



DISEÑO DE UN PROGRAMA PILOTO EN PROMOCIÓN DE LA SALUD FÍSICA Y MENTAL Y PREVENCIÓN DE LA SOBRECARGA, DESDE UN ENFOQUE DIFERENCIAL EN CUIDADORAS DE PACIENTES CRÓNICOS DEL BARRIO BELÉN, LOCALIDAD CANDELARIA.

**MARÍA PAULA ARIAS VALDÉS
PAULA ANGELICA ARIZA COLINA**

**TUTORA
ANA LUCIA CASALLAS MURILLO
TITULO A OBTENER: MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

**ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO**

2023

1. Resumen

El presente proyecto está enmarcado en el trabajo de grado de la maestría de Salud Pública, el objetivo fue desarrollar un programa piloto en promoción de la salud física y mental y la prevención de la sobrecarga, desde un enfoque diferencial en cuidadoras del barrio Belén, de la localidad Candelaria. El objetivo del programa parte desde reconocer las diferencias de género en el cuidado y desde ahí la construcción de un programa con enfoque diferencial. En primera instancia se realizó una caracterización de necesidades y se desarrollaron actividades desde la salud mental como el mindfulness y desde la salud física como la higiene postural. Al final se realizó un seguimiento con las cuidadoras participantes del proyecto y con un líder comunitario que facilitó el contacto y el trabajo con las cuidadoras. En seguimiento se abordó la continuidad de las actividades realizadas en el proyecto.

2. Problema

El envejecimiento poblacional hace parte de una realidad que experimentan todos los países del mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años (OMS, 2021). Se considera al envejecimiento una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI, con consecuencias en sectores y mercados laborales, financieros, de estructuras familiares, demandas de bienes y servicios, entre otros (Organización de las Naciones Unidas, 2022). Se estima que para el año 2050 alrededor del 65% de la población tendrá más de 65 años, 16% más que la proporción actual (Naciones Unidas, 2022; OMS, 2021).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el aumento de expectativa de vida se considera una ganancia de supervivencia, sin embargo, la vejez y el envejecimiento presentan un deterioro esperado y acompañados de enfermedades crónicas y discapacidades con grados de dependencia, que afectan la capacidad funcional de las personas. (OPS, 2019). Por ende, la demanda de atención y cuidado requiere de colaboración de un tercero para ejecutar las tareas diarias (Bitria Archilla, 2021).

Esta atención es ejecutada por una persona cuidadora, los cuidadores se pueden categorizar como cuidador informal o cuidador formal (Ossa, 2018). Los cuidadores informales en su mayoría son familiares de las personas con necesidad de cuidado, lo cual también implica una vinculación afectiva con la persona con necesidad de cuidado (Ossa, 2018). Generalmente en una relación diversa y en vínculos de parentesco, amistad, comunitarios o laborales, que asumen la responsabilidad del cuidado para ayudarlo a realizar las actividades básicas de la

vida diaria y que habitualmente no reciben ningún tipo de retribución económica (Ossa, 2018). En este caso, por esta condición de informalidad estos trabajos de cuidado se desarrollan en condiciones de alta desigualdad, y es una esfera en la que se reproduce y amplifica el desequilibrio socioeconómico y de género (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2015).

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, el rol del cuidado es asumido en su mayoría por mujeres, representando una tendencia mundial a la feminización en trabajos de cuidado (Ossa, 2018). Estas mujeres que en su mayoría son familiares de la persona con necesidad de cuidado y tienen un perfil típico caracterizado por no tener una formación específica en cuidado ni en salud, no recibir remuneración económica por el trabajo realizado y sin normas ni horario estipulado, dedicando la mayor parte de su tiempo a la tarea del cuidar (Martínez Pizarro, 2020). Esta situación se normaliza por existir generalmente un vínculo estrecho familiar y de convivencia, junto con afectividad y responsabilidad por la persona en situación de dependencia (Guerrero-Nava et al., 2016).

Esta realidad social – histórica de contexto patriarcal, contempla el trabajo de cuidar como una función asociada al espacio doméstico y se convierte en un proceso salud-trabajo diferente al de los hombres, aumentando el riesgo para la salud física, psicológica y social de las mujeres que asumen dicha responsabilidad (Rangel Flores et al., 2017). En Colombia, según boletines del DANE y la ONU mujeres, existen alrededor de 8.6 millones de personas cuidadoras que se dedican únicamente a este trabajo, con menores posibilidades de actividad y participación en otras esferas; El 76.2% de estas son mujeres que además invierten en promedio 3 horas y 49 minutos más en el cuidado que los hombres. Además, de acuerdo a las cifras del DANE estos trabajos de cuidado no remunerado figuran el 20% del producto interno bruto (PIB) de Colombia, representándolo como una de las mayores actividades económicas del país, en dado caso que tuvieran retribución económica (DANE & ONU Mujeres, 2020).

En Bogotá, para el año 2019, se estimaban 891.000 personas dedicadas a trabajos de cuidado y actualmente se registran 1.4 millones de personas, de las cuales, el 84% son mujeres, el 30% de las bogotanas tienen como trabajo principal los trabajos domésticos y de cuidado sin remuneración (DANE & ONU Mujeres, 2020). El 90% de las personas cuidadoras vive en estratos 1, 2 y 3 y el 55.3% son mayores de 50 años (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2022) Según la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (2017) mientras 9 de cada 10 mujeres realiza trabajo de cuidado no pago, solo 6 de cada 10 hombres lo hacen. Por otro lado, en la participación y

tiempo en el cuidado y en trabajos domésticos las mujeres de Bogotá destinan en promedio 5 horas y 30 minutos, mientras que los hombres 2 horas y 19 minutos (3 horas menos al día) (Sistema Distrital de Cuidado-Alcaldía de Bogotá, 2022).

Teniendo en cuenta las cifras y las características mencionadas anteriormente, las cuidadoras suelen dedicarse enteramente al cuidado, con poco descanso o espacios propios. (Ossa, 2018; Truzzi et al., 2012). La exigencia de esfuerzos a nivel funcional y emocional derivados de los requerimientos físicos y estrés por la amplia dedicación al cuidado, la sobrecarga en tareas domésticas y alteraciones del sueño, terminan generando el desarrollo de condiciones que repercuten en esferas de la salud física, psíquica y social, el deterioro de la calidad de vida y el retraso en el proyecto de vida (López Gil et al., 2009).

El afrontamiento de las situaciones descritas, conlleva una sobrecarga en el cuidador-cuidadora, que se define como un estado de agotamiento emocional, estrés y cansancio, que afecta las actividades del diario vivir; las relaciones interpersonales y sociales, la libertad y el equilibrio físico y mental (Bello et al., 2019), en donde presentan diversos síntomas en aspectos objetivos y subjetivos entre los que se destacan: Estrés, ansiedad, preocupación, cansancio, dolor de cabeza, problemas gastrointestinales, taquicardia, baja autoestima, desmotivación, entre otros (Martínez Pizarro, 2020). En este contexto, la calidad de vida se muestra afectada en la mayoría de los casos, debido a que los cuidadores no reconocen la sobrecarga o no asumen el rol como una carga y no se percatan de como ésta repercute en su estado de salud, por lo que con el tiempo se emporan las condiciones (Ortiz, 2021).

Las intervenciones que se realizan en sobrecarga, pueden estar dirigidas a trabajar en un solo componente o enfocarse en varios, como manejo de estrés, psicoeducación, entrenamiento en habilidades, ejercicio físico y promoción de la salud, entre otros (Abrahams et al., 2018). Sin embargo, estas intervenciones son generalizadas y no distinguen entre diferencias de género asociadas a la carga del cuidado (Abrahams et al., 2018). Teniendo en cuenta, lo mencionado anteriormente, es necesario poder diferenciar y reconocer que las mujeres cuidadoras tienen una mayor carga del cuidado y esto genera que los programas a realizar incluyan estos factores determinantes.

Es fundamental destacar que las consecuencias derivadas del cuidado implican cambios y repercusiones decisivas en niveles mencionados anteriormente (Laso, 2017). La susceptibilidad a presentar síntomas físicos y emocionales como agotamiento físico y sus efectos y el estrés, ansiedad y depresión como factores principales, son desencadenantes del

trabajo que desarrollan (López Gil et al., 2009). Por lo que, programas y diseños que mitiguen dichas consecuencias, se convierte en una manera exitosa de facilitar un cuidado básico de calidad hacia la persona que se cuida y además aminorar los resultados e implicaciones en la salud (Laso, 2017).

Por lo tanto, el presente programa tiene como ubicación la localidad de la Candelaria, la cual se ubica en el centro oriente de la ciudad de Bogotá y geográficamente se encuentra circunscrita en la localidad de Santa Fe, constituyéndose en la localidad más pequeña de la ciudad (Secretaría Distrital de Integración Social, 2021). Para el año 2018 la localidad contaba con 17.075 habitantes y según las proyecciones del DANE el crecimiento poblacional es del 4,7%, representado en un 7,3% para mujeres y el 2,3% para los hombres (Secretaría Distrital de Integración Social, 2021). Como dato demográfico importante, el grupo etario representativo es el de adulto en edades entre los 25 y 59 años (49,7%) (Secretaría Distrital de Integración Social, 2021). El grupo de adultos mayores entre 2018 y 2021 creció en un 11,2%, lo que indica una mayor demanda de cuidado en dicha población (Secretaría Distrital de Integración Social, 2021).

La Secretaría Distrital de Planeación en el proyecto “La Candelaria redistributiva: democratizando el trabajo de cuidado”, en el rol de cuidado para la Candelaria se registra que el 24% de las mujeres son cuidadoras, de las cuales el 50% tienen más de 50 años y el 73% no supera la secundaria como nivel educativo (Secretaría Distrital de Planeación, 2023). En cuanto al rol de género, de cada 10 personas que manifiestan no terminar sus estudios, todas son mujeres, pues mencionan que están dedicadas a oficios del hogar y cuidado (Secretaría Distrital de Planeación, 2023).

Reconocer el trabajo de cuidado a las mujeres de la localidad de la Candelaria, contando con que no existe y se evidencia la necesidad de estrategias para este tipo de población (mujeres cuidadoras del barrio Belén) con programas que den cumplimiento a sus necesidades, redistribuyendo y aportando en la disminución de sobrecarga de estas labores que recaen principalmente en ellas, promoviendo la salud física y mental hace parte del afrontamiento en intervenciones a realizar en esta población, con perspectivas diferenciales en este caso, de género.

3. Justificación

El trabajo del cuidado ha aumentado durante los últimos años debido a la transición demográfica principalmente y al incremento de las enfermedades crónicas, que ha a su vez,

con lleva a que las dinámicas inciten a uno de sus miembros a tomar la decisión de asumir este rol, mediante una relación que se caracteriza por intercambios, tratos, sentimientos y conexiones familiares (Ramírez et al., 2018).

Sin embargo, este trabajo no asume únicamente una responsabilidad de tratamiento y cuidado si no la delegación de tareas como apoyo práctico y emocional, toma de decisiones y trámites relacionados con la salud de la persona que se cuida (Ramírez et al., 2018). Cada vez, más personas las acogen este rol y en su mayoría mujeres quienes generalmente se encuentran en el ámbito familiar como deber moral por hacerse cargo de la persona a cuidar (De Los Santos & Valdés, 2012). Esta figura de la mujer que adopta el cuidado se presenta como una realidad social y cultural histórica, que finalmente en una distribución de tareas desiguales, conlleva a implicaciones a nivel de la salud principalmente, económicas y sociales (De Los Santos & Valdés, 2012).

