miembros de la familia por motivos de enfermedad o dependencia, se producen situaciones de estrés crónico que afectan los sistemas de apoyo de los cuidadores (Martínez, 2010).

Por ende, el apoyo social también puede constituirse como la variable moduladora más importante para la familia cuidadora, al representar una importante fuente de ayuda a la hora de hacer frente a las situaciones del cuidado, donde las categorías de apoyo más importantes para el ámbito del cuidado son: el apoyo instrumental, el apoyo emocional y apoyo informacional. No obstante, si la situación del cuidado se interpreta como amenazante y la cuidadora cuenta con escaso apoyo social, aumentarán las probabilidades de padecer altos niveles de estrés psicológico, que gatillarán a su vez una serie de reacciones afectivas, fisiológicas o conductuales que desencadenarán finalmente en la sobrecarga de la cuidadora informal (Fernández y Gil, 2014).

La carga emocional del cuidador en la emergencia

Las emociones son reacciones psicofisiológicas ante situaciones que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad, entre otras. Se puede decir que dichas reacciones son independientes de la cultura, producen variaciones en la afectividad, la activación fisiológica y nuestras expresiones. Psicológicamente, existen emociones básicas como la alegría, el miedo, la ansiedad y la ira, debido a que son “universales” y poseen un componente biológico, sintéticamente son agradables o no lo son, tienen gran repercusión en nosotros, pues modifican nuestra conducta y comunicación con otros (Piqueras et al., 2009).

Lazarus (2000), plantea que la emoción es una respuesta a la significación que el individuo le otorga a un acontecimiento, donde la valoración juega un papel preponderante. La valoración para el autor no solo depende de lo que ocurra en el ambiente, sino también depende de cómo la persona elabore o construya lo que está sucediendo en una relación; por lo tanto, las emociones son producto de evaluaciones que el individuo hace de acontecimientos externos e internos a los que se ve expuesto (Cerros, 2016). Es decir, “Las emociones son el producto de la razón porque se derivan del modo en que valoramos lo que está sucediendo en nuestras vidas” (Gil, 2016, p. 197).

Por otra parte, con relación a los efectos emocionales, la intervención en crisis es un fundamento teórico que nos ayuda a explicar los efectos socioemocionales y el por qué cuando una persona sufre una crisis, es necesario que esta tenga herramientas para afrontar la crisis, y en segunda instancia, que tenga un apoyo social para enfrentarlo. Roberts (2005) citado por Rendón y Agudelo (2011) define la crisis como:

La interrupción aguda del equilibrio psicológico en la cual los mecanismos usuales de afrontamiento fallan y existe evidencia de malestar y deterioro funcional. La reacción subjetiva a la experiencia vital estresante compromete la estabilidad del individuo y su habilidad para afrontar o funcionar. La principal causa de una crisis es un evento intensamente estresante, traumático o peligroso, pero también deben darse otras dos condiciones: 1) percepción del individuo de que el

evento es la causa de la alteración, y 2) inhabilidad para resolver la situación mediante sus mecanismos usuales de afrontamiento. (p. 222)

Por ende, bajo este contexto, se entiende por crisis la repercusión psicológica de complejas situaciones vitales, la forma en que estas son vividas por la persona, a partir de múltiples y muy variados factores histórico-coyunturales, su inscripción económico-social, familiar, su propia historicidad, y sus vicisitudes como sujeto psíquico (Rabelo, 2010).

Una crisis es una combinación de situaciones de riesgo en la vida de una persona que coinciden con su desorganización psicológica y necesidad de ayuda. La crisis representa el peligro de una mayor vulnerabilidad emocional, como la oportunidad para el desarrollo de la persona. La crisis es una experiencia que siempre está presente en la vida de los seres humanos (Toledo, 2013).

Durante la vivencia de una crisis, la persona pierde de forma transitoria o definitiva una serie de aportes con los que ha contado, encontrando comprometida su estabilidad. Estos aportes pueden tener diferentes dimensiones, pudiendo ser tanto físicos como psicosociales, así como de otra índole, que pueden afectar la estabilidad emocional de la persona (Puentes y García, 2013).

Myer y Conte (2006), proponen su *Triage Assessment System* (TAS), en el cual se asume que las reacciones a los eventos provocadores de crisis se pueden apreciar en los dominios afectivos, conductual y cognitivo. De esta manera, el TAS funciona como una guía para la identificación de interacciones complejas entre los tres dominios; en primera instancia, se considera que las reacciones afectivas pueden ser ira-hostilidad, ansiedad-miedo, tristeza-melancolía, y que la expresión de estos sentimientos puede variar, partiendo de ser prácticamente imperceptibles, hasta llegar a ser extremadamente severos; en segunda instancia, las reacciones conductuales, por su parte, suelen ser de inmovilidad, evitación o aproximación, y por último, las reacciones en el dominio cognitivo pueden clasificarse en transgresión, amenaza o pérdida (Rendón y Agudelo, 2011).

En relación con los hallazgos específicos de los efectos socioemocionales en el ámbito de los cuidados, Pizarro (2016), señala que el cuidar es una labor que tiene alta demanda en lo que respecta al tiempo, puesto que este es regido por las necesidades de la persona cuidada, este hecho repercute en el sueño y descanso del cuidador, por esto podemos decir que dicha labor consiste en una actividad de tiempo completo. Dicha característica del trabajo, junto con los vínculos que se generan, propician que el cuidador no se desconecte de su rol, lo que a su vez provoca que la vida de este sea regida por la vida de la persona cuidada. En el espectro emocional, se determinó que en mujeres existe una mayor sobrecarga, la cual se expresa en sentimientos de depresión, tristeza y desesperanza.

