

VNIVERSITAT (Ψ) Facultat de Psicologia
E VALÈNCIA

**Programa de Doctorado en Psicogerontología:
Perspectiva del Ciclo Vital**



**La ansiedad, el síndrome de burnout, el bienestar
laboral y psicológico en madres de hogares
sustitutos del Instituto Colombiano de Bienestar
Familiar ICBF del Tolima**

TESIS DOCTORAL

Diana Marcela Moreno Lavaho

Directoras

Dra. D^a. Emilia Serra Desfilis

Dr. Óscar Fernando García Buelga

Valencia (España), Febrero de 2024

VNIVERSITAT (Ψ) Facultat de Psicologia
ED VALÈNCIA

**Doctoral Programme in Psychogerontology:
Life Cycle Perspective**



**Anxiety, burnout syndrome, work and
psychological well-being in mothers of foster
homes of the Colombian Institute of Family
Welfare ICBF of Tolima**

PhD THESIS

Diana Marcela Moreno Lavaho

Supervisors

Emilia Serra Desfilis, PhD

Oscar Fernando Garcia Buelga, PhD

Valencia (Spain), February 2024

“Differential pathways toward risk and resiliency among foster children can be accounted for in part by the experiences the child has with his/ her caregivers (i.e., biological parents and foster caregivers) prior to and following placement in foster care. Inadequate early caregiving environments can increase the risk for poor outcomes, and more supportive foster family environments have the potential to mitigate some of these risks.”

Fisher and Stoolmiller (2008)

TABLA DE CONTENIDOS



AGRADECIMIENTOS	17
PRESENTACIÓN	19
PARTE TEÓRICA	
CAPÍTULO I	23
CAPÍTULO II	57
CAPÍTULO III	83
CAPÍTULO IV	129
PARTE EMPÍRICA	
CAPÍTULO V	155
CAPÍTULO VI	179
CAPÍTULO VII.....	223
CAPÍTULO VII.....	241
REFERENCIAS	
CAPÍTULO IX	245

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES DE HOGARES SUSTITUTAS	160
TABLA 2. FIABILIDAD DE LA MEDIDA DE ANSIEDAD (ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG)	180
TABLA 3. FIABILIDAD DE LA MEDIDA DE ANSIEDAD (MASLACH BURNOUT INVENTORY, MBI-HSS)	183
TABLA 4. FIABILIDAD DE LA MEDIDA DE SENTIDO DE COHERENCIA (CUESTIONARIO DE SENTIDO DE COHERENCIA, SOC 13)	187
TABLA 5. FIABILIDAD DE LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA (SWLS)	191
TABLA 6. FIABILIDAD DE LA MEDIDA SISTEMA DE CREENCIAS RELIGIOSAS (INVENTARIO DE SISTEMA DE CREENCIAS, SBI-15R)	193
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LAS PUNTUACIONES EN ANSIEDAD DE LAS MADRES SUSTITUTAS EN FUNCIÓN DEL PUNTO DE CORTE (ESCALA ZUNG)	196
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN POR PUNTOS DE CORTE PARA CADA UNA DE LAS DIMENSIONES DEL BURNOUT (ESCALA MBI-HSS)	197
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE LAS PUNTUACIONES EN BURNOUT DE LAS MADRES SUSTITUTAS POR DIMENSIÓN (ESCALA MBI-HSS)	198
TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE LOS NIVELES GENERALES DE BURNOUT DE LAS MADRES SUSTITUTAS (ESCALA MBI-HSS)	199

TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DE LAS PUNTUACIONES EN SENTIDO DE COHERENCIA DE LAS MADRES SUSTITUTAS EN FUNCIÓN DEL PUNTO DE CORTE (ESCALA SOC-13)	200
TABLA 12. DISTRIBUCIÓN POR PUNTOS DE CORTE PARA CADA UNA DE LAS DIMENSIONES DEL SENTIDO DE COHERENCIA DE LAS MADRES SUSTITUTAS (ESCALA SOC -13)	201
TABLA 13. DISTRIBUCIÓN DE LAS PUNTUACIONES EN SATISFACCIÓN CON LA VIDA DE LAS MADRES SUSTITUTAS EN FUNCIÓN DEL PUNTO DE CORTE (ESCALA SWLS)	203
TABLA 14. DISTRIBUCIÓN DE LAS PUNTUACIONES EN SISTEMA DE CREENCIAS RELIGIOSAS DE LAS MADRES SUSTITUTAS EN FUNCIÓN DE LA CONVICCIÓN DEL PUNTO DE CORTE (ESCALA SBI-15R)	205
TABLA 15. DISTRIBUCIÓN DE LAS PUNTUACIONES EN SISTEMA DE CREENCIAS DE LAS MADRES SUSTITUTAS EN FUNCIÓN DE LA DIMENSIÓN RELIGIOSIDAD (ESCALA SBI-15R)	206
TABLA 16. DISTRIBUCIÓN DE LAS PUNTUACIONES EN SISTEMA DE CREENCIAS DE LAS MADRES SUSTITUTAS EN FUNCIÓN DE LA DIMENSIÓN ESPIRITUALIDAD (ESCALA SBI-15R)	207
TABLA 17. PRUEBA DE SIGNIFICACIÓN KRUSKAL-WALLIS EN FUNCIÓN DEL ESTADO CIVIL	208
TABLA 18. PRUEBA DE SIGNIFICACIÓN KRUSKAL-WALLIS EN FUNCIÓN DEL NIVEL ACADÉMICO	210
TABLA 19. PRUEBA DE SIGNIFICACIÓN KRUSKAL-WALLIS EN FUNCIÓN DEL ESTRATO SOCIOECONÓMICO	211

TABLA 20. PRUEBA DE SIGNIFICACIÓN KRUSKAL-WALLIS EN FUNCIÓN DE LA EXPERIENCIA LABORAL	212
TABLA 21. CORRELACIÓN DE SPEARMAN ENTRE LA EDAD Y LAS VARIABLES DEL ESTUDIO	213
TABLA 22. CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y BURNOUT	215
TABLA 23. CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y COHERENCIA	216
TABLA 24. CORRELACIÓN ENTRE BURNOUT Y COHERENCIA	217
TABLA 25. CARGAS FACTORIALES ESTIMADAS DEL MODELO DE ANSIEDAD	219
TABLA 26. CARGAS FACTORIALES ESTIMADAS DEL MODELO DE BURNOUT	221

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS POR EDAD DE LAS MADRES DE HOGARES SUSTITUTAS	161
FIGURA 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS POR ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DE HOGARES SUSTITUTAS	162
FIGURA 3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS POR NIVEL DE ESTUDIOS DE LAS MADRES DE HOGARES SUSTITUTAS.....	163
FIGURA 4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO DE LAS MADRES DE HOGARES SUSTITUTAS	164
FIGURA 5. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS POR NÚMERO DE HIJOS DE LAS MADRES DE HOGARES SUSTITUTAS	165
FIGURA 6. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS POR AÑOS DE EXPERIENCIA DE LAS MADRES DE HOGARES SUSTITUTAS	166
FIGURA 7. HISTOGRAMA DE LA DIMENSIÓN AFECTIVA DE LA ESCALA ZUNG.	181
FIGURA 8. HISTOGRAMA DE LA DIMENSIÓN PSICOSOMÁTICA DE LA ESCALA ZUNG.....	182
FIGURA 9. HISTOGRAMA DE LA DIMENSIÓN CANSANCIO EMOCIONAL DE LA ESCALA MBI	184
FIGURA 10. HISTOGRAMA DE LA DIMENSIÓN DESPERSONALIZACIÓN DE LA ESCALA MBI.....	185