Estudios revisados sobre la consecuencia del cuidado prolongado y los efectos de la sobrecarga en los cuidadores y la persona con necesidad de cuidado, se asocian a depresión, ansiedad, baja calidad de vida, deterioro en la salud mental y física (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015; Truzzi et al., 2012). Además, se ha identificado que debido a que la carga del cuidado recae en gran parte en las mujeres, se generan dificultades a nivel socioeconómico, al influir en una mayor tasa de trabajo informal, pobreza y pérdida de oportunidades laborales (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015). Relacionando esta distribución desigual del cuidado, se encuentra que a nivel mundial, el trabajo de cuidado no remunerado sigue siendo invisible y no reconocido, según las encuestas sobre el uso de tiempo alrededor de 2000 millones de personas se dedican a trabajos de cuidado no remunerado y se encuentra que las mujeres realizan las tres cuartas partes de estos, es decir, el 76,2% del total de horas dedicadas al cuidado dedicando en promedio 3,2 veces más tiempo que los hombres, en ningún país se registra una prestación de cuidado igual entre hombres y mujeres (Umberto Cattaneo, 2019).

El impacto de la carga resultante del cuidado, sobre todo en actividades como aseo, alimentación, traslados entre otros, que pueden ser de complicada ejecución, trascienden en algún momento a deterioro en la salud física y emocional del cuidador, debido a la carga física que esto significa y que se refleja en requerimientos de fuerza y posturas exigentes en tiempos prolongados (Mendoza, 2014). Por otro lado, las interacciones con los receptores de cuidado, problemas de comportamientos y dinámicas en la relación persona con necesidad de cuidado-

cuidador como cuidar y sentirse cuidado, supone una situación nueva en la vida de ambos (Ramírez et al., 2018). Dicha transición conlleva a experimentar sentimientos de preocupación, malestar, temor, angustia que finalmente se traduce a estados de estrés y ansiedad asociados a los cambios de estado de ánimo y temperamento de las dos partes (Ramírez et al., 2018). Estas consecuencias desencadenan una problemática en salud en donde su atención primaria, debido a esto, el componente evaluativo y de intervención en la sobrecarga de las cuidadoras, resultan necesarios para el desarrollo de estrategias de apoyo, como prioridad en atención a su salud, que mitiguen las consecuencias derivadas de su rol (Ehrenzweig & Hernández, 2008).

Por lo tanto el reconocer los esfuerzos y demandas a las que se encuentran expuestas las cuidadoras, requiere de una exploración y valoración en el tema, para posteriormente facilitar su actividad individual y comunitaria, con el fin de que continúen brindando el cuidado sin que éste sea un factor que impacte de manera negativa en su vida (Ehrenzweig & Hernández, 2008). La evaluación de la sobrecarga a través de la escala de sobrecarga de cuidador de Zarit, ha sido traducida y validada en diferentes países con adultos mayores dependientes, adultos con enfermedades crónicas degenerativas y/o enfermedades mentales y tiene en cuenta la sobrecarga sentida y percibida por un cuidador o cuidadora de una persona que requiere de una atención y cuidado permanente, toda vez que incluye en su aplicación factores en salud física, psicológica, social y económica, por tanto, la escala demuestra ser un instrumento con evidencia en su validez y confiabilidad para aplicar en este caso específico.

En la intervención, transformar e impactar a través de programas la sobrecarga asociada al cuidado, tiene relación también con el reconocimiento del mismo; actualmente el cuidado no es reconocido ni valorado hablando no sólo desde una remuneración económica si no desde la misma persona cuidadora, es decir, una naturalización impuesta (Esquivel, 2015). Modificar lo anterior implica cambiar las desigualdades asociadas a la prestación de cuidado a través del reconocimiento primeramente de la mujer cuidadora y la familia, pues esto va más allá de los hogares, se debe incluir a la sociedad e institucionalidad en conjunto (Esquivel, 2015). Así mismo sostener el estereotipo de género permite continuar con las relaciones de poder existentes lo que resulta en que el cuidado sea provisto mayoritariamente por las mujeres (Esquivel, 2015).

Por lo anterior, el desarrollo de un programa para esta población, que tenga en cuenta evaluaciones, necesidades, intervenciones terapéuticas y reconocimiento del cuidado desde enfoques de promoción de salud y prevención de sobrecarga con perspectivas de género resulta

una opción precisa para disminuir las consecuencias desencadenantes. Según Esquivel, 2015 probablemente el cuidado tenga una distribución y manejo “menos” desigual socialmente hablando, cuando se presente un mejor valor al mismo garantizando la redistribución de cargas a través del diseño de programas que incorpore las necesidades, redireccionando la forma en la que se ha venido realizando las intervenciones de cuidado, pues las mujeres cuidadoras no han sido vistas como actores determinantes en la sociedad, lo que las hace no participes ante los servicios que reciben.

Por lo tanto, este proyecto de grado pretende dada la necesidad específica en la Localidad de la Candelaria, generar una estrategia para abordar el cuidado desde la promoción de la salud física y mental y la prevención de la sobrecarga en las cuidadoras desde un enfoque diferencial de género.

4. Objetivo general

Diseñar e implementar un programa piloto en promoción de la salud física y mental y en la prevención de la sobrecarga para cuidadoras informales en el barrio Belén, de la localidad Candelaria de Bogotá.

5. Objetivos específicos

- a. Caracterizar la sobrecarga en las cuidadoras informales del barrio Belén, de la localidad Candelaria.
- b. Diseñar el programa piloto para la promoción de la salud mental y prevención de la sobrecarga.
- c. Implementar un plan piloto con las cuidadoras del barrio Belén, de la localidad Candelaria.

6. Población

El programa se realizó con 10 mujeres cuidadoras de pacientes crónicos, mayores de edad del barrio Belén, de la localidad Candelaria. La población se escogió por el contacto que se tenía con un líder comunitario.

- a. Criterios de inclusión

Cuidadoras mujeres del barrio Belén, de la localidad Candelaria.

- b. Criterios de exclusión

Cuidadoras mujeres que no acepten participar del programa

Cuidadoras o pacientes que fallezcan durante la ejecución del programa

7. Necesidades

7.1. Percibidas

En la primera sesión con las cuidadoras se indagó sobre las necesidades que percibían en su labor de cuidado, para esta caracterización de necesidades se realizó una sesión conjunta y se utilizó la escala Zarit. Entre estas necesidades se identificó que las cuidadoras referían pocos cupos en los centros destinados a brindar servicios para las cuidadoras, al igual que dificultades en el proceso de vinculación. También mencionan la necesidad de mayores actividades y acompañamiento al adulto mayor, en este proceso solicitan actividades de estimulación cognitiva.

7.2. Expresadas

En la fase de caracterización se aplicó una evaluación de la sobrecarga mediante la escala Zarit, con el objetivo de caracterizar el nivel en la población de cuidadoras. Se aplicó la escala a 9 cuidadoras participantes del proyecto. De las cuales solo 2 presentaban sobrecarga ligera y sobrecarga intensa. Esta aplicación se realizó a través de una sesión en la que se aplicó el instrumento. Al igual que las cuidadoras estaban ya vinculadas con un líder social que realiza encuentros de actividad física, proceso que se ha realizado por las necesidades percibidas por la misma comunidad

7.3. Normativas

Desde el marco de las necesidades normativas, no se ha identificado una ley o decreto que regule el cuidado informal en Colombia.

Sin embargo, existen alguna legislación que hace referencia a intervenciones y/o estrategias para abordar el cuidado y que relacionan a continuación:

- Convenio 547 de 2015 MSPS – OIM: Manual de cuidado al cuidador de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015).
- Artículo 46 de la Constitución Política de 1991 el cual refiere que el Estado, la sociedad y la familia son los responsables de la protección y asistencia de las personas mayores, y el Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio

alimentario en caso de indigencia (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015).

- Ley 1413 de 2010, por su parte, tiene como fin regular la inclusión de la economía del cuidado en el Sistema de Cuentas Nacionales, la cual tiene como objetivo medir la contribución social y económica de la mujer, se pretende obtener información sobre el trabajo de hogar no remunerado (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015).
- La Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social -PPDIS, es una ruta con la cual se deben dirigir acciones en materia de inclusión social de las personas con discapacidad, con el objetivo de asegurar el goce pleno de los derechos y el cumplimiento de los deberes de las personas con discapacidad, de sus familias y cuidadores para el periodo 2013 – 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).
- Internacionalmente se tiene como referencia el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios de Argentina.

7.4. Relativas

Algunos países de América Latina han desarrollado prácticas y programas de intervención para el cuidado, muchos de estos, no han tenido una evaluación de impacto, sin embargo, el análisis y exploración de dichas acciones son de gran aporte para el diseño de intervenciones en Colombia (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015). En Argentina, se ejecuta desde el gobierno el programa Nacional de Cuidados Domiciliarios y dentro sus dos componentes se realizan actividades que tienen que con la formación de cuidadores a desempleados y personas vulnerables y atención y cuidado a personas mayores (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015).

En Chile, el Ministerio de desarrollo social ejecutó un programa centrado en el rol de los cuidadores desde el monitoreo de su labor, países como Brasil y Uruguay también reconocen el cuidado dentro de sus programas nacionales (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015). México desarrolla un programa de atención domiciliaria para la población vulnerable, en donde se brindan atenciones preventivas a población vulnerable y sus cuidadores, a estos últimos brindándoles capacitaciones en salud para una atención de calidad. De éste, se resalta que ha sido el único que ha brindado atención psicológica (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015).

En Colombia, desde un enfoque domiciliario, estos servicios son prestados por profesionales de manera formal a través de empresas, sin embargo, de manera informal son no

remunerados y ejecutados por mujeres mayormente (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015). Actualmente, Bogotá es la primera ciudad de América Latina en tener un Sistema de Cuidado; con el objetivo de contribuir a la igualdad de oportunidades para las mujeres a través de la ampliación y cualificación de la oferta institucional de servicios del cuidado, con el fin de reducir su tiempo total de trabajo; redistribuir el trabajo de cuidado no remunerado con los hombres; y contar con mecanismos para su valoración y reconocimiento (Secretaría Distrital de la Mujer, 2020).

Un ejemplo de lo mencionado anteriormente es el modelo de corresponsabilidad que le quite la sobrecarga de trabajos de cuidado a las mujeres cuidadoras (Secretaría Distrital de la Mujer, 2020). Cuenta con una forma de ordenamiento territorial a través de Manzanas de Cuidado, que pone en el centro de la planeación urbana las necesidades de las cuidadoras. Se cuenta con 7 en Bogotá, ubicadas en las localidades de: Rafael Uribe Uribe, Engativá, Usaquén, Kennedy, Los Mártires, Usme, San Cristóbal, Bosa, del Centro de Bogotá y Ciudad Bolívar. Se espera que próximamente se realice apertura de más manzanas del cuidado (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2022).

Esta estrategia hace parte de los objetivos del Sistema Distrital de Cuidado, siguiendo las disposiciones del Plan Distrital de Desarrollo 2020-2024 y dentro de sus procesos se cuenta con servicios de descanso, formación y recreación en espacios y tiempos estipulados por la estrategia (Secretaría Distrital de la Mujer, 2021), generalmente en salones comunales, parques, espacios públicos, entre otros. Sin embargo, existen circunstancias que limitan a algunas cuidadoras a asistir, ya sea por la actividad propia del cuidado, por no contar con un reemplazo para éste o por desinformación; esta situación evidencia la necesidad de implementar dichas alternativas en espacios como su propio domicilio, con el objetivo de responder a las demandas de las mujeres cuidadoras, generando una oferta de servicio al hogar diferenciada para contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.