En la actualidad se enfrenta un escenario completamente desconocido al que es necesario adaptarse de una u otra manera. La rutina diaria de las personas se ha visto modificada desdibujando los límites entre lo personal, lo familiar y lo

profesional, debiendo realizar todas estas facetas en un mismo lugar (Udovicich, 2018). Además, se suma a la compleja situación que se vive, los límites que se deben poner al contacto social, que es tan importante en el contexto sociocultural, así como lo es también poder acompañar a aquellos familiares o seres queridos que se enferman y necesitan de ayuda, por lo tanto, es totalmente natural que exista una fuerte afectación psicológica y emocional, de manera generalizada.

Mayormente las reacciones que surgen desde un inicio ante esta situación se relacionan con emociones que son de carácter negativo, que frecuentemente están acompañadas de miedo. De esta manera, la tristeza, la ira, la sensación de soledad, impotencia e incertidumbre, van a poder provocar distintos síntomas como la ansiedad, depresión o el bloqueo en los cuidadores informales.

Metodología

El estudio fue cualitativo, descriptivo, transversal y abordado desde el diseño fenomenológico, con el fin fue analizar la experiencia de cuidar a un tercero en contexto de emergencia social y sanitaria, desde la perspectiva de cuidadoras informales de la Región del Biobío. Para ello se desglosan 3 objetivos específicos.

- Describir las estrategias de afrontamiento en el cuidado a terceros en contexto de emergencia sanitaria.
- Describir formas y estrategias de apoyo social percibido de cuidadoras en el contexto de emergencia sanitaria.
- Detectar los efectos socioemocionales del cuidado en contextos de emergencia social y sanitaria.

La muestra total fue constituida por 15 mujeres cuidadoras informales, de la provincia de Concepción, todas mayores de 35 años, que se encontraban previo y durante la pandemia al cuidado de un familiar directo e indirecto, con el fin que pudiesen evidenciar diferencias en el ejercicio del cuidado con y sin el contexto Covid-19. La totalidad de la muestra comprendió a mujeres del 40% más vulnerable del Gran Concepción, según la medición reportada de su Registro Social de Hogares.

La forma de acceso fue a través de un muestreo por accesibilidad; se invitó a participar a cuidadoras que respondieran a los criterios de inclusión en el estudio. Los casos quedaron comprendidos de la siguiente manera:

N° Caso	Persona al cuidado	N° Caso	Persona al cuidado
Caso 1	Padre dependencia	Caso 9	Hija enfermedad cardiaca crónica.
Caso 2	Hijo enfermedad degenerativa	Caso 10	Madre con enfermedad mental.
Caso 3	Suegro postrado enfermedad motora	Caso 11	Padre con Parkinson
Caso 4	Esposo con discapacidad mental	Caso 12	Padre con tumor cerebral.
Caso 5	Padre con enfermedad mental	Caso 13	Hijo con enfermedad crónica
Caso 6	Padre con dependencia moderada.	Caso 14	Padre postrado por diabetes y otras patologías.
Caso 7	Madre con enfermedad crónica	Caso 15	Esposo con discapacidad motora.
Caso 8	Suegra enfermedad terminal.		

Fuente: Elaboración Propia

La técnica fue la entrevista semiestructurada construida desde las siguientes categorías y dimensiones: tipo de afrontamiento (afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo instrumental, búsqueda de apoyo emocional, auto distracción, desahogo, desconexión conductual, reinterpretación positiva, negación/ aceptación, religión/uso de sustancia/humor). Apoyo social percibido (emocional, social instrumental, social informacional) y efecto socioemocional (afectivo, conductual, cognitivo). Para la creación del sistema de categorías se tuvo en cuenta la revisión teórica sobre el conjunto de tres macro categorías. En base a la misma se crearon varios borradores, donde dos expertos (psicólogo y Trabajador social) revisaron y validaron el instrumento antes de proceder a su aplicación piloto.

La recolección de información, debido al contexto sanitario, se realizó mediante la plataforma Zoom. El proceso de levantamiento de información tuvo una duración entre 45 y 60 minutos, aproximadamente. Todas las personas fueron informadas del propósito del estudio, accediendo a que fueran grabadas las entrevistas; toda la información personal que pudiera ser identificable fue borrada de la transcripción (nombres, lugares, fechas).

Se decidió por un análisis de contenido, mediante la utilización el programa Atlas-ti, donde prepararon los documentos primarios, que se componen de las transcripciones textuales de cada entrevista, los cuales se codificaron en función de las categorías antes mencionada y se agruparon en redes de ideas o códigos (networks), lo cual fue revisado por grupos de Inter jueces.

Análisis y resultados

Estrategias de Afrontamiento

De acuerdo a esta categoría se destacan estrategias para tres niveles de afrontamiento, focalizado al problema, focalizado a las emociones y afrontamiento de evitación

Dentro de las **estrategias de afrontamiento focalizado al problema**, se desprende la dimensión de *afrontamiento activo*, donde se señala que las cuidadoras presentan diversas acciones que les sirven para reducir el estresor. A modo de ejemplo, es posible decir que duermen, descansan, escuchan música, etc. Todas estas acciones les sirven para que el estrés que provoca el cuidado se reduzca:

Dormir, descansar, cuando puedo tratar de descansar lo más que se pueda. (Caso, 2)

Me gusta pintar cuadros, sobre todo por las tardes, eso hace que me relaje. (Caso 15)

Así mismo, dentro de esta categoría, el componente de *planificación* suele ser muy relevante en el día a día, pues permite que la tarea del cuidado sea más llevadera y reduce los estresores:

almorzar, después su postre, a veces cuando hay ensaladita nosotros le hacemos ensalada y a veces se nos termina la ensalada por que no es de todos los días y le hacemos todo lo que la tenemos que hacer. (Caso 13)