FIGURA 11. HISTOGRAMA DE LA DIMENSIÓN REALIZACIÓN PERSONAL DE LA ESCALA MBI	186
FIGURA 12. DISTRIBUCIÓN POR PUNTOS DE CORTE PARA CADA UNA DE LAS DIMENSIONES DEL SENTIDO DE COHERENCIA DE LAS MADRES SUSTITUTAS (ESCALA SOC -13)	188
FIGURA 13. HISTOGRAMA DE LA DIMENSIÓN COMPRENSIBILIDAD DE LA ESCALA SOC13	189
FIGURA 14. HISTOGRAMA DE LA DIMENSIÓN SIGNIFICATIVIDAD DE LA ESCALA SOC13	190
FIGURA 15. HISTOGRAMA DE LA ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA SWLS	192
FIGURA 16. HISTOGRAMA DE LA DIMENSIÓN ESPIRITUALIDAD DE LA ESCALA SBI-15R.....	194
FIGURA 17. HISTOGRAMA DE LA DIMENSIÓN SOPORTE DE LA ESCALA SBI-15R	195
FIGURA 18. VARIABLES PREDICTORAS (SATISFACCIÓN CON LA VIDA, SENTIDO DE COHERENCIA Y CREENCIA RELIGIOSAS)	219
FIGURA 19. MODELO DE PREDICCIÓN DE LA ANSIEDAD DE LAS MADRES SUSTITUTAS.....	221
FIGURA 20. MODELO DE PREDICCIÓN DEL BURNOUT DE LAS MADRES SUSTITUTAS	222

Agradecimientos

“Siempre hay que encontrar el tiempo para agradecer a las personas que hacen una diferencia en nuestras vidas”- John F. Kennedy-. Por lo tanto, me gustaría en este apartado agradecer a quienes, de una u otra forma, me apoyaron y me ayudaron a realizar esta tesis doctoral.

Agradezco profundamente a Dios por ser mi fortaleza, mi apoyo, mi luz en los momentos de debilidad, por darme la fuerza de seguir adelante y por reglarme tantos milagros en mi vida.

Agradezco con profundo cariño la labor de mis directores. A la Dra. Emilia Serra Desfilis, por aceptar dirigir esta tesis doctoral y porque sin ella no habría podido aprender tanto bajo su buen hacer; por su dedicación, guía, asesoría, orientaciones, apoyo y paciencia; por su tiempo y revisiones detalladas, las cuales fueron decisivas e importantes para el que este proyecto de tesis doctoral saliera adelante. Al Dr. Óscar Fernando García Buelga, por sus consejos y su forma de enseñar, con paciencia y claridad; por sus revisiones detalladas, tiempo y dedicación; por orientarme en el camino de la investigación, tan complejo, pero, a la vez, tan necesario e importante para el avance del conocimiento. Gracias a los directores porque sin su dirección no hubiese avanzado en esta etapa tan esperada. Ellos han dejado en mí una forma de hacer particular tanto personal como profesional, pero también una huella en mi corazón.

Agradezco infinitamente a mis padres Alberto Moreno y Nohemy Lavaho, por su amor, tiempo, entrega, apoyo emocional, económico, material y dedicación incondicional, que me han impulsado a alcanzar todos mis objetivos tanto personales como académicos y profesionales; porque, a pesar de las adversidades, mis padres nunca han dudado de mí y siempre me motivaron para jamás abandonar mis objetivos.

Agradezco inmensamente a mis hijas Juanita Caviedes y Shara Sofia Caviedes, por ser el motor de vida de cada mañana, mi inspiración, mi mayor tesoro. Gracias por su amor, fortaleza. Gracias por entender que fue necesario sacrificar momentos y situaciones a su lado para lograr satisfactoriamente mis estudios y trabajo. Gracias por su valentía, son el mejor regalo dado por Dios, que me han inspirado a conseguir todos mis sueños personales, académicos y profesionales.

Agradezco a mi esposo Andrés Caviedes, por creer siempre en mí, por sus palabras de aliento, por su amor, apoyo incondicional, por su esfuerzo y dedicación y por llenar mi vida de grandes momentos.

Finalmente agradecer a la Universidad de Valencia y al Programa de Doctorado en Psicogerontología: Perspectiva del Ciclo vital, a la Comisión Académica y a su Coordinador, Dr. Juan Carlos Meléndez. Gracias por la oportunidad de realizar y culminar tan anhelado estudio, así como por su exigencia, organización, docentes, directores y profesionales, que permiten con su gestión y trabajo lograr este sueño.

Valencia, febrero de 2024

Presentación

El presente trabajo surge de la observación de los problemas y obstáculos que las madres de hogares sustitutos presentan en el momento de la institucionalización del menor con algún grado de dependencia ya que el cuidado que venía proporcionando la familia parece que pasa a formar parte de profesionales.

La institucionalización del niño, niña, adolescente (en adelante NNA), joven o adulto, demanda un proceso de cambio, adaptación y fortalecimiento, asunto que es percibido como un suceso, evento, o acontecimiento de alta trascendencia y estrés, tanto para ellos mismos como para la madre sustituta o cuidadora informal y la familia biológica, lo cual requiere un acompañamiento, intervenciones y visitas de seguimiento por parte de los profesionales.

Este trabajo proyecta contribuir en la ampliación del conocimiento sobre determinados aspectos psicológicos como son la ansiedad, el burnout, el sentido de coherencia, la satisfacción con la vida y las creencias religiosas de las madres de hogar sustituto o cuidador informal, variables poco investigadas hasta ahora en el contexto de Colombia. Son variables que pueden influir en la salud y satisfacción de la madre de hogar sustituto /cuidador informal y que deben tenerse en cuenta si queremos realizar un proceso de intervención positivo en el proceso de adaptación a un hogar sustituto residencial. La revisión de estudios indica, que implicar a la familia en el cuidado, está

asociado con menores sentimientos de culpa y carga en el cuidador, así como la percepción de pérdida de intimidad o cercanía.

Se presenta en dos partes diferenciadas. La primera parte, el marco teórico, contiene una revisión de la literatura contemplada en base de datos como Scopus, Medline, PsycInfo, Dialnet, Psycodoc, APA PsycExtra y Web of Science. Se incluyeron estudios que van desde aspectos más generales sobre el tema hasta aspectos más concretos y específicos de la investigación. Se inicia con un primer capítulo dedicado a las instituciones de protección, Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF), Instituto colombiano de bienestar familiar (ICBF), Hogares Sustitutos y madres sustitutas, y modalidades de atención. El segundo capítulo, se centra en los niños en situación de calle y dependencia, el cuidador, tipos, modelos teóricos aplicados al cuidado y síndrome del cuidador. El tercer capítulo se centra en los efectos del cuidado de niños en situación de dependencia, consecuencias negativas, sociales y emocionales, estresores, Síndrome General de Adaptación, estrategias para controlar el estrés del cuidador, la ansiedad y el burnout. El cuarto capítulo centra su estudio en variables predictoras de la sobrecarga en el cuidador como: sociodemográficas, de impacto (afrontamiento, compromiso social) y mediadoras del cuidador (sentido de coherencia, satisfacción con la vida y sistema de creencias religiosas).