8. Teoría del cambio

La teoría del cambio es un modelo conceptual que tiene como objetivo explicar cómo funciona la intervención y como a través de los distintos componentes de la misma, se van a lograr los cambios propuestos (Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020). Desde este modelo se lleva un dialogo entre los diferentes actores para construir los posibles métodos para que la intervención funcione. Este modelo se puede utilizar para la planificación o para la recolección de información (Cassetti & Paredes-Carbonell, 2020).

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, el programa se fundamenta en el interaccionismo simbólico debido a que esta perspectiva teórica y metodológica se basa en el entendimiento de la conducta como producto de la interacción social y la construcción de significados (Blumer, 1982). Desde esta perspectiva, en el proyecto se pretende realizar la construcción mutua de significados que las mujeres y los profesionales han generado y la transformación del mismo, a través de la construcción del proyecto.

9. Marco Teórico

Las enfermedades crónicas, están definidas como el conjunto de condiciones en salud de larga duración y progresión lenta, dentro de este grupo de enfermedades se puede encontrar el cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades neurológicas, respiratorias entre otras (Montalvo-Prieto et al., 2012). Este tipo de enfermedades generan el 80% de muertes a nivel mundial, por lo que se reconocen como un problema en salud pública debido a su alto índice de mortalidad, costos elevados en tratamiento, incapacidad prematura y alta complejidad (Montalvo-Prieto et al., 2012).

Se identifica también que esta problemática genera un alto costo social, al generar muertes prematuras, incapacidad, pérdida de años saludables. Asimismo, puede generar altos grados de dependencia, pérdida en la autonomía física, mental y necesidad de asistencia en actividades diarias (Herrera Merchán et al., 2020; Así Vamos en Salud, 2015). A nivel económico se estima que la pérdida es de aproximadamente de 7 billones al año, se ha identificado que la mayor carga y mayor afectación económica se da en los países en desarrollo debido a la baja inversión en salud que se realiza (Así Vamos en Salud, 2015). Por esto mismo, las enfermedades crónicas generan una alteración en la dinámica familiar y se crea la necesidad de cuidado y es la familia que en su mayoría se organiza para suplir esta necesidad (Herrera Merchán et al., 2020).

El cuidado como actividad tradicional y cotidiana, que típicamente ha sido asumida por mujeres familiares ha sido definido desde un enfoque de género por Marie Françoise Collié (1993) como:

“El cuidado, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, es probablemente una de las funciones humanas de mayor importancia vital, sin embargo, cuando se naturaliza y vincula a las mujeres se convierte en factor de injusticia y desigualdad”. Tello, M. A. (2016).

Según (Rocha et al., 2009) el cuidado tiene diferentes formas de ser conceptualizado y sus términos para ser definido varían, se encuentra el cuidado como intervención, proceso, acción terapéutica, como idea moral, cuidado desde un enfoque profesional, entre otros. Es una acción entre seres vivos y que se da y se establece a partir de las relaciones. “*Todos cuidan y son cuidados*” (Rocha et al., 2009).

Estas relaciones incluyen una correspondencia entre sí mismo y el otro, es decir, cuidarme y cuidar al otro de la misma forma y con la misma responsabilidad (Rocha et al., 2009). De manera que el arte de cuidar viene determinado de una intención para lograr un estado de bienestar.

Las dimensiones del cuidado se dividen en temporal, geográfica, residencia, financiera, estado de salud y tipo de cuidado, representación legal y ética y dimensión emocional, espiritual y moral. Estas dimensiones hablan sobre las especificaciones que se necesitan para ejercer el cuidado y el nivel de dependencia del receptor de cuidado (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015).

Este rol de cuidador normalmente es asumido por familiares de los pacientes, y en donde normalmente no reciben ningún tipo de retribución económica (Ossa, 2018). Este tipo de cuidador se categoriza como informal o cuidador familiar, lo cual también implica que el cuidador y el paciente tienen una vinculación afectiva (Ossa, 2018). En Colombia se estima que aproximadamente el 15% de la población tiene el rol de cuidador informal, lo cual muestra como independiente de la discapacidad o limitación, el cuidado se brinda por una persona del hogar o familiar.

Desde la estructura familiar, es la mujer quien históricamente se ha hecho cargo de esta función. Por lo tanto, se genera una asimetría en las funciones y roles entre hombres y mujeres; la participación de la mujer en el mercado laboral genera que esta deba hacerse cargo simultáneamente de las funciones de cuidado y de la generación de ingresos (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015). Debido a las particularidades mencionadas anteriormente, los cuidadores suelen dedicarse enteramente al cuidado, sin descansos, ni espacios propios, además, es común que se renuncie al trabajo y que solo una persona se haga cargo como cuidador principal (Ossa, 2018; Truzzi et al., 2012).

Se encuentra además, que el cuidado de estas personas, que típicamente es asumido por las mujeres, es parte esencial en el proceso de participación activa, oportunidades, derechos, estilos de vida y contexto social de las personas que cuidan (Cañizares, 2017). Sus funciones

se describen no sólo en el cuidado, si no en la asistencia, la atención en las necesidades físicas y emocionales y en las demandas de apoyo que estas requieran, por lo que, el rol como cuidadoras potencializa el desarrollo de capacidades necesarias para el progreso de inclusión como personas y el desenvolvimiento adecuado en las actividades de la vida diaria (Cañizares, 2017).

Esta división de género y feminización del cuidado se da por la naturalización de los roles y la división sexual del trabajo (Izquierdo, 2003; Esteban, 2017). Por esto se hace necesario reconocer la socialización diferencial emocional de género, que implica que la creencia social que los niños y niñas son en esencia diferentes por lo que se determina una diferencia en roles a desarrollar (Ovejas, 2020). Estos roles son perpetuados y reforzados a través de la familia, medios de comunicación, escuelas, las políticas, los medios de trabajo, debido a esto las actividades que se promueven a los niños están relacionadas con las tareas productivas, de esta forma el valor de las actividades que se asocian a lo masculino esta mediado por su valor de producción para el cambio, en este caso el dinero (Izquierdo, 2003; Ovejas, 2020).

Por otro lado, en las mujeres o en las niñas se refuerzan las tareas de pasividad, de amabilidad, de cuidado, tareas de reproducción o de la vida privada por que en estas tareas se proporciona valor a las actividades que están directamente relacionadas con satisfacer las necesidades humanas, por esto estas actividades se valoran es por la satisfacción que generan (Izquierdo, 2003; Ovejas, 2020). Es por esto que las actividades asociadas a lo femenino son valoradas subjetivamente y están relacionadas con su respuesta hacía las necesidades de los otros, por esto es que se ve a la mujer anteponiendo otras exigencias frente a las de ellas (Izquierdo, 2003).

La inequidad de género en el trabajo de cuidar, como construcción sociocultural desencadena desigualdades que requieren atención y manejo (Hernández, 2009). El enfoque diferencial es una intervención aplicable para este caso. Se entiende como enfoque diferencial al análisis que permite identificar a la población comúnmente vulnerable, debido a su edad, género, raza, orientación sexual, situación de discapacidad (Secretaría de integración social, 2021). Este enfoque tiene como objetivo resaltar las brechas y vulnerabilidades con el objetivo de realizar política pública, tomas decisiones públicas y potencializar el enfoque de derechos (DANE, 2020; Secretaría de integración social, 2021). De esta forma se trabaja sobre los principios de equidad y justicia reconociendo estos grupos que históricamente han sido

vulnerados y por esto mismo, se reconocen las necesidades especiales y la necesidad de realizar abordajes enfocados en estas necesidades particulares y en la diversidad (Secretaría de integración social, 2021).

Cuando las cuidadoras se dedican enteramente al cuidado de la persona, conlleva un impacto negativo en múltiples esferas de la vida y se refleja una mayor vulnerabilidad a presentar síntomas asociados al requerimiento de exigencias a nivel funcional y emocional (López Gil et al., 2009). Estos síntomas se manifiestan en cansancio, mialgias, fatiga crónica, alteraciones en el sueño, apatía, irritabilidad, entre otros, afectando directamente en la calidad de vida de la cuidadora en esferas de la salud física, psicológica y social, generando a futuro sobrecargas desencadenantes de su trabajo de cuidado (López Gil et al., 2009). Esta sobrecarga afecta las actividades del diario vivir, las relaciones interpersonales y sociales, la libertad y el equilibrio mental; es el grado en el que se percibe la influencia negativa del cuidado, en diferentes aspectos en su vida como en la salud mental y física, la interacción social y su economía (Bello et al., 2019).

La sobrecarga se divide en dos tipos, una es la sobrecarga objetiva que se define como el grado de dedicación a los cuidados y como impacto de los cuidados en la vida de la cuidadora; y la sobrecarga subjetiva, que se refiere a la forma en la que la cuidadora responde a la situación de cuidados, se define como el sentimiento psicológico que se asocia al hecho de cuidar y se relaciona con el grado en que la cuidadora se siente agotada y percibe dificultades para manejar la situación de cuidados (Jofre & Sanhueza, 2010).

De igual forma la definición de sobrecarga incluye dos aspectos fundamentales: el objetivo y el subjetivo. La sobrecarga objetiva corresponde a los resultados negativos concretos y visibles del papel del cuidador y la subjetiva se refiere a las sensaciones que el cuidar desencadena, a la evaluación personal de los familiares sobre la situación (Moreira & Turrini, 2011).

Estudios relacionados con los instrumentos de evaluación para la sobrecarga, mencionan que la escala Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI) es la más utilizada (Martínez et al., 2015). Esta escala tiene en cuenta los efectos negativos que el cuidado desencadena en aspectos de su salud física, psicológica, social y económica (Ortiz, 2010), además la ZBI se revela interesante para explicar los cuidadores y las asociaciones entre altos grados de sobrecarga, enfrentamiento disfuncional y depresión; apuntando a un escenario peculiar de

vulnerabilidad a la que éste anciano, que cuida de otro, puede estar expuesto (Bianchi et al., 2016).

Dicha escala valora la sobrecarga sentida y percibida por un cuidador o cuidadora de una persona que requiere de una atención y cuidado permanente. Una persona cuidadora es definida por El Ministerio de Salud y Protección Social como: *"Aquella que asiste o cuida a otra en situación de dependencia funcional, lo cual le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades básicas de la vida diaria"*. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Se identifican así mismo tres tipos:

- Personas cuidadora familiar: Aquella que de manera permanente o temporal brinda el cuidado y tiene un vínculo familiar directo con la persona que requiere dicho cuidado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).
- Cuidador informal: No existe vínculo familiar, no cuenta con formación para el cuidado y ejecuta dicha labor de forma remunerada o no (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).
- Cuidador formal: Cuenta con vinculación laboral con alguna institución o persona natural, cuenta con remuneración y formación para ejecutar tareas de cuidado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Lo realmente necesario, es comprender que, para brindar una correcta asistencia a la persona que se encuentra bajo su cuidado, resulta indispensable que la cuidadora se encuentre en condiciones óptimas y de bienestar físico y mental para cumplir su rol (Calle & Tapia, 2021).

Por otro lado, para Ossa, 2018 una persona cuidadora es aquella que tiene una responsabilidad de cuidado por otra que lo necesita y quien está obligada a responder por ella. Identifica a cuidadores formales e informales, informales primarios, secundarios y cuidadores familiares (Ossa, 2018).