Por otra parte, en relación con la *búsqueda de apoyo instrumental*, la cual sea capaz de entregar ayuda, se pudo desprender que la mayoría de las cuidadoras presentan ayuda de la red asistencial para realizar los cuidados pertinentes, también reciben información adicional de parte de los hospitales y consultorios, pero escasamente relacionan este apoyo a familiares en el cuidado, siendo incluso el dinero para solventar sus gastos reconocida como una falta de apoyo instrumental habitual:

Yo cuando mi mamá esta así, pregunto al tiro al CECOF ⁶ aquí en el Santo, como me tienen el número yo pregunto y si no cuando tengo que estar allá yo les pregunto los síntomas y todo lo que tiene mi mamá y ellos me dicen, tiene esto, esto y los pasos a seguir. (Caso 7)

a veces me falta para comprar cosas de ella y todos creen que yo me las tengo que arreglar. (Caso 13)

El *apoyo emocional* es otra de las estrategias de afrontamiento importantes, lo que se percibe por parte de las cuidadoras en el apoyo, simpatía o comprensión

6 Centro Comunitario de Salud Familiar

de otra persona. En este punto se reconoce como apoyo emocional el vínculo externalizado:

Recibo apoyo más que emocional, farmacéutico del hospital, porque recién el año pasado se dieron cuenta que yo estaba mal. (Caso 7)

en los grupos del CESFAM⁷, el apoyo, la ayuda emocional, el conversar, el decir las cosas, el entender, el tratar de ponerse no en mis zapatos, pero si tratar de entender que yo no estaba jugando. (Caso 10)

En la otra vereda, dentro de las *estrategias de afrontamiento focalizado a las emociones*, se desprende el *desahogo* como mecanismo de expresión de su sentir, descargar el malestar emocional, lo que suele ocurrir con familiares y profesionales que apoyan el cuidado:

yo me desahogo, por ejemplo, voy a mi pieza, converso con mi marido o con mi papá y esa es la única manera que nosotros no desahogamos. (Caso 10)

Otro de los mecanismos que se detecta es la *reinterpretación positiva*, las cuidadoras son capaces de buscar el lado positivo y favorable del problema. La mayoría de las cuidadoras reconocen aspectos positivos como los lazos afectivos, el apego, los conocimientos que obtiene tras realizar los cuidados, etc.

Dentro de las *estrategias de afrontamiento por evitación* se encuentra la *Auto distracción*, la que va a ir directamente relacionada con la concentración en otros proyectos para no concentrarse en el estresor:

yo trato de ir a todas las reuniones que me invitan o que me citan. (Caso 2)

Así mismo, se reconoce la *Desconexión conductual*, que hace alusión a reducir los esfuerzos para tratar el estresor, practicando conversaciones con familiares, manejando la sobre carga, etc.

De repente me voy a acostar un ratito, como que me relajo un poco y a veces veo también el celular, converso, como que eso me hace salir un poco del tema a uno. (Caso 9)

Otra parte importante de las estrategias de afrontamiento es la *Religión y el humor*, lo que se relaciona con la tendencia de volver hacia la religión en momentos de estrés, hacer uso de estas para sentirse bien o soportar el estresor. Gran parte de las cuidadoras se acercan a la religión en momentos de angustia, estrés u otro motivo:

⁷ Centro de Salud Familiar

Yo creo mucho en Dios, mis oraciones están todos los días. Mi fuerza toda la vida ha sido Dios desde que se enfermó mi marido. (Caso 4)

Como se puede apreciar, las cuidadoras utilizan las tres estrategias de afrontamiento, sin embargo, existen algunas en que las cuidadoras se apoyan más que en otras, como lo es el caso del afrontamiento focalizado a las emociones, donde gran parte de las cuidadoras evidencian en su relato a la subcategoría de “desahogo” como una recurrente estrategia de afrontamiento. Esta estrategia la logran llevar a cabo de diferentes maneras, como, por ejemplo; conversando de sus sentimientos y emociones con su familia o amistades, realizando actividades de autocuidado, llorando, etc. A través del análisis de los relatos, se deja en evidencia que el apoyo emocional familiar juega un rol fundamental dentro de las estrategias de afrontamiento de las cuidadoras. Tal como demuestra un estudio de Cid et al. (2014), el funcionamiento de la familia resulta ser un factor favorecedor no sólo para quien cuida, sino que para la salud de todos los integrantes que funcionan en esa dinámica.

Asimismo, un hallazgo importante de mencionar es que las cuidadoras, en su totalidad, coinciden en la reinterpretación positiva del cuidado, mencionando obtener algo positivo de su rol de cuidadora, proceso que les genera una satisfacción personal, a través del apego, los lazos afectivos que fortalecen, etc. Esto se reafirma con estudios como el de Félix (2012), quien menciona que dentro de las representaciones más valorizadas por las cuidadoras se encuentra la noción de retribución e incremento de experiencias y aprendizajes por la función, lo que lo hace un mecanismo de afrontamiento esencial para sobrellevar la carga.

Por otra parte, a raíz de la pandemia, algunas estrategias de afrontamiento se han visto afectadas, como es el caso del afrontamiento de evitación, el que hace relación a evitar el problema no pensando en él, o realizando otras actividades que permitan la distracción de las cuidadoras. En ese sentido, las cuidadoras en su relato mencionan que, si bien siguen utilizando la religión como apoyo, no la utilizan con la misma frecuencia y/o manera que antes de la pandemia, puesto que se ha visto afectada a raíz de las medidas de confinamiento; del mismo modo que han visto afectadas diferentes actividades de auto distracción, las que son una importante estrategia de afrontamiento para ellas.

Apoyo Social Percibido

En el siguiente relato, se darán a conocer los principales resultados acompañados de citas textuales de apoyo social emocional, apoyo social instrumental o material y apoyo social informacional que componen teóricamente la categoría apoyo social percibido.