La segunda parte del trabajo está orientada a explicar detalladamente el contenido empírico de la tesis. En el capítulo quinto se describen los objetivos, hipótesis, diseño de investigación, participantes, instrumentos de medida utilizados, procedimiento y

análisis estadísticos. A continuación, el capítulo seis prosigue con la exposición de los resultados obtenidos, se discuten e integran los resultados de las variables relacionadas. Se presentan todos los resultados significativos entre las variables y también, en función de la edad, estado civil, nivel de estudio y años en el programa. En el capítulo siete se integran y discuten los resultados con base a los objetivos e hipótesis planteadas en el estudio. Por último, se establecen conclusiones generales del trabajo realizado, se recogen las implicaciones prácticas del presente estudio, las limitaciones a esta investigación, así como sugerencias para futuros estudios.

Capítulo I

Contexto institucional de los hogares sustitutos de Colombia

1. Niños, adolescentes e instituciones de protección

La protección de los derechos humanos y los derechos recogidos en la Convención sobre los Derechos del Niño se aplican a los niños. No porque sean los adultos del mañana o el futuro, sino porque siguen siendo seres humanos. Los niños pueden ser vulnerables, al igual que otros grupos como los discapacitados, las mujeres y las minorías étnicas, por lo que tienen derechos únicos que los protegen (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2006).

La institucionalización en centros de protección es un remedio alternativo para la problemática de los niños, niñas y adolescentes (en adelante NNA) que no reciben atención de sus familias durante su crianza. Estudios sobre el tema han señalado que los Estados deben desarrollar políticas que fortalezcan a las familias y programas de

protección familiar que sean efectivos para que busquen alternativas a la institucionalización (Fernández Daza, 2018; Palummo, 2013).

Algunos niños, que se encuentran especialmente en situación de riesgo, también tienen derechos adicionales que les ayudan a salvaguardar su capacidad para vivir de forma completa, igualitaria, digna y respetable. Debido a las violaciones de los derechos humanos, como la violencia y los abusos sexuales, la explotación infantil y la negación de sus derechos civiles y políticos, estos niños se encuentran entre las personas más vulnerables del mundo. Otro problema crucial es el derecho a ser tratados con igualdad, sobre todo las niñas y los grupos minoritarios.

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM), fundada en 1951, es una organización asociada a las Naciones Unidas. La vulnerabilidad se refiere aquí a la posibilidad de sufrir algún tipo de daño. La expresión vulnerabilidad al daño se utiliza en diversos contextos y para una variedad de daños (por ejemplo, vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria, a los peligros, al daño, la violencia el abuso y vulnerabilidad a las violaciones de derechos). La confluencia y cohabitación de multitud de elementos personales, sociales, situacionales y estructurales conducen a la vulnerabilidad.

A partir de la Ley de 1987 se desarrolló en España un marco legislativo para la protección de los menores en el ámbito civil, al que se sumó la Administración. Cinco factores pueden resumir la reforma de 1987.

- La primera consideración encomienda a las instituciones públicas el cuidado de los menores que se encuentran en

situación de necesidad; ésta se define como una situación en la que los padres, tutores o cuidadores incumplen o ejercen indebidamente sus responsabilidades de tutela, dejando al menor sin apoyo material o moral.

- El segundo es que, a partir de 1987, la aculturación familiar se rige por el Código Civil y no por un mosaico de normas administrativas.
- El tercer factor establece un sistema de supervisión administrativa de las actividades que conducen a la adopción; como resultado de esta supervisión, las entidades públicas suelen estar cualificadas para formalizar el proceso de adopción y presentar las pruebas necesarias al juez.
- El cuarto crea un nuevo conjunto de condiciones y restricciones a la adopción.
- El quinto suprime la figura de la adopción simple y, en consecuencia, se regula la adopción como una categoría única.

Existen dos ideas relativas a la infancia en el ámbito jurídico. Frente a la doctrina de la protección integral, que surge a finales del siglo XX, la doctrina de la situación irregular, que se remonta al siglo XIX en Estados Unidos y Europa, se presenta en América Latina como una doctrina de protección - represión del Estado hacia los niños excluidos de la sociedad. La Declaración Universal de los Derechos del Niño, que proporciona una noción de los niños como sujetos plenos de derechos, sirve de fundamento para ello (Jiménez, 2009). De acuerdo con la ratificación y aplicabilidad de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CIDN), la mayoría de las

constituciones políticas de América Latina consideran hoy los derechos de los niños como esenciales (Nogueira, 2017).

En Colombia y América Latina, los siglos XIX y XX vieron la evolución de la ayuda social desde el altruismo y la beneficencia hacia la ayuda pública y la acción social. La Iglesia Católica lideró la implementación de estas prácticas, junto con profesionales de la salud y voluntarios que provenían principalmente de clases sociales medias y altas, y contó con el apoyo de diversos sectores durante este período de tiempo debido a la condición de pobreza (Castro, 2008; Paz, 2014).

Con el fin de garantizar los derechos humanos fundamentales de los niños sin protección parental o que corren el riesgo de perderla, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció directrices específicas para el acogimiento alternativo de NNA sin protección parental (Organización de las Naciones Unidas, 2010). Estas directrices especifican los diferentes tipos de acogimiento familiar, que se clasifican según su formalidad y el contexto en el que se presta el acogimiento. Existen dos modalidades de acogimiento familiar, en función de su formalidad: el acogimiento familiar informal, que consiste en el cuidado del niño en el entorno familiar y puede ser proporcionado por familiares u otras personas vinculadas al niño (en este caso, no hay orden judicial); y el acogimiento familiar formal, que puede adoptar la forma de adopción u otras disposiciones oficiales.

Dado que la institucionalización de NNA, en teoría, sólo debería utilizarse en circunstancias raras y temporales, es una última opción en Chile (Marchant, 2014; Organización de las Naciones Unidas,

2009). Actualmente, la situación residencial en Chile está lejos de adherir a estos estándares. La separación temporal del niño de la familia de origen, al punto de alejar las fuentes de peligro, fue una de las estrategias de autodefensa que la sociedad creó y ha preservado cuando los estratos pobres representaban una amenaza al contrato social (Morales-Retamal, 2014; Pilotti, 2017; Rojas, 2010).

Dado que residen en hogares de acogida y se encuentran entre los miembros más desfavorecidos de la sociedad, los NNA pobres son el foco de las políticas públicas de protección particular de la infancia (Baratta, 2008; Garcia-Méndez, 1994). La intervención de los niños que no logran insertarse en el proyecto de modernidad en Chile históricamente ha sido el foco principal de los programas de atención a la infancia (Farías, 2003; Pinochet, 2017; Rojas, 2010). Según datos recientes, las familias de escasos recursos representan la mayoría de los NNA en acogimiento residencial en Chile, siendo los programas de intervención residencial los que concentran la mayor cantidad de estos hogares (77%). Actualmente, cerca de 5.000 niños y adolescentes residen en instituciones estatales bajo la protección del Estado.