El cuidador formal, es una persona profesional específicamente de la disciplina de la enfermería quien cuida de manera integral a otra en condiciones de salud y enfermedad (Ossa, 2018). El cuidador informal es aquella que ayuda a la persona que requiere el cuidado sin retribución económica y que hace parte de una red social de esta, es decir, existe una relación afectiva entre el cuidador y la persona dependiente (Ossa, 2018). El cuidador informal primario es quien de manera directa atiende las necesidades y asume la responsabilidad de la persona dependiente, generalmente es un vínculo familiar como esposo o hijo/a y el secundario generalmente es quien presta apoyo al cuidador principal en términos económicos, ocio o

actividades sociales (Ossa, 2018). El cuidador familiar es quien sostiene afectiva y familiarmente vínculo con la persona dependiente y quien lo cuida cada día en su domicilio, así este no resida allí mismo (Ossa, 2018).

El concepto de cuidador ha sido multiestudiado y existen diferentes concepciones asociadas a su término (Rivas Herrera & Ostiguiñ Meléndez, 2018). En general, conceptualmente el cuidador es una persona del entorno de un paciente o persona que requiere de un cuidado, que asume de manera voluntaria una responsabilidad amplia y quien está en disposición de tomar decisiones y cubrir las necesidades básicas de la vida diaria de un paciente, que puede o no ser de su red o entorno familiar y lo realiza con o sin retribución económica (Moreno et al., 2017).

Considerando los componentes que se relacionan en el trabajo de cuidado, los efectos y consecuencias sobre la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras, la importancia de evaluaciones e intervenciones, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad son conceptos relevantes desde la perspectiva de contribución a la salud física y mental de las mujeres que adoptan este rol. Así pues, la promoción de la salud es un término que surgió en el año 1974 en el informe Lalonde, debido los cambios presentados en la teoría de la salud pública y en dónde se tuvieron en cuenta para su conceptualización factores sociales y ambientales (Camara et al., 2014).

Años después, la OMS en su edición de glosario publicado en 1986 en la primera conferencia internacional de Promoción de la Salud, que dio lugar a lo que hoy se conoce como la Carta de Ottawa define la promoción de la salud como: *“El proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”* (Organización Mundial de la Salud, 1998)

En la carta de Ottawa este concepto integral se instituye como estrategia de acción integral mundial, en donde se identifican tres componentes fundamentales para la promoción de salud (Organización Mundial de la Salud, 1998). El primero *la abogacía* por la salud, el segundo *el facilitar* el completo desarrollo y potencial de salud de las personas y el tercero *el mediar* en pro de la salud en cualquier situación (Organización Mundial de la Salud, 1998).

La estrategia se basa en cinco áreas de acción para que sea llevada a cabo y son: *“Establecer una política pública saludable. Crear entornos que apoyen la salud. Fortalecer la acción comunitaria para la salud. Desarrollar las habilidades personales. Reorientar los servicios sanitarios”* (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Por otro lado, la OPS define la promoción de la salud como: *“Un proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y sus determinantes”* (OPS, 2022). La Organización Panamericana de la Salud precisa que la promoción de la salud se desarrolla a través de las políticas públicas adecuadas que integren componentes como los ingresos, vivienda, seguridad alimentaria, empleo, educación y condiciones laborales de calidad (OPS, 2022). La promoción de la salud implica un enfoque participativo que incluye a individuos, poblaciones, organizaciones, instituciones y comunidades que de manera conjunta trabajen para crear condiciones de salud y bienestar para todos (OPS, 2022).

A lo largo de la historia se han dado múltiples interpretaciones a la salud y la enfermedad, con ello también se han relacionado los conceptos de promoción y prevención (García & Tabón, 2000). La Organización Mundial de la Salud indica que la prevención de la enfermedad es un concepto complementario de la promoción de la salud (Organización Mundial de la Salud, 1998). La prevención se basa en la mitigación de factores de riesgo relacionados con la aparición de la enfermedad y en la reducción de sus consecuencias, en donde se considera a las personas y poblaciones como expuestas a un riesgo que se asocia a los diferentes comportamientos (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Desde sus clasificaciones se encuentra la prevención primaria, secundaria y terciaria, dirigidas a contener y/o retardar en sus fases iniciales o en la presencia de la enfermedad sus efectos a través de tratamientos o estrategias eficaces para su manejo (Organización Mundial de la Salud, 1998). Como referente del desarrollo teórico y enfoque principal de trabajo, desde la propuesta de diseño de un programa de intervención en promoción y prevención, se recopilan los conceptos de salud y cuidado, actividad física y salud mental, pues son las dimensiones de impacto que se afectan en la sobrecarga por el cuidado. De acuerdo a esto, el concepto de salud es definido por la OMS como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*, la salud física considera el bienestar relacionado con el cuerpo y el adecuado funcionamiento del organismo de los individuos (Organización Mundial de la Salud, 2022).

La actividad física como componente determinante en la salud, tiene que ver con cualquier movimiento corporal producido por la musculatura esquelética que genera un consumo y/o gasto de energía (OMS, 2022). Lo anterior se relaciona con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad teniendo en cuenta que, para gozar de una óptima salud

física, la actividad tanto moderada como intensa es necesaria para el mejoramiento y mantenimiento de la salud y para la prevención y control de enfermedades (OMS, 2022).

Las actividades físicas que ejecuta una persona cuidadora, se asocian con los esfuerzos directos e indirectos a los que se someten, por ejemplo, la manipulación de cargas a las que se encuentran expuestos en trabajo con personas dependientes (Hurtado & Quintana, 2016). A partir de la exigencia en la carga física se desencadenan variables que afectan la salud y el bienestar físico, entre ellos, agotamiento, cansancio y fatiga muscular (Hurtado & Quintana, 2016).

Dichas variables concluyen en lesiones y trastornos articulares y musculares, como contracturas, fracturas, tendinitis, generalmente a nivel de columna dorsolumbar, miembros superiores e inferiores, generando disminución en el desempeño, ritmo y productividad de las actividades diarias (Hurtado & Quintana, 2016). De lo anterior, se destaca la importancia reconocer el cuidado físico como estrategia fundamental en la intervención con cuidadoras.

Como segundo componente, la salud mental es definida por la OMS como un estado de bienestar emocional y psicológico, se entiende este estado bienestar no solo como la ausencia de enfermedad mental, sino, como la capacidad de las personas para poder hacer frente a las dificultades normales de la vida (Anaya,2004). Se entiende como el reconocimiento de sus capacidades y el trabajo en las mismas para contribuir en su crecimiento personal y en la comunidad (Anaya,2004). De igual forma se reconoce que en este proceso es importante el contexto de la persona y como si no hay un ambiente favorable para que la persona pueda desarrollar y trabajar en estas capacidades, la salud mental se puede ver afectada (Anaya,2004).

En relación a lo que es la salud mental en los cuidadores informales se ha identificado que, debido a la sobrecarga, las bajas actividades de ocio y actividad física, estos tienen peor salud mental (Larrañaga et al., 2008). Entre las dificultades a nivel psicológico esta la irritabilidad, cambio en comportamiento, cambios en la autoeficacia y desarrollo de trastornos como la ansiedad y la depresión (Herrera Merchán et al., 2020). De igual forma, se encuentran diferencias a nivel de género en esta área, como se ha mencionado anteriormente las mujeres al ser en las que recae la carga del cuidado presentan mayores niveles de ansiedad, depresión, ira, estrés y hay una percepción de peor salud física (Ossa, 2018; Hernández, 2015).