Con relación al *apoyo social emocional* percibido por cuidadoras, que hace referencia a los sentimientos afectivos o de bienestar que recibe la cuidadora, es posible desprender de los relatos que en su mayoría estas cuidadoras sí cuentan con apoyo social emocional, y se observa en los siguientes testimonios:

En la casa el apoyo de mi hija, de mis nietos y de mis hijos que viven cada uno en su casa. (Caso 15)

Por otra parte, algunas cuidadoras mencionan no contar con apoyo emocional, ya sea porque creen que no lo necesitan, por la lejanía del lugar que habitan o por las condiciones de confinamiento que existen debido a la pandemia, dejando en evidencia la necesidad de contar con este tipo de apoyo para poder sobrellevar todo lo que conlleva el cuidado de un tercero en condición de dependencia, en un contexto que las limita de diferentes formas. Lo anterior se puede apreciar en los siguientes testimonios:

No mucho, no mucho porque donde estoy lejos, además que donde estaba también estaba con cuarentena la zona, después donde vive mi familia también estaban con cuarentena, así que casi este año lo he pasado sola. (Caso 11)

No obstante, el tipo de apoyo que mayormente reciben estas cuidadoras es a nivel micro social, es decir, papá, hermanos, primos, hijos, pareja, amigos cercanos, entre otros, y en general, son redes a las que acuden como medio de desahogo, ya sea por las complicaciones que trae consigo el cuidado o la sobrecarga que estas cuidadoras poseen, lo que se puede observar en los siguientes relatos:

Converso, conversamos con mis hijos, mis hijos más grandes me dicen “bucha mamá” me dicen que me quieren mucho, me abrazan, conversamos, compartimos un té, nos comemos unas galletitas y ahí se nos va pasando... (Caso 13)

A nivel de *apoyo social instrumental*, el cual dice relación con las acciones o materiales suministrados por otros que ayudan a la realización de actividades o tareas cotidianas, como también a la resolución de problemas prácticos, se logra evidenciar que algunas cuidadoras sí cuentan con este tipo de apoyo y lo definen como la ayuda que le es brindada por el Estado mediante el sistema de salud pública o programas del gobierno:

Vinieron a cambiarle el colchón a mi mamá y el odontólogo a verle los dientes. (Caso 7)

Los medicamentos que vienen a dejar a la casa del CESFAM de Lirquén, la farmacia del hospital de Lirquén y los insumos. (Caso 8)

Por otra parte, en los testimonios también hubo cuidadoras que señalaron no contar con este tipo de apoyo, aun cuando su centro de salud familiar tiene conocimiento de la labor que ellas realizan, lo que nos demostró una falta de información sobre beneficios a los cuales ellas pueden acudir y una carencia de los centros de salud pública para proporcionar dichos beneficios. Esta percepción la observamos en el siguiente testimonio:

El médico solo sabe que uno lo cuida nomás, pero no me han entregado apoyo ni nada. (Caso 2)

Por otra parte, las cuidadoras que sí señalan recibir apoyo instrumental o material, lo reciben en su mayoría a través de CESFAM, CECOF, PPF⁸ u hospitales, los cuales hacen entrega de medicamentos, controles médicos, terapias y entrega de colchón anti escaras para las personas en condición de dependencia.

Por último, a pesar de que sí hubo cuidadoras que relataron contar con apoyo instrumental o material, también señalaron insatisfacción de los servicios de salud y del gobierno, mencionando problemas durante la pandemia para la entrega de asistencia médica, tanto para ellas como para la persona en condición de dependencia, lo que demuestra el fuerte impacto de la pandemia en el sector de salud pública, por la escasez de mano de obra calificada y de suministros médicos, y que ha significado la postergación de controles médicos de salud. Estos cambios se observan en el siguiente relato:

pero no hay tanta capacidad de doctor, o a lo mejor no existe tanto compromiso de los doctores con el adulto mayor... (Caso 1)

mi mamá o uno no tiene una hora de médico suficiente, por el hecho de que si uno va no le dan ahora, se dificultad más. (Caso 10)

Con respecto al *apoyo social informacional*, que hace referencia a la entrega de información, consejos o guías que ayuden a la cuidadora a entender la realidad que experimenta o a la ejecución de los tipos de cuidados que deben realizar, es posible desprender de los relatos la escasa entrega de información acerca de cómo efectuar los cuidados de una persona en condición de dependencia. Este aspecto se observa en el siguiente testimonio:

No, no, nada. Solamente lo que me ha explicado mi hijo, mi hija, y lo que yo he visto mucho por televisión, que "el guante" "alcohol gel" "harto lavado de manos", bueno tratar de usar todo lo más que se pueda, harto cloro... porque también escucho harto al doctor en la tele, pero de hospital nada, no. (Caso 13)

Por otra parte, algunas cuidadoras también nos señalan que, sí poseen apoyo social informacional, y que se encuentran conformes con el servicio, resaltando la importancia de este tipo de ayudas para el desempeño de su labor. Esto se refleja en las siguientes citas:

¡Sí, mucho! Porque yo no tenía conocimiento de eso y todo lo aprendí con ellos, incluso con su alimentación uno siempre llega y come nomas, pero para una persona enferma es distinto. (Caso 3)

⁸ Programa de Prevención Focalizada para niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos.