Un trabajo institucional que reconozca las historias y trayectorias de los sujetos es necesario para el cuidado de los niños institucionalizados y la promoción de sus relaciones. El uso de estigmas y prejuicios por parte del aparato residencial reproduce la violencia y pone a los NNA en mayor riesgo de desarraigo y desprotección. En definitiva, la subjetivación de las intervenciones crea la perspectiva de recomponer las relaciones que la injusticia y la

desigualdad han debilitado desde los inicios del sistema residencial chileno (Delgado, 2001; Pinochet, 2017; Rojas, 2010).

La institucionalización parece ser una solución potencial y temporal, aunque no la mejor, para restituir derechos a los niños que han sido abandonados o cuyos derechos han sido vulnerados en sus grupos familiares. El estudio de los NNA en centros de acogida se ha concentrado en la importancia del entorno para su desarrollo, utilizando como punto de comparación el desarrollo de los niños que viven con sus familias. Algunos estudios (Deambrosio et al., 2018, Fernández-Daza y Fernández-Parra, 2013, Smyke et al., 2007), así como estudios exploratorios (Silva da Cruz et al., 2014), han comparado niños y adolescentes en contextos institucionales con niños y adolescentes en contextos familiares y han encontrado déficits en los primeros versus los segundos.

En la mayoría de los estudios mencionados se resalta el papel de los cuidadores en los procesos de desarrollo de NNA y de sus familias para el establecimiento de vínculos significativos y de confianza que propicien el desarrollo de los menores y su socialización; además de la necesidad de ahondar en estas temáticas (Amar et al., 2007; Gabatz et al., 2018; Obando et al., 2010).

El desarrollo de tácticas percibidas en Colombia como trabajo social imparcial y altruista tuvo sus raíces en las actividades de beneficencia. El concepto de caridad fue cuestionado por la secularización del Estado a mediados del siglo XIX, y se acuñó el término beneficencia para describir el acto de dar como una obligación cívica o estatal, libre de cualquier connotación religiosa

(Castro, 2008). La idea de la asistencia pública se utilizó para incluir las preocupaciones sociales en la agenda gubernamental de Colombia a principios del siglo XX. El Estado distribuye fondos a organizaciones benéficas laicas y religiosas, dando prioridad a la ayuda a la educación (Castro, 2008). También se crean orfanatos.

La creación de organizaciones sin ánimo de lucro que ofrecen servicios sociales tanto por parte del gobierno como de los partidos políticos se ha destacado a lo largo de la historia de Colombia; sin embargo, a partir de la década de los ochenta y posteriormente con la Constitución de 1991, se han realizado cambios hacia la descentralización para dar mayor autonomía a las organizaciones del tercer sector frente a las entidades estatales (Villar, 2001).

Según Ariés (1987), la idea moderna de la infancia es una creación que se remonta a la época medieval, cuando existía una indiferencia general hacia los jóvenes. Sólo después del control de la natalidad desapareció esta apatía, elevando los problemas de la infancia a lo más alto de la lista de prioridades del público.

Según Llobet (2011), el concepto de hijo o hija como sujeto de derechos es como una notación vacía que permite ceñirse a definiciones pueriles tomadas de discursos tomados de la psicología personal. Desde esta perspectiva, el trauma se entiende como la estructura del sujeto y sus consecuencias en el futuro, ignorando otros aspectos de la estructura subjetiva del sujeto y las relaciones sociales en el presente.

Actualmente, existe una actitud crítica hacia la institucionalización de niños y jóvenes, ya que no les garantiza el derecho a vivir en

familia (Durán y Valoyes, 2009). Rodrigo y Palacios (1998) muestran que, en los entornos de cuidado, la relación que se establece entre los niños y los cuidadores no se basa en la responsabilidad personal o la carga emocional en la familia. Durán y Valoyes (2009) encuentran que los trabajadores de derechos de niños y jóvenes no pueden identificarse con miembros de la familia. Además, la formación de relaciones afectivas con los niños y jóvenes en los centros de atención se ve obstaculizada por el número, la rotación del personal, la duración de la estancia en el centro, los lentos procesos administrativos, etc.

Según Jorge y Gonzáles (2017), el mayor propósito de la familia es facilitar la integración sociocultural de los niños. Por ser considerada como la conexión interpersonal y el entorno natural para el desarrollo personal integral de todos sus miembros, especialmente de los niños, el derecho internacional reconoce el derecho fundamental de los niños a tener una familia (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2013). Esto se debe a que las familias son consideradas como el ambiente natural para el desarrollo personal integral de los niños. No es sino hasta finales del siglo XIX en Estados Unidos y Europa que surge el interés del Estado por proteger a los niños del maltrato, estableciendo leyes y castigos morales a las familias en casos de negligencia de los padres (Grinberg, 2015). Sin embargo, la familia moderna es una construcción social que aparece por primera vez en el siglo XVII (Levin, 2000).

2. Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF)

En el contexto colombiano, la integración del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 7 y 43 de la Ley No 489 de 1998 y de conformidad con las demás disposiciones legales al respecto, incluye a los siguientes participantes.

- El Ministerio de Salud en su calidad de entidad tutelar del ICBF.
- El ICBF en su calidad de coordinador e integrador del servicio de ICBF.
- Departamentos.
- Distritos y municipios.
- Las comunidades organizadas y particulares.
- Las personas jurídicas u otras entidades, públicas o privadas, que contribuyan o estén llamadas a contribuir de conformidad con sus fines estatutarios o por ley o reglamento, asegurando directa o indirectamente la prestación de dichos servicios de bienestar social para las familias.

2.1. Marco normativo

2.1.1. Constitucional. Constitución Política de Colombia de 1991

El artículo 42 expresa que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad. El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia.

El artículo 44 señala los derechos fundamentales de los niños y establece la obligación de la familia, la sociedad y el estado en la protección a los niños para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Además, el presente artículo señala que los derechos de los menores de edad prevalecen sobre los derechos de los demás.

2.1.2. Leyes – marco normativo

A continuación, se describen los principales Decretos y Resoluciones que reglamentan la Salud Ocupacional en Colombia:

Aspectos relevantes para el Sistema Nacional de Bienestar Familiar (a partir de ahora SNBF)

Ley 75 de 1968

Se crea el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Vigente.

Ley 7 de 1979

Se dictan normas para la protección de la niñez, se establece el SNBF y se reorganiza el ICBF. Define el bienestar familiar como un servicio público que debe ser prestado por el Estado a través del SNBF, entidades u organismos oficiales y privados autorizados.

Determina los fines del SNBF, los actores que lo constituyen y al ICBF como su coordinador, así como sus ámbitos y niveles de su actuación (nacional, departamental y municipal). Vigente.

Ley 1098 de 2006 o Código de la Infancia y la Adolescencia

Define las políticas públicas de infancia y adolescencia, sus objetivos y principios rectores, y determina como responsables indelegables de estas políticas al presidente de la República, los gobernadores y los alcaldes. Dispone la obligación de contar en el territorio con una política pública diferencial y prioritaria de infancia y adolescencia que proporcione la articulación de los consejos municipales, asambleas y Congreso Nacional para garantizar la asignación de recursos que permitan su ejecución.