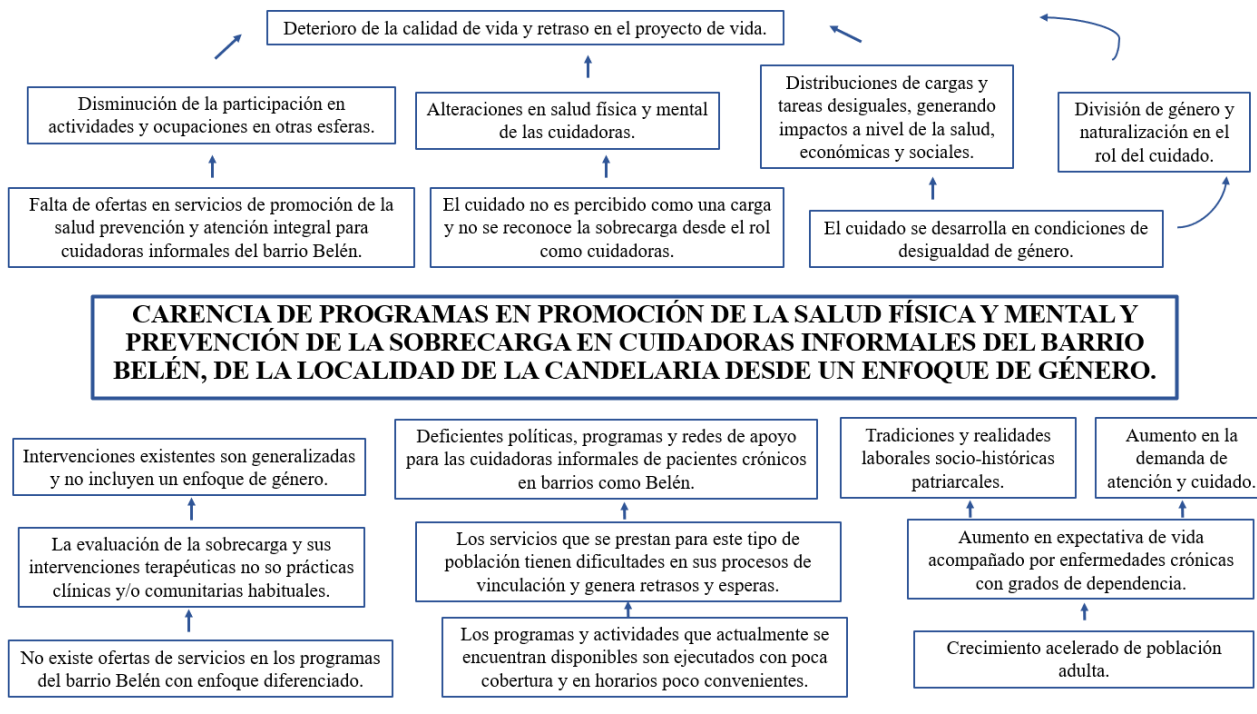
10. Marco Lógico

10.1. Análisis de involucrados

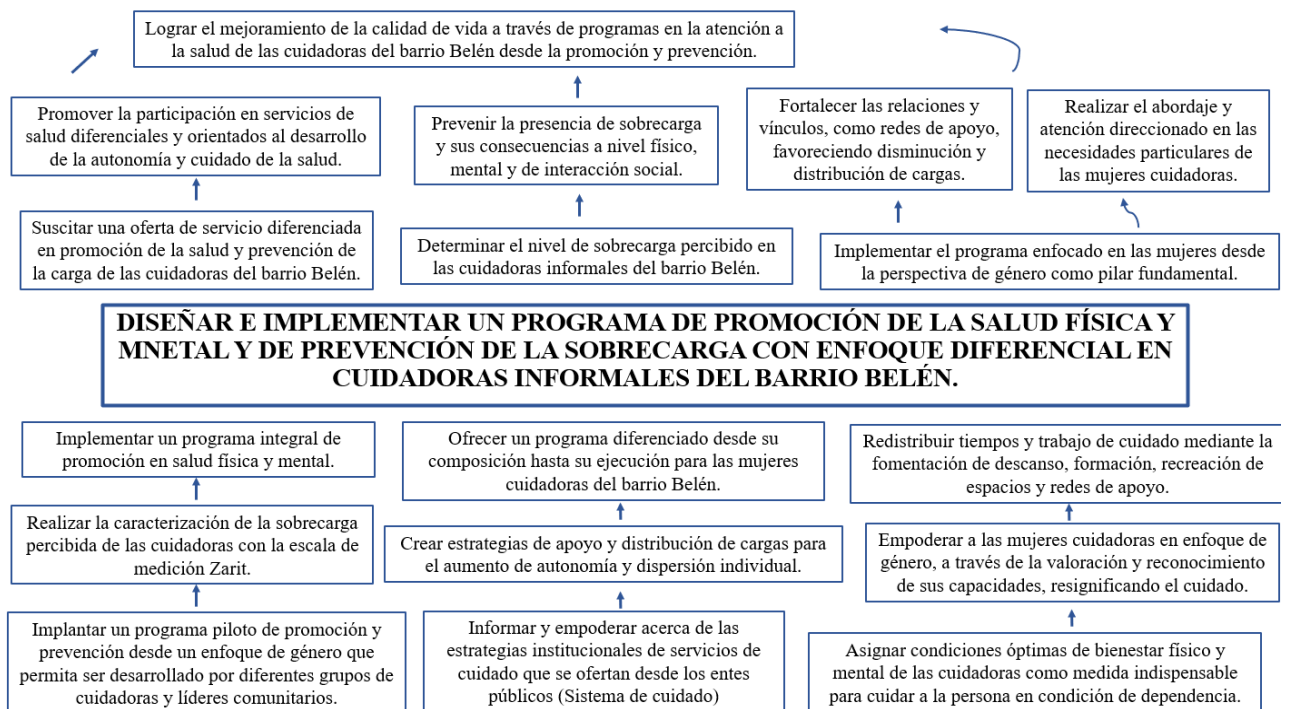
Actores	Intereses	Problemas percibidos	Mandatos y recursos
Cuidadoras	<p>Promover el mejoramiento de la salud física y mental a partir de las necesidades específicas de las cuidadoras y prevenir los niveles de sobrecarga evidenciados en la caracterización de la escala Zarit, mediante el diseño de una estrategia de intervención/programa/piloto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La población está expuesta a niveles de sobrecarga física y mental como consecuencias derivadas de su rol como cuidadoras, no cuentan con estrategias de apoyo e intervención en promoción y prevención. - No contar con tiempos de dispersión y cambio de rol por dedicar el tiempo enteramente al cuidado. - Falta de información relacionada con ayudas y apoyos por parte de entes públicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Información sobre las manzanas del cuidado (específica en la zona) e información sobre el acceso a la misma. - Actividades diversas de ocio y descanso que no requieran mucho tiempo fuera de sus rutinas de cuidado - Fomento de redes entre cuidadoras para espacios de dispersión, espacios que se mantengan en el tiempo
Grupos familiares	<p>Fortalecer las relaciones y vínculos afectivos entre el grupo familiar (cuidadora-paciente), lo que favorece la autonomía e independencia de cada uno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rupturas y fragmentación de las relaciones y vínculos familiares por delegar el cuidado en solo una persona. - Dificultad en comunicación asertiva en temas de distribución de cargas. - Cambios en la relación cuidadora-paciente por la idea de creer que el cuidado es una obligación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desde la resignificación del cuidado se fomenta el cambio en el concepto e identificación de roles

		<ul style="list-style-type: none"> - Carencia de apoyo por parte de los familiares en distribuciones y rotaciones de cuidado. 	
Poblaciones pacientes crónicos	Promover el mejoramiento de las condiciones de su cuidado, la atención de su salud y calidad de vida desde la disminución de sobrecarga de su cuidadora.	<ul style="list-style-type: none"> - Las condiciones de cuidado por parte de las cuidadoras pueden resultar ineficientes por la sobrecarga a la que se encuentran expuestas, afectando el bienestar y el cubrimiento de las necesidades básicas del sujeto de cuidado. - Dependencia total del paciente crónico lo que conlleva mayor necesidad de asistencia de las cuidadoras. (Tener en cuenta patología de base). 	- Estrategias para mejorar condiciones de cuidado que generen mejoras en la calidad de vida y atención del paciente crónico (a través de las actividades planteadas en el programa)
Gobierno nacional	Promover la equidad de la mujer en relación al trabajo de cuidado no remunerado e incluir el enfoque de género en las políticas públicas	<ul style="list-style-type: none"> - Inequidad en horas de trabajo no remunerado entre mujeres y hombres - Mayor tiempo de cuidado invertido por mujeres que por los hombres 	<ul style="list-style-type: none"> - Política nacional del cuidado - Ley del cuidado 1413 de 2010 - Decreto 1228 del 18 de julio del 2022 - Plan Nacional de Desarrollo (2022 - 2026)

10.2. Árbol de problemas



10.3. Árbol de objetivos



10.4. Matriz del marco lógico

FIN	PROPOSITOS	ACTIVIDADES	INDICADORES	TIPO DE INDICADOR
Diseñar e implementar un programa piloto en promoción de la salud física y mental y en la prevención de la sobrecarga para cuidadoras del barrio Belén de la localidad Candelaria.	1. Caracterizar la sobrecarga en las cuidadoras informales del barrio Belén de la localidad Candelaria.	1. Definir criterios para la inclusión y exclusión de participantes	Indicadores definidos	Proceso
		2. Contacto a potenciales participantes	Número de participantes contactados que aceptaron / número de participantes contactados totales	Proceso
		3. Hacer prueba piloto de aplicación escala Zarit	Número de participantes que realizaron escala zarit en etapa de pilotaje	Proceso
		4. Aplicar la prueba zarit a cuidadoras	Número de participantes que realizaron escala zarit en etapa de valoración	Proceso
		5. Sesión de caracterización con las cuidadoras	Resultados de necesidades percibidas por las cuidadoras. Material videográfico y registro documental de sesión	Proceso
		6. Consolidar y analizar resultados	Resultados consolidados sobre escala Zarit en participantes de programa y necesidades percibidas	Resultado
	2. Diseñar el programa piloto para la promoción de la salud mental y prevención de la sobrecarga.	1. Revisión de literatura	Marco teórico del programa en el documento	Proceso
		2. Establecer objetivos y actividades y del programa	Objetivos establecidos y actividades estructuradas en el documento	Estructura
		3. Creación de consentimiento informado	Documento de consentimiento informado	Proceso
		4. Creación de actividades para el desarrollo del programa	Actividades estructuradas en el documento	Estructura
	3. Implementar el plan piloto de la intervención	1. Contacto y concertación con cuidadoras para el desarrollo del programa.	Registro de cuidadoras participantes del programa	Proceso

desarrollada con cuidadoras del barrio Belén de la localidad Candelaria	2. Sesión: Construcción de redes e información. Se realizará una sesión con las cuidadoras en las que se abordará la información sobre manzanas del cuidado. Se realizará actividad de cartografía social.	Material videográfico y registro documental de sesión. Mapa de cartografía social	Resultado
	3. Sesión: Reconocimiento y autocuidado físico-postural, mindfulness y estimulación cognitiva. (ejercicios guiados y guías de estimulación cognitiva)	Material videográfico y registro documental de sesión	Resultado
	5. Seguimiento telefónico del programa. Al mes de la realización del programa	Registro telefónico de llamadas realizadas	Resultado

a. Evaluación

Se realizó un seguimiento al mes de la finalización del programa con el líder comunitario y con las cuidadoras. Se indagó el seguimiento de pautas y actividades realizadas dentro del programa.

11. Presupuesto

RUBROS	CONCEPTO	VALOR
Personal	2 terapeutas (psicóloga y fisioterapeuta)	\$4,000,000
Servicios técnicos	Uso de recursos de internet y llamadas telefónicas	100,000
Viajes y viáticos	Transporte de terapeutas	100,000

Materiales y Suministros	Fotocopias	50,000
Alimentación	Comida y bebida para las sesiones	100,000
TOTAL	4,350,000	

11. Cronograma

ACTIVIDAD	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M1 0	M1 1	M1 2
Planteamiento de proyecto	x	x	x	x	x	x						
Caracterización de población: aplicación zarit							x					
Actividad 1: resignificación del cuidado y construcción de redes								x				
Actividad 2: Mindfulness y autocuidado postural								x				
Evaluación proyecto: aplicación segunda de zarit									X			
Construcción de resultados y discusión										x	x	

12. Desarrollo e Implementación

12.1. Desarrollo

El proyecto presente se desarrolló en tres fases: fase de caracterización, fase de desarrollo y fase de implementación (pilotaje).

Fase 1:

En esta fase se realizó la caracterización de la sobrecarga en las cuidadoras seleccionadas. Para esto se hizo uso de la escala Zarit, instrumento para la evaluación de la sobrecarga, que tiene en cuenta los efectos negativos que el cuidado desencadena en aspectos de su salud física, psicológica, social y económica. Además, de la asociación entre altos grados de sobrecarga, enfrentamiento disfuncional y depresión (Martínez et al., 2015). Esta recolección de datos se hizo en la primera sesión en la cual se aplicó la escala Zarit. Se discutió el concepto del cuidado y se indagó por las necesidades de las cuidadoras para la construcción del programa, a través de una evaluación de necesidades que fueron tenidas en cuenta a la hora de continuar con el desarrollo de la siguiente fase.

Fase 2:

En esta fase se realizó la creación y desarrollo del programa de intervención en promoción de la salud física y mental y prevención de la sobrecarga en cuidadoras del barrio Belén, de la localidad Candelaria, desde un enfoque diferencial. Se amplió la revisión de literatura con el objetivo de identificar programas similares y estrategias eficaces para el objetivo propuesto. Se estableció el desarrollo del programa en cuatro sesiones (1). Caracterización de necesidades y resignificando el cuidado (2). Construcción de redes y manejo de información sobre recursos (3) Mindfulness, autocuidado físico y postural, y actividades de estimulación cognitiva. (4) Seguimiento virtual y actualización de información sobre cuidadoras.

Estas actividades fueron dispuestas de la siguiente forma:

1.1 Resignificación del cuidado y roles de genero

En concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo (2022-2026), dentro de su objetivo para implementar un sistema de cuidado para la vida y para la paz, se realizó una actividad que tuvo como objetivo la transformación cultural para promover la corresponsabilidad del cuidado, lo que implica la desnaturalización de los roles de género, para resignificar el concepto de cuidado en las mujeres cuidadoras.

2.1 Construcción de redes

Se brindó información sobre las manzanas del cuidado y se comentó sobre las actividades y rutas para acceder a las mismas. Posterior se realizó una cartografía social, la cual

tuvo como objetivo la aproximación a una problemática social o a representaciones de la realidad concebida por la comunidad (Betancurth et al., 2020; Castro & Segura, 2020). Es por esto que la cartografía social se asume como la representación gráfica de las relaciones, los símbolos y significados construidos y compartidos por el colectivo (Betancurth et al., 2020; Castro & Segura, 2020). Por lo tanto, para este programa se utilizó un mapa temático (Ver anexo 3) el cual permite comprender las fortalezas y debilidades de una comunidad para poder brindar una posibilidad de transformación y reconocimiento del territorio (Betancurth et al., 2020).

3.1 Mindfulness

En la sesión número dos se realizó un apartado de Mindfulness o momento presente, debido a que esta intervención ha mostrado evidencia en la reducción de síntomas como el estrés, la depresión y la ansiedad en cuidadores de personas con enfermedades crónicas como las demencias (Antonioni et al., 2022; Han, 2022; Kor et al., 2022). Los protocolos originales de mindfulness se realizan en 8 sesiones de 2,5 horas cada uno, sin embargo, en la revisión sistemática de Han (2022) se identificó que no había diferencias significativas al reducir las sesiones de la práctica. Es por esto que en el presente proyecto se explicaron los conceptos centrales del mindfulness y se realizó una práctica guiada de mindfulness (Ver anexo 6).