Respecto a la implementación de programas y beneficios, todas las cuidadoras señalan una necesaria implantación de este tipo de apoyo, que vaya en ayuda de ellas para reducir la carga que poseen a causa del cuidado, mediante una adecuada entrega de información que les permita realizar de mejor forma dicha labor y que por otra parte les ayude a adaptarse a los cambios que se les presentan. Lo que se puede apreciar en los siguientes relatos:

Sí, es de suma importancia implementar programas para que el cuidado a terceros esté con conocimientos de base y no llegar y cuidar al lote. Es super delicado cuidar a una persona y hacerlo sin saber puede ser perjudicial. (Caso 15)

En síntesis, respecto del apoyo social, se puede apreciar que el apoyo social emocional es el que más perciben las cuidadoras, el cual, según el relato, lo reciben a través de la contención emocional familiar, el que mayoritariamente proviene de parte de su núcleo familiar más cercano. Por otra parte, de acuerdo con el análisis de los relatos, se detectó que en las cuidadoras existe una falencia en el ámbito informacional, puesto que cuentan con poco apoyo y entrega de información respecto a su labor. Asimismo, en el apoyo social instrumental o material las cuidadoras señalan insatisfacción de los servicios de salud, aun cuando estos conocen su rol. Insatisfacción que producto de la emergencia social y sanitaria en muchos casos ha aumentado, por las dificultades y lentitud en la entrega de asistencia médica. Por lo anterior se considera de suma importancia la implementación de programas que vayan en beneficio de las cuidadoras, como también mejorar los existentes, de esta forma, las cuidadoras contarán con mejores y mayores conocimientos acerca de cómo realizar su labor. De esta forma se reafirma que el apoyo social ha demostrado tener una influencia positiva sobre la experiencia de los cuidadores informales, en relación al apoyo emocional que se manifiesta por parte de otros (Vega y González, 2009).

Efectos Socioemocionales

En este punto se destacan elementos relacionados al *componente afectivo*, el cual comprende el hecho que las cuidadoras, producto de la pandemia, han experimentado variados sentimientos, entre los que destacan la tristeza, los nervios y el miedo al contagio. Por su parte, el *componente conductual* señala y evidencia una sobrecarga producto de las labores del cuidado, lo que provoca estrés y consecuencias físicas y emocionales en las cuidadoras, como la falta de sueño, dolor de espalda y mal dormir. Por último, en el *componente cognitivo* se señala que las cuidadoras han visto afectadas sus relaciones sociales, como también laborales y familiares a raíz de la pandemia.

En relación con lo expuesto, podemos desprender de los efectos socioemocionales que de acuerdo con el *componente afectivo* las cuidadoras presentan variados sentimientos, los que entre las cuidadoras se repiten o aparecen similitudes en sus relatos. Del mismo modo, se aprecia que muchos de estos sentimientos que experimentan las cuidadoras, han surgido a raíz del confinamiento.

Si un poco, ando más deprimida. (Caso 6)

Sí, ando un poco más triste y nerviosa. (Caso 15)

De acuerdo con el contexto sociosanitario que se vive, las cuidadoras mencionan que cuentan recurrentemente con un sentimiento de miedo a contagiarse producto de la pandemia, por lo que deben limitar el contacto con más personas, ser rigurosas cuando se ven obligadas a salir, con el lavado de manos, etc.

Miedo solamente como le digo estar limitándole a las personas que no se pueden visitar mucho, preocuparse de que ojalá se laven las manos, de no tener tanto contacto con tanta gente. (Caso 5)

Miedo sí, siento miedo porque mi mamá a veces hay que salir y le digo que no, y ella igual quiere salir y eso son los miedos. (Caso 7)

Lo anterior sin duda provoca en las cuidadoras consecuencias a nivel emocional, con sentimientos que surgen por la pandemia y, asimismo, por las medidas de confinamiento, puesto que mencionan sentirse más irritables, con angustia o pena, lo que genera estrés y sentimiento de incertidumbre.

Más irritable, más irritable porque como uno tiene que estar encerrada y no se puede salir y se pone más irritable. (Caso 14)

Sí, melancólica, triste, enojona, gritona, cuando el Edgar se descompensa. (Caso 4)

Asimismo, a través del relato de las cuidadoras, se logra notar los efectos a nivel familiar y en las relaciones sociales provocados por el cuidado y el contexto de pandemia.

El desplazar un poco a los hijos, el quitarle el tiempo que de repente yo podría dárselos a ellos y no tener que estar pendiente de él (mi papá). (Caso 11)

De acuerdo al *componente conductual* de los efectos socioemocionales, se debe señalar que las cuidadoras en sus relatos coinciden en que cuidar a un tercero genera una sobrecarga, la que producto de la emergencia social y sanitaria en algunos casos ha aumentado, o ha complicado su labor, ya que se ha visto afectada su libertad de desplazamiento, causando estrés e irritabilidad por el hecho de estar más tiempo encerradas y por el riesgo existente de contagio.

Pero igual ha sido estresante porque tampoco uno puede salir, me tengo que cuidar de no ir al centro, de no estar en contacto con muchas personas porque tengo el riesgo de que yo le pueda traer el virus a él también. (Caso 12)

Las causas de la sobrecarga que viven las cuidadoras también están relacionadas con el hecho de estar pendiente en todo momento de la persona con dependencia, lo que trae repercusiones en su estado de salud a nivel emocional y físico, con consecuencias como el no poder dormir de manera tranquila, falta de sueño, dolor de espalda y brazos, el cansancio producto de tener que realizar todas las labores de hogar, etc.

El mal genio y mi salud, por el dolor de espalda y brazos, donde tengo que moverlo, entonces me ha afectado en la salud. (Caso 6)

Con relación al *componente cognitivo*, se puede desprender de este punto que de acuerdo al contexto sociosanitario, las cuidadoras han experimentado sentimientos y situaciones de amenaza y/o pérdida; si bien no todas lo han experimentado, una gran parte ha mencionado que ha visto amenazada su labor de cuidadora por diversas razones, que van desde las medidas de cuarentena, el miedo de que la persona cuidada se contagie y la culpen a ella, o por razones económicas.