Crea el Consejo Nacional de Política Social (CNPS) como el ente responsable de diseñar la política pública, movilizar y apropiar los recursos presupuestales y dictar líneas de acción para garantizar los derechos de las NNA y de asegurar su protección y restablecimiento de derechos en todo el territorio nacional.

Ordena que en todos los departamentos y municipios exista y sesione el Consejo de Política Social, presidido por el gobernador y el alcalde, respectivamente. Plantea que los consejos deberán, a falta de un centro zonal del ICBF, ejercer la coordinación del SNBF y rendir informes periódicos a las asambleas departamentales y consejos municipales. Establece la función del ICBF como ente articulador del SNBF. Vigente.

Ley 1361 de 2009

Crea el Comité Interinstitucional Consultivo para la Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral de los NNA víctimas del abuso sexual. Vigente.

Ley 1146 de 2007

Establece las bases para el fortalecimiento y garantía del desarrollo integral de la familia como núcleo fundamental de la sociedad. Establece el deber del Estado para proveer, a las familias y a sus integrantes, herramientas que potencien sus recursos afectivos, económicos, culturales, de solidaridad y criterios de autoridad democrática, de manera que los programas de atención a la familia y a sus miembros prioricen su unidad y la activación de recursos para que funcione como el instrumento protector por excelencia de sus integrantes. Vigente.

Ley 1804 de 2016

Establece la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de cero a siempre. Señala que para la implementación armónica efectiva y coordinada de la política, la Comisión Intersectorial de Primera Infancia (CIPI), en el marco del SNBF, articulará y definirá mecanismos de trabajo conjunto con las diferentes entidades, agencias, organismos, sociedad civil y comisiones intersectoriales o espacios de concertación de grupos sociales, étnicos o de trabajo interinstitucional que aborden temas relacionados con la primera infancia, principalmente de seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y salud reproductiva y de prevención de embarazo en adolescentes.

Asigna responsabilidades al ICBF como ente rector, articulador y coordinador del SNBF de liderar la implementación territorial de la política (promover la participación y la movilización social en torno a

la protección integral de la primera infancia como prioridad social, política, técnica y financiera).

En el marco de la gestión intersectorial de la política, los Consejos de Política Social del orden nacional, departamental y municipal cumplen un rol determinante en el marco de la política, en tanto que a través de estos se adelantan las fases de identificación, formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las Rutas Integrales de Atenciones (RIA). Vigente.

2.1.3. Decretos, aspectos relevantes para el SNBF**Decreto 2388 de 1979**

Define el Servicio Público de Bienestar Familiar (SPBF), el Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF) y los agentes que integran el SNBF. Los distingue entre adscritos y vinculados al sistema. Derogado por el Decreto 1137 de 1999

Decreto 1471 de 1990

Define el SNBF como el conjunto de entidades públicas y privadas de acuerdo con su competencia y al ICBF como coordinador de la integración funcional de dichas entidades. Incluye a las cajas de compensación familiar en el SNBF. Vigente.

Decreto 859 de 1995

Crea el Comité Interinstitucional para la erradicación del trabajo infantil (CIETI) y el Comité Nacional de Prevención y Erradicación de la Explotación Sexual y Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes (ESCNNA), con el fin de gestionar la prevención y erradicación del

trabajo infantil mediante la cohesión de esfuerzos entre las distintas instituciones gubernamentales, organizaciones privadas y centrales trabajadoras. Vigente.

Decreto 1137 de 1999

Crea el Comité Interinstitucional para la Erradicación del Trabajo Infantil (CIETI) y el Comité Nacional de Prevención y Erradicación de la Explotación Sexual y Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes (ESCNNA), con el fin de gestionar la prevención y erradicación del trabajo infantil mediante la cohesión de esfuerzos entre las distintas instituciones gubernamentales, organizaciones privadas y centrales trabajadoras. Vigente.

Decreto 859 de 1995. Establece las competencias departamentales, definiendo que los departamentos deberán concurrir al gasto social y en especial al servicio de bienestar familiar, así como controlar los servicios municipales en los términos de las disposiciones legales.

Establece las competencias municipales, definiendo que los municipios deberán atender mediante el gasto social y las participaciones de que trata el artículo 21 de la Ley 60 de 1993, la formulación y el desarrollo de planes, programas y proyectos de bienestar social integral en beneficio de poblaciones vulnerables sin seguridad social y con necesidades básicas insatisfechas, dentro de las cuales se encuentren los niños, jóvenes y mujeres gestantes, así como atender la cofinanciación del funcionamiento de centros de conciliación municipal y comisarías de familia.

Se crean los consejos o comités departamentales, municipales o distritales para la Política Social, como condición para la articulación funcional de los agentes del SNBF. Asigna como competencia de alcaldes y gobernadores la integración y fijación de funciones de tales consejos, según el caso, los cuales deberán contar con un subcomité o subcomisión permanente, encargados del análisis y políticas de infancia y familia. Competencias Vigentes recogidas en el Decreto 936 de 2013.

Decreto 2968 de 2010

Crea la Comisión Nacional Intersectorial de Derechos Sexuales y Reproductivos con el fin de “coordinar la formulación e implementación de planes, programas y acciones necesarias para la ejecución de las políticas relacionadas con la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos” (p. 2) Vigente.

Decretos 4155 y 4156 de 2011

Con estos decretos se crea el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social (DPS), el cual lidera el Sector de Inclusión Social y Reconciliación. Se cambia la adscripción del ICBF a dicho sector y se establece que el DPS formara parte del SNBF. Vigente.

Decreto 4875 de 2011 (modificado por el Decreto 1416 de 2018)

Crea la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia (CIPI) y la Comisión Especial de Seguimiento para la Atención Integral a la Primera Infancia, la cual forma parte del SNBF.

Dentro de las funciones de la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia se encuentra la de coordinar la formulación, seguimiento y evaluación del Plan de Acción Nacional de la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre bajo el principio de gestión intersectorial, en el marco de las líneas de acción de la política, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 6, 7 y 9 de la Ley 1804 de 2016 y el Plan de Acción aprobado por el Comité Ejecutivo del SNBF Vigente.

Decreto 936 de 2013

Redefine el Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF) y el Servicio Público de Bienestar Familiar a la luz de la Ley 1098 de 2006. Define los agentes del SNBF en el ámbito nacional, departamental y municipal. Presenta el esquema de operación del SNBF con base en las instancias de coordinación y articulación que son de cuatro tipos: decisión y orientación, operación, desarrollo técnico y participación.

Crea el Comité Ejecutivo del SNBF y define sus funciones. Define las funciones del ICBF como ente rector, articulador y coordinador del SNBF. Establece responsabilidades generales de los agentes del orden nacional en el marco del SNBF. Establece responsabilidades de los entes territoriales en el marco del SNBF. Plantea la publicación del Manual Operativo del SNBF Vigente.

Compila las normas reglamentarias preexistentes del Sector de Inclusión Social y Reconciliación, dentro de los que se encuentra el Decreto 936 de 2013. Vigente.