3.2 Autocuidado físico y postural

La efectividad de las intervenciones físicas junto con educación en higiene y salud postural en cuidadores desde la fisioterapia, ha sido ampliamente estudiada y con resultados estadísticamente positivos en la salud física y en la disminución de la sobrecarga. Según (Montero, 2017) la eficacia de los programas depende en gran medida del tipo, frecuencia, intensidad y duración del estímulo. El colegio americano de medicina del deporte (ACSM) indica que en el desarrollo de un programa de intervención se incluyan ejercicios de fuerza y resistencia cardiovascular (Montero, 2017). Actualmente el entrenamiento multicomponente que involucre ejercicios neuromotores (propiocepción y equilibrio) y de flexibilidad, ha demostrado resultados potenciales en el bienestar físico y calidad de vida, además de la reducción de la carga subjetiva (Montero, 2017).

Connel-Janevic, realizaron a través de un ensayo controlado aleatorizado un programa de ejercicio físico a mujeres cuidadoras, mediante material audiovisual con instrucciones específicas para la ejecución de los ejercicios y controlado vía telefónica, con evaluaciones iniciales, a la mitad del programa y finales, los resultados a través de esta metodología arrojaron

autoeficacia en el ejercicio, mejora en la salud física, reducción de estrés y sobrecarga (Connell & Janevic, 2009). por lo anterior, desde el diseño y propuesta del programa a desarrollar, la intervención desde fisioterapia, se centró en el autocuidado físico y postural. Laso incluye en su documento “propuesta de intervención desde la Fisioterapia” la importancia de la fisioterapia como elemento clave para mejorar la calidad de vida en las personas cuidadoras (Laso, 2017). Partiendo desde objetivos como prevención de la sobrecarga y promoción de la salud mediante técnicas de relajación y respiración, automasaje, baile y autocontrol, pausas activas y el apoyo en lo relacionado a la movilización de pacientes e higiene postural.

3.3 Estimulación cognitiva

La estimulación cognitiva se establece con técnicas o estrategias que tienen como objetivo mejorar o preservar el funcionamiento de las capacidades y funciones cognitivas como los son la percepción, la atención, el razonamiento, la memoria el lenguaje, entre otros. Estas actividades permiten además del mejoramiento cognitivo contribuyen al aumento de la autoestima y autoeficacia, al igual que contribuyen a la calidad de vida (Agustín & Tortajada, 2014). Esta actividad aparte de los beneficios que comprende para los pacientes, se fomenta como actividad de prevención y de ocio. De igual forma se incluyó en el programa a petición de las cuidadoras.

4.1 Seguimiento

Se realizó un seguimiento posterior a la finalización de las actividades propuestas con el objetivo de conocer los resultados obtenidos con el programa. Se realizó el seguimiento con el líder comunitario, quien fue el que facilitó el contacto en las sesiones y al finalizar el proceso mencionó haber continuado con espacios que promovieran las actividades trabajadas en las sesiones, de igual forma se discutieron los resultados del programa y las apreciaciones del mismo.

Fase 3:

En esta fase se realizó el pilotaje del programa desarrollado en la fase 2. El pilotaje se implementó con las cuidadoras participantes en la fase de caracterización. Posterior se realizó un seguimiento para identificar la adopción de cambios en las participantes a través de una llamada de seguimiento.

12.2. Implementación

El proyecto se realizó en la localidad la Candelaria en el barrio Belén, la población objeto fueron 10 mujeres cuidadoras contactadas a través de un líder comunitario de la localidad. Inicialmente el programa se iba a realizar en una población de cuidadoras de una IPS de la ciudad de Bogotá, sin embargo, no hubo respuesta institucional y se presentaron dificultades administrativas y de respuesta. Debido a la premura y necesidad de ejecutar el programa, se realizó un primer contacto con un líder comunitario del barrio Belén, con quién se concertó un encuentro para presentar el proyecto.

El primer encuentro tuvo lugar en la vivienda de una de las participantes en el barrio Belén. Allí, tuvimos la participación de las 10 cuidadoras y del líder comunitario. Como primer elemento para el desarrollo, se presentó el proyecto y sus objetivos, se solicitó consentimiento informado para participar en el proyecto y se solicitó permiso para grabación y toma de material videográfico. Se continuó con la presentación de cada una de ellas y de las profesionales. Una vez finalizado esto, cada participante relata su experiencia en el cuidado y el tipo de dependencia de la persona a cuidar. Posterior se continuo la conversación hacia el cuidado y como este recae en la mujer, al igual que se continua con otras responsabilidades.

Además, se aborda el problema y justificación del programa desde la búsqueda de literatura sustentada desde este escrito, con énfasis en los roles de género y la naturalización del mismo, lo que determina no solo la presión hacia la mujer si no la ejecución del cuidado mismo como mandato de género y sus implicaciones y consecuencias en la salud por la subordinación de la misma. Se dialoga desde las experiencias de las cuidadoras sobre las necesidades asociadas al cuidado, tiempos de autocuidado inexistentes por el cumplimiento de las tareas derivadas del cuidado a la persona dependiente, el aprendizaje que se adquiere empíricamente debido a la falta de información sobre el cuidado y la falta de insumos o herramientas que mitiguen las consecuencias de la tarea de cuidar. Lo anterior se desarrolla como insumo para la creación de un análisis de necesidades de las cuidadoras y tener en cuenta en la planeación y ejecución del programa.

Finalmente, se comunican las actividades y temas que se tenían establecidos y que suplen las necesidades discutidas. Como necesidades nuevas que surgen de la sesión se habla de la falta de cupos y dificultades para acceder a los servicios de las manzanas del cuidado (respuestas institucionales), la necesidad de reforzar ejercicios de estimulación cognitiva, como actividades clave para el aumento de autonomía y dispersión individual y la falta de

información acerca de la prevención de cargas físicas, beneficios de una salud física y la higiene postural.

Posterior, se realiza un resumen de lo discutido y de lo establecido como los objetivos y se acuerda la fecha de la siguiente sesión. Por último, se ejecuta la encuesta de medición para la sobrecarga (Zarit), que se llevó impresa con el objetivo de realizar la caracterización de la sobrecarga percibida de las mujeres cuidadoras participantes en el programa. Cabe resaltar que previamente se hizo una prueba piloto de la escala en 6 mujeres cuidadoras que no participaron en la muestra como método para validar la encuesta en dicha población específicamente. Lo anterior da cuenta del desarrollo del objetivo de caracterizar la sobrecarga en las cuidadoras del barrio Belén.

De acuerdo al análisis de necesidades, para la segunda sesión se indagó en las manzanas del cuidado por los cupos y la forma de inscripción, se encontró que para el barrio Belén, la manzana se encuentra en Cra 6 # 14 -98 y la forma de ingresar a sus servicios es acercándose e inscribiéndose, al igual que se puede contactar con la líder de la manzana. La información obtenida fue a través de páginas web, acercamiento a la manzana del cuidado encontrando teléfonos de contacto en donde nos resolvieron las dudas referentes a los cupos y coberturas de los cursos y actividades ofertadas en las manzanas de cuidado.





En el encuentro con las participantes y al brindarles dicha información nos refirieron que era la misma que les habían dado y que en relación a las inscripciones persistían inconsistencias por faltas de “cupos” y las coberturas a las actividades eran escasas, al igual que ya se habían comunicado con la líder para indagar sobre cupos y la respuesta había sido que los programas tenían duración de un año. Posterior a esta información con las cuidadoras se inició el desarrollo del programa en una primera fase con la construcción de una cartografía social, con el objetivo de identificar lugares entre el grupo que permitieran espacios asociados al bienestar y no se dependiera de las actividades de agentes externos.





Al final de la sesión se concluyó diversos espacios entre casas de las cuidadoras, una panadería y el polideportivo como espacios valiosos donde se podían desarrollar actividades enfocadas en el bienestar.





Posterior se acuerda el día para el encuentro y realización de la tercera sesión.

Para la tercera sesión, se cuenta con el diseño del programa piloto desde la estructura de la matriz del marco lógico ya propuesto, por lo que se inician las actividades con las participantes partiendo de dar cumplimiento al objetivo de diseñar el programa enfocado a la promoción en salud mental y física y prevención de la sobrecarga ya evaluada en las sesiones anteriores. Así pues, se realizan las actividades enfocadas en estrategias para el bienestar físico y mental. Se inicia la sesión con un ejercicio de mindfulness, se explica el objetivo de la conciencia plena y como este se puede aplicar en el diario vivir para poder tener espacios de dispersión y descanso a nivel emocional. Posterior se realiza un ejercicio de meditación guiada para hacer practica de la conciencia plena.



Al terminar el ejercicio se discute las experiencias del ejercicio y como estos pueden ser parte del diario vivir sin hacer uso de un tiempo amplio. Se continua con el enfoque de autocuidado físico y postural, en donde se complementa la actividad de meditación con desarrollo de técnicas de relajación y respiración, desde las técnicas de relajación progresiva de Jacobson y la respiración diafragmática con el objetivo de reducir sensaciones de tensión corporal y respiración consciente para ser practicada en momentos de estrés y ansiedad.







Las participantes ejecutan la actividad y se retroalimentan las experiencias y sensaciones. Seguido, se ejecuta la actividad de prevención de sobrecarga física mediante la práctica de ejercicios de higiene postural y el apoyo en lo relacionado a la movilización de pacientes dependientes a través de método guiado por la profesional en fisioterapia. Posterior a esto, se entrega pieza comunicativa (folleto) con información relacionada a la prevención de sobrecarga y cuidado postural para cuidadores.

Hábitos Saludables para Cuidadores

- Cuida tu espalda, tanto en el desempeño de tu trabajo como en tu día a día.
- **Controla tu peso** y haz ejercicio para mejorar tu higiene postural y **fortalecer tu espalda**.
- Haz tu entorno de trabajo lo más cómodo posible. Esto implica **adaptar el entorno de cuidado** eliminando mobiliario innecesario o deteriorado.
- **Planear antes de actuar**. Muy importante para evitar lesiones asociadas a sobreesfuerzos y malas posturas.
- Analiza cada situación transferencia o movilización y adapta estos cuidados a la situación personal y evolución de cada paciente.
- Intenta **formarte** para **mejorar tu higiene postural** y realizar tu trabajo con mayor seguridad.



SALUD POSTURAL DE LOS CUIDADORES

LA POSTURA: La buena postura corporal es aquella en la que se cumplen una serie de normas que aseguran una correcta distribución del peso del cuerpo y que facilitan el esfuerzo de los músculos para

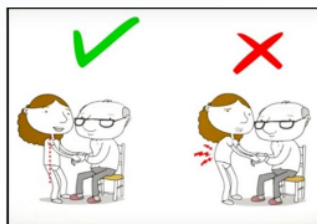


¿Qué es la Higiene Postural?

Aquellas normas que sirven para evitar los “vicios” posturales adquiridos durante el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

La mala postura corporal puede desencadenarse por una mala colocación al trasladar a la persona en situación de dependencia, pero también por la mala colocación en las propias tareas del día a día del cuidador.

El objetivo de la higiene postural es aprender a realizar los esfuerzos de la vida cotidiana de la forma más adecuada posible, disminuyendo el riesgo de padecer problemas de espalda e intentando reducir y prevenir la carga y daños en la columna vertebral.