A veces de no tener el dinero suficiente para sus medicamentos, o que me culpen si le pasa algo a mi mamá. (Caso 7)

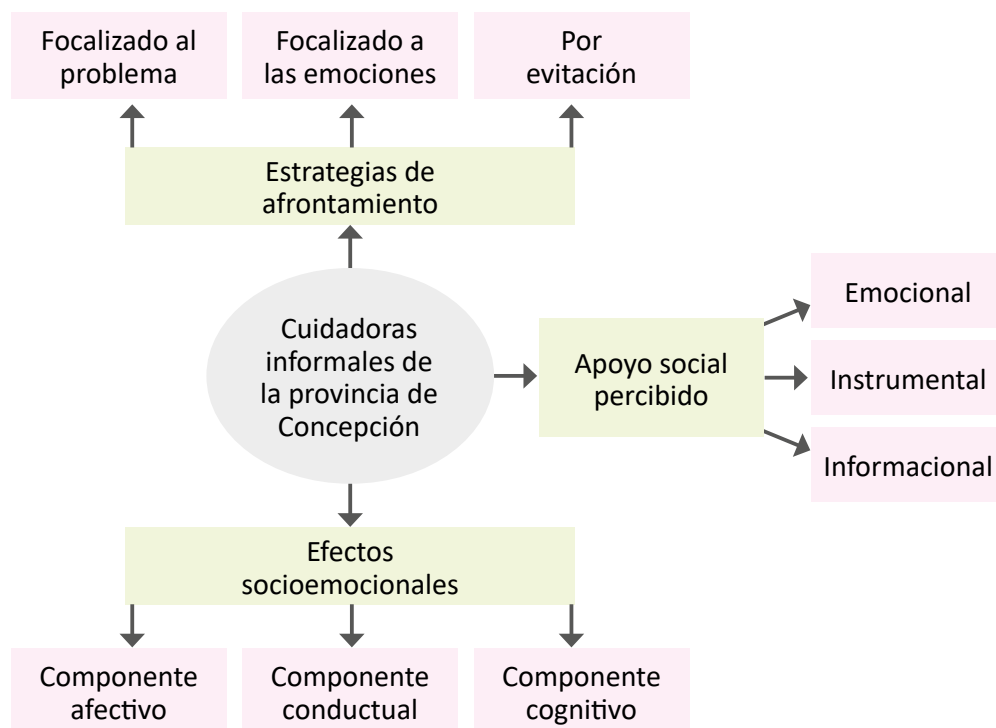
Del mismo modo, se debe señalar que una parte de ellas se ha visto envuelta en distintas dificultades, ya sea con la familia o con el ámbito laboral, puesto que a raíz de ser cuidadoras todo su estilo de vida se ve modificado, afectando su desarrollo laboral.

Yo antes de que mi mamá cayera enferma trabajaba en una panadería de cajera. (Caso 10)

En relación con los efectos socioemocionales se observa que el componente conductual es el que ha afectado de mayor medida a las cuidadoras, ya que se evidencia una sobrecarga del cuidado en la totalidad de ellas, lo que les provoca sentimiento de estrés, como también consecuencias a nivel de cansancio y desgaste emocional y físico. Del mismo modo, en el componente afectivo se logra identificar que gran parte de ellas, **a raíz de la emergencia social y sanitaria, presentan sentimientos** negativos a causa del confinamiento, como el miedo al contagio, nervios y tristeza.

Por otra parte, se destaca que no solo a nivel personal se han visto afectadas producto de cuidar a un tercero y de la pandemia, sino también que todo este proceso les ha producido consecuencias en sus relaciones sociales y laborales, producto de que su tiempo lo dedican mayormente a labores del cuidado, ante esto mencionan que muchas veces dejan de lado todo lo demás, como la familia, amigos, trabajo, actividades recreativas, etc. De acuerdo con esto, se reafirma que los efectos negativos mencionados por autores como Fernández et al. (2010) se han incrementado producto de la pandemia, tanto a niveles **físicos** como psicológicos, siendo este último nivel el **más recurrente y preocupante**.

Figura 1.
Esquema resumen de resultados



Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo al esquema presentado, se destaca que de acuerdo a los resultados del estudio, las cuidadoras informales pertenecientes a la Provincia de Concepción presentan 3 niveles de estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema, las emociones y la evitación, que coincide con lo planteado por Lazarus y Folkman (1986), quienes señalan que dichas estrategias se constituyen como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se encuentran en constante cambio, a modo de poder adaptarse a las demandas externas y/o internas evaluadas como excedentes de los recursos del individuo. Por tanto, es importante visualizar cómo las cuidadoras van adaptándose a las diferentes estrategias de afrontamiento ante los estresores presentes en sus labores con un tercero.

Además se evidencia en la categoría de apoyo social recibido, la importancia del apoyo emocional que reciben estas por parte de las personas que los rodean, siendo principalmente enfocado en el apoyo microsocioal (familia). Luego, se destaca en el nivel instrumental, el apoyo que entrega el Estado a las cuidadoras, mediante programas, o apoyos institucionales, a través de CESFAM, CECOF u otros; y por último, se relaciona el apoyo informativo con la entrega de información, implementación de programas y beneficios respecto del cuidado en pandemia.

Por tanto, y en coincidencia con lo señalado por Crespo y Fernández-Lansac (2015), el apoyo social surge como un aspecto satisfactorio hacia el desarrollo de la

resiliencia en las cuidadoras, sin embargo cuanto más tiempo el/ la cuidadora esté ejerciendo su rol, el cuidado se vuelven más demandantes, y las redes de apoyo podrían verse disminuidas o debilitadas, emergiendo como nuevos elementos estresores (Almagiá, 2014; Moreno et al., 2010). Dado lo expuesto, es que es fundamental fortalecer el apoyo social en las cuidadoras, desde las redes de apoyo, las Instituciones y el acceso a información.