Decreto 1336 de 2018

Adiciona el Decreto 1084 de 2015 y reglamenta:

- Los esquemas de financiación y cofinanciación entre la Nación y las entidades territoriales para el desarrollo integral de la primera infancia. Reglamenta la gestión y ejecución de las fuentes financieras complementarias a los recursos de la Nación para la atención integral de la primera infancia, conforme a lo dispuesto por la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre, en los términos de la Ley 1804 de 2016. (p. 206)

Señala que:

- Las entidades territoriales para efectos de la atención integral para la primera infancia orientarán, gestionarán y ejecutarán recursos del Sistema General de participaciones, del Sistema General de Regalías, recursos propios y de las diferentes fuentes de financiación públicas o privadas, así como recursos de cooperación internacional atendiendo lo dispuesto en la normativa aplicable para tales efectos. (p. 208)

Señala que las entidades del sector público y las entidades territoriales que desarrollen planes o programas dirigidos a niñas y niños de los cero a los seis años y mujeres gestantes podrán coordinar y articular acciones con entidades privadas, entidades sin ánimo de lucro y organismos de cooperación internacional, según sea el caso, a fin de maximizar, gestionar recursos y promover eficiencia y eficacia en su ejecución, de conformidad con la normativa aplicable. Vigente.

Decreto 1356 de 2018

Adiciona el Decreto 1084 de 2015 y reglamenta el literal C del artículo 9 de la Ley 1804 de 2016 sobre el seguimiento y evaluación de la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de cero a siempre el cual crea el Sistema de Seguimiento al Desarrollo Integral de la Primera Infancia y define el Sistema Único de Información de la Niñez (SUIN).

Señala que serán responsables de reportar información al Sistema Único de Información de la Niñez (SUIN) las entidades del orden nacional y territorial encargadas de suministrar la información sobre la garantía de los derechos de las NNA.

Indica que el ICBF, como ente rector del SNBF, tendrá a su cargo la administración del sistema de información, de acuerdo con las funciones establecidas en el numeral 12 del artículo 26 del Decreto 987 de 2012.

Señala que el ICBF, a través de la Dirección del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF), participará en esta instancia con el fin de articular las decisiones técnicas y operativas con la Mesa del Sistema Único de Información de la Niñez (SUIN). Establece la Mesa del SUIN como la instancia intersectorial que se encarga de la construcción del Sistema Único de Información de la Niñez. La conformación y el funcionamiento de esta Mesa estarán a cargo del ICBF, como rector del SNBF, y se llevarán a cabo según las directrices impartidas por el Comité Ejecutivo del Sistema Nacional de Bienestar Familiar. Vigente.

Decreto 2081 de 2019

Por medio del cual se modifica el Decreto 4690 de 2007, modificado por los decretos 552 de 2012, 1569 de 2016 y 1833 de 2017, “por el cual se crea la Comisión Intersectorial para la Prevención del Reclutamiento, la Utilización y la Violencia Sexual contra Niños, Niñas y Adolescentes por grupos armados al margen de la ley y por grupos delictivos organizados” (p. 1) (CIPRUNNA).

Establece que la comisión promoverá la sinergia y coordinación entre el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas y el Sistema Nacional de Derechos Humanos, o sus equivalentes, para el desarrollo de acciones de protección integral y prevención del reclutamiento, utilización y violencia sexual contra NNA por parte de grupos armados ilegales y grupos delictivos organizados. Esto con el fin de desarrollar acciones de protección integral y prevención del reclutamiento, utilización y violencia sexual contra NNA Vigente.

Decreto 1710 de 2020

Por medio del cual adopta el Mecanismo Articulador para el Abordaje Integral de las Violencias por Razones de Sexo y Género de las mujeres, NNA como estrategia de gestión en salud pública y se dictan disposiciones para su implementación.

Establece que la instancia de coordinación y gestión del orden nacional presentará al Comité Ejecutivo del Sistema Nacional de Bienestar Familiar los avances en la implementación de acciones contenidas en las leyes 1146 de 2007 y 1336 de 2009, así como de las

diferentes acciones dirigidas a NNA respecto de la violencia en su contra.

Define que el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, a través de su comité ejecutivo, efectuará el seguimiento a las acciones realizadas por parte del mecanismo articulador respecto a las violencias por razones de sexo y género contra NNA. Vigente.

La Ley 1098 del 2006, o sea, el Código de Infancia y Adolescencia que “tiene como objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los NNA garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de derechos humanos, en la Constitución política, así como su restablecimiento” (p. 1). También es un garante que instituciones como la Asociación Nuevo Futuro es una institución sin ánimo de lucro, proveniente de España, 1968. En Colombia se establece en 1993, bajo la señora Cecilia Santa María de Cárdenas con el respaldo de mujeres voluntarias. Su misión es contribuir a la promoción humana y social de los niños y niñas afectados psíquica y socialmente, mediante acciones que garanticen un ambiente de hogar familiar que les permita desarrollar su habilidades, aptitudes y donde asimilen sus deberes que les corresponde como hijos de familia, según la condición y la edad; su fin es facilitar la integridad de la atención en salud, educación, vivienda vestuario, nutrición, recreación y vocacionales, así como la restitución de sus derechos que han sido vulnerados (Asociación Nuevo Futuro, 2012), garantice el cumplimiento de las Leyes que protegen a los NNA (Ley 1098, 2006). Dispuesto así la Ley 1098 del 2006, es en la que se deben basar los cuidadores quienes son

los encargados de restablecer los derechos, protegiendo y ofreciendo a los niños, niñas y adolescentes una mejor realidad de vida.

El (SNBF) es el conjunto de agentes en instancias de coordinación y articulación, dar cumplimiento a la protección integral de los NNA y familia a nivel nacional, departamental, distrital y municipal (Instituto de Bienestar Familiar, 2016). Los principales objetivos son:

- La protección integral de la primera infancia, y la adolescencia promoviendo el fortalecimiento del sistema familiar.
- Evaluar y hacer seguimiento del estado de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

3. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)

Esta es una organización de servicio público con una protección familiar integral, especialmente niños en orden nacional y territorio. Su portal en Internet le permite denunciar la violencia sexual, maltrato contra los niños, así como la violencia y la violencia doméstica; y presentar reclamos o quejas y insinuaciones relacionadas con sus familias y miembros, acceden a documentos e información, relacionados con problemas familiares, infantil, adolescentes y personas mayores.

ICBF fue creado bajo el gobierno de Carlos Lleras Restrepo el 30 de diciembre de 1968 (Ley 75 en 1968). Es una institución pública descentralizada con personalidad jurídica propia, autonomía administrativa y patrimonio; dependiente de la Administración de Bienestar Social con domicilio principal en la ciudad de Bogotá. En

1979 entró en vigor la Ley No. 7 que establece normas para la protección de la niñez, crea el Sistema Nacional de Bienestar Familiar SNBF, reorganiza el ICBF y define la previsión social como un servicio público que debe ser prestado por el Estado a través de funcionarios y personas autorizadas del SNBF u organizaciones.

Los Observatorios de Infancia y Familia (OIF), una estrategia de investigación y participación comunitaria que involucra a la ciudadanía en los procesos de información, formación y gestión sobre el cumplimiento de los derechos de los niños, es uno de los múltiples proyectos del ICBF que busca fortalecer la familia y proteger a los menores.