Normas Biomecánicas

Son normas elementales en las que el cuidador se debe basar para la realización de las movilizaciones y transferencias de la persona en situación de dependencia y en las actividades de la vida diaria.

- Mantener la espalda recta
- Flexionar las piernas (caderas y rodillas)
- Aproximar el cuerpo de la persona a la que se está ayudando.
- Seguridad en el agarre.
- Ampliar la base de sustentación del cuidador.
- Sincronizar los movimientos.



Seguido se realizan los ejercicios de estimulación cognitiva, se entrega una infografía con ejercicios por función cognitiva, se orienta en los ejercicios que se puedan realizar en grupo o en el diario normal, y posterior se explican ejemplos por cada uno.



Al finalizar la sesión se toman los números de teléfono de las cuidadoras para realizar el cuarto momento en donde se hará el seguimiento y actualización de información, se deja el material físico y se acuerda enviar a cada una el material virtual, a través de whatsapp. Se dan conclusiones finales, en las cuales se agradece a las cuidadoras y se resalta la importancia de llevar a cabo y realizar las actividades del programa como beneficio a su salud física y emocional. Como resultado al último objetivo de implantar el programa, se ejecuta el cuarto momento relacionado con el seguimiento telefónico en donde se contactó con el líder comunitario y con las cuidadoras, en las llamadas se habló sobre las actividades que se continuaron realizando como los ejercicios de estimulación cognitiva y la higiene postural. Además, el líder comunitario menciona estar en proceso de establecer un espacio para esas actividades.

13. Resultado de la implementación

Al finalizar las tres sesiones realizadas, al mes se contactó de nuevo con el líder comunitario, con quien se realizó el seguimiento del proceso realizado con las cuidadoras. Quien comentó que se empezaron a fomentar espacios de encuentro para promover las actividades ejecutadas en el programa. Se complementó el trabajo que ya se estaba realizando de actividad física y además se incluyeron ejercicios de estiramientos junto con manejo de respiración y actividades de cuidado postural. También se establecieron espacios de estimulación cognitiva.

14. Deber ético

En cuanto a la participación de las cuidadoras, se hace firma del consentimiento informado, al igual que para la recolecta de resultados, toma de videos y fotografías y manejo de la información. Mantener seguimiento con las cuidadoras y con el líder comunitario, al igual que la devolución de los resultados del programa realizado. Por esto mismo desde el programa se continuará en contacto con el líder comunitario para según necesidad poder seguir apoyando con diversos materiales. Para continuar con el apoyo de los materiales asociados a la promoción de salud mental y física, se continuará enviando material para continuar renovando las actividades. En cuanto a la devolución de los resultados en primera instancia se habló con el líder comunitario sobre los resultados del producto y se propuso la asistencia a la sustentación del programa.

15. Conclusiones

El cuidado ha existido desde todos los tiempos manifestándose de diferentes maneras dependiendo de la cultura donde se presente, sin embargo, los cambios demográficos han incrementado las tareas de cuidado debido al desarrollo de enfermedades crónicas y sus grados de dependencia (De Los Santos & Valdés, 2012). Por esto, el cuidado ha tenido una importancia significativa y de atención especial al rol de las mujeres en éste, pues desde la perspectiva de género, este trabajo recae mayormente en ellas ya sea por elección o por imposición moral o social (De Los Santos & Valdés, 2012). La práctica de cuidado conlleva múltiples consecuencias e implicaciones en la salud física y emocional principalmente, además de las sociales y económicas también (Ruffinelli et al., 2021).

Lo anterior se relaciona con que el trabajo de cuidar supone tiempo, tareas específicas, cargas, responsabilidades y deberes que hoy en día, no son reconocidos y mucho menos con remuneración económica, lo que finalmente desencadena sobrecarga en las funciones por consiguiente en la persona y la imposibilidad de ejecutar y llevar a cabo un proyecto de vida

en donde se puedan desenvolver como mujeres en diferentes roles y no sólo en el cuidado (Ruffinelli et al., 2021). Es por esto que el programa realizado, inicia con la caracterización de la sobrecarga en las mujeres participantes del programa, en las cuales se identificaron bajos niveles de sobrecarga, este resultado se cree que puede estar asociado a que las cuidadoras participantes del programa son activas en dinámicas sociales, de actividad física y ocio debido a la organización de grupos comunitarios del barrio Belén, en la localidad de la Candelaria en Bogotá, dirigidos por líderes comunitarios comprometidos con los planes y actividades que promuevan la salud de las mujeres cuidadoras.

Esta caracterización nos permitió complementar lo evidenciado en la literatura con el contexto particular de las cuidadoras, teniendo en cuenta que la localidad de la Candelaria cuenta con una manzana del cuidado como forma en la que opera el sistema distrital del cuidado, también se reconoce que las mujeres cuidadoras del barrio Belén buscan tener un equilibrio entre sus trabajos de cuidado y su salud y bienestar, lo anterior evidenciado en los resultados de la caracterización. Por otro lado, desde un análisis de necesidades ejecutado en la fase de caracterización, se identificó por parte de las mujeres cuidadoras la falta de cupos y dificultad en el acceso a los programas que se promueven en las Manzanas del cuidado, razón por la cual se corrobora que diseñar un programa en promoción de la salud física y mental y de prevención de la sobrecarga con enfoque diferencial que permita ser desarrollado e implementado en futuros momentos, resulta una estrategia eficaz para cuando no se pueda acceder con facilidad a programas o actividades que requieran de cupos y momentos específicos. En cuanto a la implementación se logró responder a las necesidades reconocidas en la caracterización mediante las actividades descritas para la promoción de la salud mental y física y la prevención de la sobrecarga.

16. Recomendaciones

El presente proyecto se realiza en el marco de un pilotaje, por lo que se considera para posteriores aplicaciones, ampliar número de sesiones y se puede realizar un seguimiento más estrecho para complementar y reforzar los espacios de ocio. Al igual que profundizar en los procesos de género en estas actividades, como ha sido evidenciada en la literatura. También se recomienda el seguimiento extenderlo con las cuidadoras para poder identificar los aprendizajes e implementaciones de cambios a nivel individual.

17. Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Consentimiento informado *

El presente es un proyecto bajo el marco de la Maestría de Salud Pública de la Universidad del Rosario, que tiene como objetivo realizar un programa para cuidadoras. Con el objetivo de promover la salud física y mental y prevenir la enfermedad. El proyecto se realizara en varias fases. La primera tiene como objetivo identificar el nivel de sobrecarga de las cuidadoras, en esta se realizará una encuesta y se analizarán los resultados y posterior se realizará un pilotaje del programa construido.

La participación en el proyecto es estrictamente voluntaria, por tanto, se puede retirar de este cuando lo considere pertinente, sin que esto represente alguna repercusión. Asimismo, puede decidir libremente no participar en alguno de los procedimientos o técnicas que se realizarán o no responder preguntas con las que no se sienta cómoda.

Toda la información que se recoja durante la aplicación será completamente confidencial y será utilizada solo con fines académicos.

¿Usted acepta ser participe del proyecto?

Sí

No

Anexo 2. Datos sociodemográficos

Datos sociodemográficos
De la cuidadora
Nombre * Texto de respuesta corta
Edad * Texto de respuesta corta
Estado civil * Texto de respuesta corta

Escolaridad *

Texto de respuesta corta

¿Vive con el paciente? *

Sí

No

¿Actualmente, se dedica solo al cuidado? *

Sí

No

Anexo 3. Escala Zarit

	Pregunta	Nunca	Rara vez	Alguna veces	Bastantes veces	Casi siempre
1	¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Se siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Cree que la situación actual afecta negativamente la relación que Ud tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10	¿Se siente tenso cuanto está cerca de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?					
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar 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 familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su 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 su familiar?					

BIBLIOGRAFÍA

- Abrahams, R., Liu, K. P. Y., Bissett, M., Fahey, P., Cheung, K. S. L., Bye, R., Chaudhary, K., & Chu, L. (2018). Effectiveness of interventions for co-residing family caregivers of people with dementia: Systematic review and meta-analysis. *Australian Occupational Therapy Journal*, 65(3), 208–224. <https://doi-org.ez.urosario.edu.co/10.1111/1440-1630.12464>
- Alcaldía Mayor de Bogotá, S. D. de C. (2022). Bogotá es la ciudad pionera de América Latina en tener un Sistema de Cuidado para reconocer, redistribuir y reducir la carga exclusiva de las mujeres en los trabajos de cuidado. <http://www.sistemadecuidado.gov.co/trabajos-cuidado.html>
- Anaya, N. C. (2004). *Diccionario de psicología*. Ecoe ediciones.
- Antoniou, R., Toli, D. G., Lerner, H., Callahan, P., Coble, R., Ortiz, B., Sideman, A. B., Shdo, S. M., Levenson, R. W., Ferreira, N., Moskowitz, J. T., & Rankin, K. P. (2022). A mindfulness-based intervention adapted to dementia caregivers: A study protocol for a randomized clinical control trial. *Frontiers in Psychology*, 13, 1062452. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1062452>
- Agustín, S., & Tortajada, R. (2014). ESTIMULACIÓN COGNITIVA: UNA REVISIÓN NEUROPSICOLÓGICA. *Therapeia*, 6, 73-93.
- Así Vamos en Salud. (2015). Enfermedades crónicas, una epidemia según la OMS. Así Vamos en Salud - indicadores en salud normatividad derechos. <https://www.asivamosensalud.org/actualidad/enfermedades-cronicas-una-epidemia-segun-la-oms>
- Bello Carrasco, Lourdes Maribel, León Zambrano, Génesis Andreina, & Covena Bravo, María Isabel. (2019). Factores que predominan sobrecarga en el cuidador formal e informal geriátrico con déficit de autocuidado. *Revista Universidad y Sociedad*, 11(5), 385-395. Epub 02 de diciembre de 2019. Recuperado en 11 de abril de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202019000500385
- Betancurth, D. P., Vélez Álvarez, C., Sánchez Palacio, N., Betancurth Loaiza, D. P., Vélez Álvarez, C., & Sánchez Palacio, N. (2020). Cartografía social: Construyendo territorio

a partir de los activos comunitarios en salud. *Entramado*, 16(1), 138-151.

<https://doi.org/10.18041/1900-3803/entramado.1.6081>

Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico*. Barcelona: Hora.

Bianchi, M., Flesch, L. D., Alves, E. V., Batistoni, S. S., & Neri, A. L. (2016). Zarit Burden Interview Psychometric Indicators Applied in Older People Caregivers of Other Elderly. *Revista latino-americana de enfermagem*, 24, e2835.

<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1379.2835>

Bitria Archilla, M. P. (2021). Programa de prevención del síndrome de burnout en cuidadores informales del adulto mayor—Repositorio Institucional de Documentos.

<https://zaguan.unizar.es/record/112702/files/TAZ-TFG-2022-544.pdf>

Castro, M. L., & Segura, E. (2020). Cartografía social como recurso metodológico en los procesos de planeación participativa de un territorio incluyente: El caso del plan parcial de renovación urbana «El triángulo de fenicia» en la ciudad de Bogotá [Pontificia Universidad Javeriana]. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.10554.20875>

Cañizares, V. (2017). Funcionalidad familiar y sobrecarga del cuidador de personas con discapacidad severa en la Magdalena y Chilibulo, periodo de marzo a octubre de 2016. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10447/1/T-UCE-0006-014.pdf>

Camara, C. P., Martínez, I. G., Campo, J. A. del B., Iglesias, A. I. S., Castro, F. V., Cabaco, A. S., Bernal, J. G., Eguizaba, A. J., Caldera, I. F., & Gutierrez, I. (2014). Propuesta de programa de promoción de la salud en cuidadores informales de enfermos de alzheimer y prevención del síndrome del cuidador “evitando que el cuidador se convierta en paciente”. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 203-209.