En relación a la categoría de Efectos Socioemocionales, desde la perspectiva de las cuidadoras informales durante la emergencia por COVID 19, se vislumbran 3 dimensiones relevantes, Primero, la dimensión emocional, en el que han enfrentado múltiples emociones desde la tristeza, ansiedad, estrés, enojo u otros. Segundo, la dimensión conductual, en la que se constata una sobrecarga en sus labores, dados los largos tiempos al cuidado de un tercero, con quienes están la totalidad del día, atendiendo las condiciones el distanciamiento social con otras personas, impuesto como medida sanitaria, Tercero, la dimensión cognitiva, dado que producto de la pandemia se han visto afectadas las relaciones con sus redes y que resulta un factor de importante atención, ya que desde diversos autores (Pabón et al., 2014, Domínguez et al., 2009), se indica que los y las cuidadoras deben mantener relaciones de confianza para expresar y validar los motivos de su malestar emocional, por lo que resulta necesario que la familia reconozca y valore el rol del cuidador y colabore en las acciones del cuidado de un tercero, esto es, la distribución equitativa de las actividades y la entrega de un espacio de recreación y distracción al cuidador.

Conclusiones

El presente estudio evidencia que la práctica del cuidado informal es bastante recurrente en familias con personas mayores, dado el envejecimiento progresivo y creciente de la población junto con las altas tasas de comorbilidad asociado al envejecimiento en América latina (Aranco et. al, 2018), no obstante, esta investigación también decidió incorporar a cuidadoras de hijos con patologías graves dependiente de cuidados, invitando a mirar con especial atención este foco, dado que muchas de estas madres postergan el inicio de su desarrollo laboral, social y económico para ejercer el cuidado de hijos e hijas, percibiéndose en estos casos, un débil acompañamiento psicosocial y la ausencia de una política social que permita proveer y ejercer derechos de quien necesita ser cuidado y proteger a quien cuida, lo que acrecienta la necesidad de avanzar en el desarrollo de éstos ámbitos.

Por otra parte, fue evidente que el cuidado es ejercido mayoritariamente por mujeres de manera forzosa, puesto que inclusive, quienes asumían la labor de cuidado de suegros y suegras lo hacían porque dentro de los núcleos familiares no había hijas y/o mujeres que se hicieran cargo de dicha función, o se encontraban a una distancia geográfica significativa, Además se devela en algunos casos, la existencia de dependencia habitacional con la línea de parentesco del cónyuge o pareja, lo que alerta a profundizar en la relación del género y el cuidado.

Asimismo, el estudio resalta la importancia de develar la alta y creciente sobrecarga que experimentan las cuidadoras informales, el cual se ha acrecentado durante la pandemia por las condiciones de confinamiento, provocando en ellas sentimientos de estrés, cansancio, desgaste emocional y malestar físico, debido a las tensiones presentadas por la pandemia, que no solo ha afectado a las cuidadoras de forma individual, sino que también ha traído repercusiones a nivel de redes sociales y laborales, lo que si bien, para ellas, previo a la pandemia ya constituía un problema, actualmente se presenta con una intensidad mayor.

Referencias bibliográficas

- Almagiá, E. (2014). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243. <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848>
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P. y Medellín, N. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. *Resumen de Políticas. Washington DC, Estados Unidos*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- Argimon, J, Limón, E. y Abós, T. (2003). Sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores informales de pacientes discapacitados. *Atención primaria*, 32(2), 77-87.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Siglo XXI de España Editores.
- Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23.
- Caballero, C. y Campo, A. (2020). Problemas de salud mental en la sociedad: un acercamiento desde el impacto del COVID19 y de la cuarentena. *Duazary*, 17(3), 1-3.
- Carretero, S., Garcés, J. y Ródenas, F. (2015). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y propuestas de intervención social*. Tirant lo Blanch
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Castillo, M. y Rico, Z. (2020). *Incidencia de las estrategias de afrontamiento para las personas parecientes de Alzheimer: Una revisión sistemática* [tesis de pregrado]. Universidad Cooperativa de Colombia.
- Centro Estudios de Vejez y Envejecimiento UC. (2015). *Estudio sistematización y descripción de los perfiles de las cuidadoras de personas dependientes, las demandas de apoyo que las cuidadoras presenten y los programas existentes*

para aliviar e trabajo de cuidado. Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de Chile.

Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). *América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19: Efectos económicos y sociales (Nº1)*. CEPAL.

Cerros, E. (2016). Una mirada hacia las emociones que experimentan los trabajadores sociales que atienden enfermos. *Revista de Investigaciones en Intervención social*, 6(11), 78-98.

Cid, M., Montes de Oca, R. y Hernández, O. (2014). La familia en el cuidado de la salud. *Revista Médica Electrónica*, 36(4), 462-472.

Chamorro, I. (2010). El juego en la educación infantil y primaria. *Autodidacta*, 1(3), 19-37.

Crespo, M y Fernández-Lansac, V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*, 31(1), 19-27. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.1.158241>

De la Cuesta Benjumea, C. (2009). El cuidado familiar: una revisión crítica. *Investigación y educación en enfermería*, 27(1), 96-102.

Domínguez, M., Arruda, F., Montiel-b, M., Ochoa, P., Hernández, G., Valdez, L. e Ibarra, E. (2009). Necesidades de apoyo social de los cuidadores familiares de ancianos mexicanos. *Psicología Social* 21(2), 242- 9.

Espinoza, K. y Jofre, V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y enfermería*, 18(2), 23-30. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200003>

Félix, A. (2012). *Significado de cuidar para el cuidador familiar de adultos mayores dependientes en Matamoros Tamaulipas, México: una perspectiva de género* [tesis para optar al grado de doctor en Enfermería y cultura de los Cuidados]. Universidad de Alicante España].

Fernández, M. y Herrera, M. (2020). El efecto del cuidado informal en la salud de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes en Chile. *Revista médica de Chile*, 148(1), 30-36.

Fernández, M., Herrera, M. y Caro, S. (2016). Conferencia Desafíos públicos en la provisión de cuidado de las personas mayores dependientes en Chile. 7º *Encuentro Sociedad Chilena Políticas Públicas*.

Fernández, L. y Gil, N. (2014). *Programa de educación para la salud: sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes de alzheimer en la población de Castellar del Vallès* [tesis para optar al título de enfermería] Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat.