Los programas de más impacto son:

- a) Primera Infancia: garantizar la atención a la población de 0-6 años, como punto de partida hacia la cobertura integral en seguridad alimentaria.
- b) Desayunos Infantiles con Amor: atiende en 2010, 1.622.817 usuarios, durante 180 días en 1.102 municipios y 20 corregimientos.
- c) Centros de Recuperación Nutricional (CRN): cuenta con 93 puntos de atención en 12 departamentos.
- d) Población Escolar: cuenta con 4 millones de niños, niñas y adolescentes que son beneficiarios del programa de Alimentación Escolar.
- e) Espacios amables: en materia de infraestructura, el ICBF invierte recursos para la construcción de Hogares Infantiles, Jardines Sociales y Hogares Múltiples con el fin de atender

en educación inicial y brindar a los niños y las niñas espacios adecuados y en condiciones óptimas para recibir una atención con calidez y calidad.

- f) Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA): ha habido algunos avances en el SRPA, y ahora hay 6.000 plazas disponibles en una variedad de instalaciones; sin embargo, esto no es suficiente. De acuerdo con el decreto reglamentario que se dictó al amparo de la Ley de la Niñez en 2009, esta tarea se complementa con la participación de la familia.

La Ley 1098 de noviembre de 2006 reemplaza el Código Menor de 1989, en virtud del cual Colombia respeta la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño hasta en los confines del continente. Construye un concepto de protección integral que incluye a niños, niñas y jóvenes. Como sujeto de derecho, unifica también a la familia como eje principal de acción en la garantía de los derechos de los NNA.

También tiene la capacidad de construir una política social integrada y de organizar los distintos esfuerzos que han realizado por separado la población, el Estado y la Iglesia. Una de las organizaciones más influyentes de Colombia es el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (I.C.B.F.), que trabaja para mejorar la vida de las familias colombianas y está afiliado al Ministerio de Protección Social. Se creó como solución a diversos problemas, como la desnutrición, la desintegración e inestabilidad de las familias, la pérdida de valores y los niños que se quedaban sin atención.

El sistema cuenta en principio con 200 centros zonales, los cuales son puntos de servicio para atender a la población de todos los municipios de Colombia, contando con cerca de 10 millones de colombianos que son asistidos por el ICBF, el cual fue creado mediante la Ley 75 de 1968.

La Ley 7 de 1979 en el Capítulo II del artículo veinte establece que "El ICBF tendrá por objeto fortalecer la familia y proteger al menor de edad". La sede de la Dirección General del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar está ubicada en Bogotá y para su funcionamiento se divide en 33 regionales.

Es constituyente que el Sistema Nacional de Bienestar Familiar continúe trabajando con organizaciones públicas, privadas nacionales e internacionales, bajo criterios de corresponsabilidad, cogestión y cofinanciación para la garantía de derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Proteger a la niñez y a las personas vulnerables de todas las formas de violencia es una responsabilidad compartida por cada uno de nosotros, de la sociedad en su conjunto y en especial de las organizaciones e instituciones. Por otro lado, la violencia contra menores y personas en situación de vulnerabilidad es más a menudo una realidad de lo que nos gustaría conocer e incluye manifestaciones y patrones que no solemos advertir. Se necesita una nueva perspectiva que ayude a ver esta realidad con mayor precisión.

Sin embargo, la protección por sí sola no es suficiente para garantizar el respeto de la dignidad inherente a todo ser humano. Tratar a cada persona como persona significa otorgarle derechos,

deberes, responsabilidades y la posibilidad de elegir para vivir plenamente. Un individuo debe alcanzar el nivel de desarrollo más alto y de la mejor manera posible no solo para evitar la ofensa, sino también para crear un trato justo, es decir, mejorar las condiciones necesarias para promover el desarrollo de todas sus capacidades y aspectos, incluyendo, entre otras cosas, no solo la mente, sino la materia, los símbolos y el arte. Para cerrar este círculo virtuoso, se debe definir claramente el fin intrínseco de cualquier relación de ayuda con niños, jóvenes o personas en situación de vulnerabilidad, tratando a la persona como un ciudadano activo y comprometido con sus seres queridos y su entorno.

Antunes (2011) en su estudio sobre las variables de riesgo y protección asociadas a la resiliencia: un estudio comparativo entre adolescentes que viven con sus familias y adolescentes que viven en un hogar de infancia y juventud, describe a adolescentes de entre 12 y 20 años que están institucionalizados y adolescentes que viven con sus familias. Su objetivo era examinar los peligros y salvaguardas relacionados con la resiliencia en adolescentes internados y adolescentes en hogares de acogida. Entre las herramientas y técnicas se utilizaron la "Escala de satisfacción vital", los "Inventarios juveniles de Beck para niños y adolescentes", el "Índice de salud mental", la "Lista de comprobación de acontecimientos vitales", la "Evaluación de la resiliencia del módulo California Health and Kids" y las "Conductas de salud en niños en edad escolar" (HBSC). Como consecuencia, se presentaron datos que apoyaban la importancia de los

entornos vitales significativos en el desarrollo de las habilidades personales y sociales.

Para protegerlos, para cuidarlos y hacerlos felices, se requiere la participación de todos, pero también se necesita trabajar en conjunto para construir ecosistemas en los que cada uno de nosotros sea consciente de su papel como agente protector, creando buenos cuidados y promoviendo el interés común. Sólo así se podrá establecer la necesaria interacción entre el enfoque de derechos y la visión de las necesidades individuales y colectivas. Las personas a través de la participación y toma de decisiones podrán repensar en sus acciones y en las consecuencias que traen a los demás devolviéndoles la dignidad a través de la capacidad de gestionar sus vidas.

3.1. Hogares sustitutos

En Colombia, la institucionalización es una salvaguardia temporal y especial que se aplica en situaciones de maltrato que implican amenaza o vulneración de los derechos de los NNA y puede o no causar un daño o amenaza a su desarrollo, según los mecanismos utilizados. las consecuencias negativas que los niños enfrentarán ante la adversidad crónica o aguda, así como el contexto en el que viven los niños y jóvenes y sus características individuales son solo algunos de los factores que pueden interferir en su desarrollo.

En consecuencia, las instituciones desempeñan un papel significativo en la vida de los niños y adolescentes en protección, por lo que es importante financiar estas áreas de socialización.

Esto justifica la inversión que debe hacerse en estas áreas sociales. En este entorno, resulta esencial fomentar conexiones más seguras y afectuosas. La organización es un componente de una red de apoyo social y emocional, así como otro modelo de identidad. Por todo eso, el ambiente puede o no apoyar todo el desarrollo cognitivo, social y afectivo de los NNA bajo un sistema de protección (Siqueira y Dell'Aglío, 2006).

Dado que existen discrepancias significativas en la bibliografía sobre la naturaleza protectora o peligrosa de la institucionalización o acogida, esta necesita más investigación. Según los estudios, la institución puede servir o no como red de apoyo social, dependiendo de cómo el niño o adolescente vea la medida. Actualmente, hay pocos estudios. En Brasil un estudio ofrece información detallada sobre los rasgos de los niños y adolescentes en acogida y sus familias, a pesar de las mejoras en el ámbito de la acogida institucional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que este grupo de trabajadores se puede incorporar y asimilar a los cuidadores informales a las madres de hogares sustitutos, objeto del estudio, que son un método de atención interdisciplinaria con el niño o adolescente y su familia o red de apoyo para superar situaciones de vulneración de derechos e incluyen: vulneración, discapacidad o enfermedad que requiera cuidados especiales, tutor de niños y adolescentes desvinculados de grupos armados, trasplantados de órganos y donantes de órganos.