Calle, P. R., & Tapia, B. G. (2021). Grado de sobrecarga en cuidadores principales de niños con discapacidad de la Unidad Educativa Especial Municipal Girón en el año 2021.

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/36613>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, N. U. (2015). Sobre el cuidado y las políticas de cuidado [Text]. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/sobre-el-cuidado-y-las-politicas-de-cuidado>

- Connell, C. M., & Janevic, M. R. (2009). Effects of a Telephone-Based Exercise Intervention for Dementia Caregiving Wives: A Randomized Controlled Trial. *Journal of applied gerontology : the official journal of the Southern Gerontological Society*, 28(2), 171-194. <https://doi.org/10.1177/0733464808326951>
- DANE. (2017). Encuesta nacional de uso del tiempo (ENUT). <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/encuesta-nacional-del-uso-del-tiempo-enut>
- DANE, & ONU Mujeres. (2020). Tiempo de cuidados: Las cifras de la desigualdad. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/publicaciones/tiempo-de-cuidados-cifras-desigualdad-informe.pdf>
- DANE. (2020). Enfoque diferencial e interseccional. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/enfoque-diferencial-e-interseccional>
- De Los Santos, P. V. D. L. S., & Valdés, S. E. C. (2012). Cuidado informal: Una mirada desde la perspectiva de género. *Latinoamericana de Estudios de Familia*, 4, 138-146.
- Esteban, M. L. (2017). Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: Aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22 (2), Article 22 (2).
- Esquivel, V. (2015). El cuidado: De concepto analítico a agenda política. *Nueva Sociedad*, 63-74.
- Ehrenzweig, Y. E., & Hernández, Z. E. (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 127-142.
- Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. (2015). *Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones*. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá, D.C. Colombia. 706p. ISBN (Online) 978-958-58408-7-4.
- García, C., & Tabón, O. (2000). Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en Salud y Plan de Atención Básica¿Qué los acerca?¿ Qué los separa? <https://www.hsjbelen.gov.co/pdf/atencionprimariaensalud.pdf>
- Guerrero-Nava, J. A., Romero-Quechol, G., Martínez-Olivares, M., Martínez-Martínez, R. A., & Rosas-Reyes, S. C. (2016). Percepción del cuidador primario sobre las intervenciones de enfermería al paciente en estado terminal. 8.

- Han, A. (2022). Effects of Mindfulness-Based Interventions on Depressive Symptoms, Anxiety, Stress, and Quality of Life in Family Caregivers of Persons Living with Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Research on Aging*, 44(7–8), 494-509–509. <https://doi-org.ez.urosario.edu.co/10.1177/01640275211043486>
- Hernández, A. (2009). El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: Naturalización e inequidad. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 173-185.
- Hernández, A. (2015). Política sanitaria y cuidado de la salud en los hogares en Colombia: Acumulación e inequidad de género. <https://catalog.ihnsn.org/citations/86926>
- Herrera Merchán, E. J., Laguado Jaimes, E., & Pereira Moreno, L. J. (2020). Daños en salud mental de cuidadores familiares de personas con Alzheimer. *Gerokomos*, 31(2), 68-70.
- Hurtado, A. M. A., & Quintana, A. S. R. (2016). Relación entre la calidad de vida en salud y la carga física en cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 6(1), Art. 1. <https://doi.org/10.18041/2322-634X/rcso.1.2016.4887>
- Izquierdo, M. J. (2003). Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. *Congreso Internacional Sare*, 1(39).
- Jofré Aravena, Viviane, & Sanhueza Alvarado, Olivia. (2010). EVALUACIÓN DE LA SOBRECARGA DE CUIDADORAS/ES INFORMALES. *Ciencia y enfermería*, 16(3), 111-120. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300012>
- Kor, P. P. K., Li, M. L., Kwok, D. K. S., Leung, A. Y. M., Lai, D. L. L., & Liu, J. Y. W. (2022). Evaluating the effectiveness of a 6-week hybrid mindfulness-based intervention in reducing the stress among caregivers of patients with dementia during COVID-19 pandemic: Protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychology*, 10(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00876-8>
- Ruffinelli, R., Ortiz, L., Domínguez, L., Villalba, M. G. A. de, Giménez, J. G. C., Araujo, J., & Valiente, P. (2021). Mujeres cuidadoras de personas dependientes en el contexto familiar, una imposición social o una opción personal. *Kera Yvoty: reflexiones sobre la cuestión social*, 6, 143-152. <https://doi.org/10.54549/ky.6.2021.143>

- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., María Begiristáin, J., José Valderrama, M., & Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: Análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 443-450. <https://doi.org/10.1157/1312692>
- Laso, F. (2017). CUIDAR A QUIEN CUIDA DE PERSONAS DEPENDIENTES. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/6922/CUIDAR+A+QUIEN+CUIDA+D+E+PERSONAS+DEPENDIENTES.+%22Propuesta+de+actuacion+desde+la+Fisioterapia%22.pdf?sequence=1>
- López Gil, M. J., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J., & Alonso Moreno, F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7). <https://doi.org/10.4321/S1699-695X2009000200004>
- Martínez Pizarro, S., & Sandra. (2020). Síndrome del cuidador quemado. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 13(1), 97-100.
- Martínez Pizarro, S. (2020). Síndrome de sobrecarga del cuidador informal. Enero, 14(1). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2020000100018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Martínez, Á., Fernández, F., Barragán Martín, A. B., Pérez-Fuentes, M., Molero Jurado, M. D. M., & Gázquez Linares, J. (2015). Instrumentos para la evaluación de la sobrecarga del cuidador familiar de personas con demencia. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v5i2.119>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Manual de cuidado a cuidadores de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Manual-cuidado-al-cuidador.pdf>
- Montalvo-Prieto, A., Cabrera-Nanclares, B., & Quiñones-Arrieta, S. (2012). Enfermedad crónica y sufrimiento: Revisión de literatura. *Aquichan*, 12(2), 134-143.
- Montero, F. (2017). Efectividad de un programa de ejercicio físico sobre la calidad de vida relacionada con la salud de cuidadoras familiares de pacientes dependientes. Intervención desde fisioterapia de atención primaria

[[Http://purl.org/dc/dc/doctype/Text](http://purl.org/dc/dc/doctype/Text), Universidad de Salamanca].
<https://gredos.usal.es/handle/10366/137103>

Moreira de Souza, R., & Turrini, R.N.T.. (2011). Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. *Enfermería Global*, 10(22) Recuperado en 12 de abril de 2022, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200013

Moreno, M. F. A., Benítez, M. A. A., & Plazas, M. F. M. (2017). *Nivel De Sobrecarga Del Cuidador Primario de Familiar Diagnosticado Con Cáncer*. 54.

Naciones Unidas. (2022). Envejecimiento | Naciones Unidas. United Nations; United Nations. <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>

OPS. (2022). *OPS/OMS - Promoción de la Salud*.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=list&slug=promocion-salud-9772&Itemid=270&lang=es#gsc.tab=0

OPS. (2019). OPS/OMS | El número de adultos mayores con necesidades de cuidado a largo plazo se triplicará para 2050 en las Américas, advirtió la OPS. Pan American Health Organization / World Health Organization.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15474:number-of-older-adults-with-long-term-care-needs-will-triple-by-2050-paho-warns&Itemid=1926&lang=es#gsc.tab=0

OMS. (2021). Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>

Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la salud—Glosario*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=B739C80679AC6203CC02A457967BAA52?sequence=1

Ossa, W. (2018). Sobrecarga y estrés en cuidadores familiares de personas mayores.
<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/75652>

Ortiz, C. (2021). Síndrome de sobrecarga y su impacto en la calidad de vida de los cuidadores de los pacientes del centro de desarrollo integral para personas con discapacidad "luz y vida" de la ciudad de san gabriel – carchi. 86.

Ortiz, G. R. (2010). *Psicología y Salud. Los actores del proceso salud-enfermedad: Profesionales, pacientes y cuidadores*.
https://www.academia.edu/8255355/Psicolog%C3%ADa_y_Salud_Los_actores_del_proceso_salud_enfermedad_profesionales_pacientes_y_cuidadores

- Ovejas, I. S. (2020). La socialización diferencial emocional de género como factor predictor del carácter. *iQual. Revista de Género e Igualdad*, 3, Article 3.
<https://doi.org/10.6018/iqual.369611>
- Rangel Flores, Y. Y., Mendoza Hernández, A., Hernández Ibarra, L. E., Cruz Ortiz, M., Pérez Rodríguez, M. del C., & Gaytán Hernández, D. (2017). Aportes del enfoque de género en la investigación de cuidadores primarios de personas dependientes. *Index de Enfermería*, 26(3), 157-161.
- Rivas Herrera, J. C., & Ostiguín Meléndez, R. Ma. (2018). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? *Enfermería Universitaria*, 8(1).
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2011.1.273>
- Rocha, P. K., Prado, M. L. D., Gasperi, P. D., Sebold, L. F., Waterkemper, R., & Bub, M. B. C. (2009). El cuidado y la enfermería. *Avances en Enfermería*, 27(1), Art. 1.
- Secretaría Distrital de la Mujer. (2020). El sistema distrital de cuidado, un logro histórico para las mujeres. <https://www.sd mujer.gov.co/noticias/el-sistema-distrital-de-cuidado-un-logro-historico-para-las-mujeres>
- Secretaria Distrital de Integración Social. (2021). *LECTURA INTEGRAL DE REALIDADES Estrategia Territorial Integral Social- ETIS*.
https://www.integracionsocial.gov.co/images/docs/2021/transparencia/ETIS_Localidad_17.pdf
- Secretaría Distrital de Planeación. (2023). *La Candelaria redistributiva: Democratizando el trabajo de cuidado*. <https://www.sdp.gov.co/gestion-a-la-inversion/programacion-y-seguimiento-a-la-inversion/proyectos/la-candelaria-redistributiva-democratizando-trabajo-de-cuidado>
- Secretaria Distrital de la Mujer. (2021). Caracterización cuantitativa y cualitativa de las cuidadoras en Bogotá. <https://cuidadoygenero.org/wp-content/uploads/2021/11/Caracterizacion-cuidadoras-bogota.pdf>
- Secretaría de integración social. (2021). Enfoque Diferencial. Enfoque diferencial.
<https://www.integracionsocial.gov.co/index.php/politicas-publicas/la-sdis-aporta-a-la-implementacion/politica-publica-enfoque-diferencial>

Sistema Distrital del Cuidado. (2022). Alcaldía de Bogotá. <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/mujer/sistema-distrital-de-cuidado-en-bogota-sitio-web#:~:text=Una%20iniciativa%20hecha%20realidad&text=Este%20sistema%20se%20basa%20en,remunerado%20a%20las%20personas%20cuidadoras.>

Tello, M. A. (2016). La sobrecarga en los cuidados: Percepciones y manifestaciones de sobrecarga en personas cuidadoras de familiares dependientes. Un acercamiento a los factores predictores. Universidad de Sevilla. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/38305/TESIS%20M%c2%aa%20MARGARITA%20ALVAREZ%20TELLO%20%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Truzzi, A., Letice, V., Ingun, U., Engelhardt, E., Jerson, L., & Knut, E. (2012). Burnout in familial caregivers of patients with dementia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34, 405-412. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.02.006>

Umberto Cattaneo, L. A. (2019, julio 1). El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente [Informe]. http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_737394/lang--es/index.htm