- Fernández, R. y Manrique, G. (2010). Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería global*, 19, 1-9.
- Flores, E., Rivas, E. y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 18(1), 29-41.
- García, F., Manquían, E. y Rivas, G. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*, 15(3), 101-111.
- Gil, M. (2016). La Noción de Evaluación Eudaimonista en la Teoría Cognitiva de las Emociones de Martha Nussbaum. *Marilia*, 39(3), 191-210.
- Hernandis, S. (2005). El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores. Gerontología: actualización, innovación y propuestas. Pearson Educación, 221-256.
- Herrera, A., Flórez, I., Romero, E. y Montalvo, A. (2012). Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. *Aquichan*, 12(3), 286-297.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée Brouwer.
- López, M. y Martínez, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. Imsero. <https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>
- Luengo, C., Araneda, G. y López, M. (2010). Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. *Index de Enfermería*, 19(1), 14-18.
- Macías, M., Orozco, C., Amarís, M. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.
- Martínez, A. (2010). Aproximación a los conflictos generados entre los abuelos cuidadores de nietos y los padres en la sociedad actual. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 11.
- Melguizo-Garín, A., Martos, M. y Hombrado, I. (2019). Influencia del apoyo social sobre el estrés y la satisfacción vital en padres de niños con cáncer desde una perspectiva multidimensional. *Psicooncología*, 16(1), 25-42.

- Miranda, D. (2015). Cuidado informal a mayores dependientes en Chile: quiénes cuidan y con qué políticas sociales cuentan. *América Latina Hoy*, 71, 83-101.
- Montoya, D., Machado, S. y Gómez, V. (2018). Sobrecarga en los cuidadores principales de pacientes con dependencia permanente en el ámbito ambulatorio. *Medicina UPB*, 37(2), 89-96.
- Moreno, J., Arango, J. y Rogers, H. (2010). Necesidades familiares y su relación con las características psicosociales que presentan los cuidadores de personas con demencia. *Psicología desde el Caribe*, 2(6), 1-35.
- Myer, R. y Conte, C. (2006). Assessment for Crisis Intervention. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 62(8), 959-970.
- Pabón, D., Galvis, M. y Cerquera, A. (2014). Diferencias en el apoyo social percibido entre cuidadores informales y formales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología desde el Caribe*, 31(1), 59-77.
- Peña, F., Álvarez, M. y Melero, J. (2016). Sobrecarga del cuidador informal de pacientes inmovilizados en una zona de salud urbana. *Enfermería global*, 15(43), 100-111.
- Piñeiro, I., Rodríguez, S., Albite, A., Freire, C. y Del Mar Ferradás, M. (2017). Sobrecarga y salud percibida en cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental. *European Journal of Health Research*, 3(3), 185-196.
- Pérez, D., Rodríguez, A., Herrera, D., García, R., Echemendía, B., y Chang de la Rosa, M. (2013). Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes. *Revista cubana de higiene y epidemiología*, 51(2), 174-183.
- Pérez, M., Muñoz, M., Parra, L. y Del-Pino, R. (2017). Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. *Atención Primaria*, 49(7), 381-388.
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A. y Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma psicológica*, 16(2), 85-112.
- Pizarro San Martín, C. (2016). *Significados, aprendizajes y necesidades desde la experiencia de cuidar de cuidadoras/es informales de personas adultas mayores con dependencia, desde un enfoque de género* [tesis para optar al grado de doctor]. Universidad de Chile.
- Puentes, A. y García, T. (2013). Los primeros auxilios psicológicos en el servicio de atención al ciudadano desde un enfoque humanista. *Revista Logos, Ciencia & Tecnología*, 4(2), 42-52.
- Rabelo, J. (2010). Primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis desde el trabajo social. *Documentos de Trabajo Social*, 47, 121-133.
- Rendón, M. y Agudelo, J. (2011). Evaluación e intervención en crisis: retos para los contextos universitarios. *Hallazgos*, 8(16), 219-242.

- Rodríguez, E. y Valencia, Y. (2017). *Estrategias de afrontamiento familiar ante la crisis no normativa del terremoto 16a, y su influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en la comunidad de Andrés de Vera-Portoviejo*. Julio a septiembre 2016.
- Ruiz, N. y Moya, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de motivación y emoción, 1*, 22-30. http://reme.uji.es/reme/3-albiol_pp_22-30.pdf
- Udovicich, M. (2018). Seguir trabajando. La racionalidad técnica de la hiperdisponibilidad móvil para el ejercicio profesional contemporáneo a partir de un análisis de pares sociotécnicos. *Encuentros, 16*(2), 47-61.
- Taborda, A. y Mejía, K. (2018). Recursos de afrontamiento que emplean dos cuidadores informales, de adultos mayores diagnosticados con demencia tipo enfermedad de Alzheimer del municipio de Viterbo Calda.
- Toledo, V. (2013). El paradigma biocultural: crisis ecológica, modernidad y culturas tradicionales. *Sociedad y ambiente, 1*(1), 50-60.
- Troncoso, D. (2013). *Cuidadores informales de personas dependientes en Chile. Aspectos psicosociales y culturales* [tesis para optar al título de Doctor]. Universidad de Salamanca.
- Vázquez, C., Crespo, M. y Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. En A. Bulbena, G. Berríos y P. Fernández de Larrinoa (Eds.), *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (pp. 425-435). Masson. <http://webs.ucm.es/info/psisalud/carmelo/publicaciones.html>.
- Vega, C. (2012). *Culturas del cuidado en transición: espacios, sujetos e imaginarios en una sociedad de migración*. UOC.
- Vega, O. y González, D. (2009). Apoyo Social: Elemento Clave en el Afrontamiento de la Enfermedad Crónica. *Enfermería Global, 16*, 1-11.
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica, 30*(2), 23-29.