Son una modalidad de atención familiar del ICBF que consiste en ubicar al niño, niña o adolescente en una familia que se comprometa a

brindarle la atención y cuidados necesarios en reemplazo de la familia de origen. Para abordar los casos de vulneración de derechos, se diseña un abordaje asistencial interdisciplinar con el NNA y su familia o red de apoyo.

Dado que las madres sustitutas son quienes cuidan permanentemente a NNA que han sufrido violencia, abandono, maltrato y abuso, entre otros, es necesario mencionar que diversos actores llevan a cabo acciones para el bienestar de NNA entre las que destaca la labor de las madres sustitutas. Se dan hogares de acogida a estos jóvenes, a veces hasta que alcanzan la mayoría de edad legal.

Para grupos de NNA que han sido abandonados o cuyas familias o tutores no pueden cumplir momentáneamente con sus responsabilidades de cuidado y protección, el Refugio residencial proporciona amparo, atención y espacio de desarrollo. Con el fin de beneficiar al contexto familiar y comunitario, el servicio debe ser individualizado y prestarse en grupos reducidos, aprovechando las instalaciones y los recursos que ofrece el barrio. Un grupo de niños o adolescentes que se encuentran bajo medidas de protección son atendidos por al menos una persona o pareja que vive en una casa que no es la suya como parte del servicio de acogida del tipo Casa Lar, que se presta en unidades residenciales.

Las principales diferencias entre las modalidades Casa Lar y Abrigo Residencial son que la primera tiene menos NNA matriculados por local, y la segunda cuenta con un cuidador residente que reside en la Casa Lar junto a los niños y adolescentes matriculados y se encarga de organizar el horario diario del hogar. La ley permite que los NNA

institucionalizados sean adoptados o pasen a una modalidad diferente, como el albergue residencial.

3.2. Las madres sustitutas

Los padres de hogares sustitutos son aquellas personas a las que se ha encomendado la responsabilidad de cuidar de hasta tres niños de edades comprendidas entre los 0 y los 17 años. Estos niños han sido ubicados en un hogar sustituto como medida cautelar mientras se restablece la custodia legal del menor. En este escenario, los niños residen con la madre de crianza en su casa, y el ICBF reconoce un bono mensual llamado beca, que puede llegar hasta un salario mínimo. A esto se suman los demás beneficios a que haya lugar. (Ley 1098, 2006) Las madres sustitutas están controladas por el artículo 59, el cual establece que su función es brindar el cuidado requerido en reemplazo de la familia de origen a los NNA que se encuentren en proceso de restablecimiento de derechos y sean ubicados en un nuevo hogar. Esta función se aplica a los NNA que se encuentran en proceso de restitución de sus derechos y que son colocados en un nuevo hogar.

En otras palabras, la madre sustituta se constituye como red de apoyo que garantiza los cuidados básicos de manutención, salud, educación y recreación, desarrollando para esto tareas básicas y avanzadas que le exigen tiempo completo de 8 horas para algunos y de 24 horas para otros. Algunas de estas tareas son: prácticas cotidianas con relación a la crianza, transmisión de reglas, normas de convivencia, valores y principios morales que rijan el actuar y la

interacción del niño, niña y adolescente como ser individual y social (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2010).

Esta categoría ha sido creada en los últimos años para cubrir una serie de situaciones en las que los NNA clasificados como abandonados quedan cubiertos por el sistema de protección porque no están siendo atendidos por sus familias. Entre ellos se encuentran los orfanatos para niños y jóvenes cuyos padres han fallecido, ya sean huérfanos solteros (perdiendo a uno de sus padres) o huérfanos dobles (habiendo perdido a sus dos padres). No se puede ignorar esta diferencia definido como una condición en la que los niños y los adolescentes están ausentes temporal o permanentemente de los responsables de su atención física y emocional, educación y capacitación, o en algunos casos, violan sus deberes y responsabilidades (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2007). Los lugares de cambio repentino o las situaciones de crisis, como las que se producen tras catástrofes naturales y sociales y dan lugar a que los niños queden separados de sus padres o a que éstos se vean temporal o permanentemente incapacitados para cuidar de sus hijos (por enfermedad, conflicto armado, traslado, uso de la economía, vida en la calle o actividad delictiva), son ejemplos de este tipo de lugares.

Entre las tareas que resultan más molestas se destacan, en primer lugar, las del aseo íntimo (cambio de pañales, incontinencia), en segundo término, las que tienen que ver con el menor (acostar, levantar, vestir). Con respecto a los comportamientos, los que más repercuten en el ánimo del cuidador/a son la agresividad física y

verbal o comportamientos peculiares, resultado de circunstancias personales y de carácter, quejas constantes, llorar frecuentemente.

El rol de madre sustituta se constituye como un proceso social decisivo en la configuración del sistema económico, político y social en la vida de estos niños, que se debe a la condición de vulnerabilidad de estas personas que son dependientes y, por lo tanto, los cuidadores requieren especial atención por parte de las ciencias sociales en general y de la psicología en particular para promover una constructiva y positiva transformación social (Rogerio, 2010).

La atención para los NNA se brinda las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana. Se proporciona la siguiente alimentación: desayuno, almuerzo, cena y dos refrigerios. Se tiene como capacidad de atención por cada hogar sustituto entre uno y tres niños, niñas, adolescentes y en casos de hermanos hasta 5 niños, niñas, adolescentes.

3.3. Beneficiarios

Los diferentes beneficiarios de los servicios sociales de los llamados hogares sustitutos de Colombia se detallan a continuación. En general, se trata de menores de edad (NNA: niños, niñas y adolescentes,) aunque prestando especial atención a circunstancias adversas, como explotación, falta de recursos y problemas graves con sus familias de origen.

- Los NNA de cero a dieciocho años, huérfanos como consecuencia del conflicto armado.
- NNA de cero a dieciocho, con discapacidad.

54 ***Capítulo I: Contexto institucional de los hogares sustitutos de Colombia***

- Mayores de dieciocho años con discapacidad, que al cumplir la mayoría de edad se encontraban con declaratoria de adaptabilidad.
- NNA de cero a dieciocho años, víctimas de minas antipersona, municiones sin explotar y artefactos explosivos improvisados y niños, niñas y adolescentes víctimas de acciones bélicas y de atentados terroristas en el marco del conflicto armado.
- NNA de cero a dieciocho años con enfermedad de cuidado especial.
- Hijos/as de adolescentes desvinculados.
- Víctimas de reclutamiento ilícito, que se han desvinculado de grupos armados organizados al margen de la ley. Esta iniciativa busca rescatar a los niños que han sido vulnerados y ofrecerles un ambiente familiar idóneo, en el que puedan crecer seguros y rodeados de amor y protección.

Los diferentes menores NNA son acogidos en diferentes hogares sustitutos por toda Colombia. Los procesos de selección de los hogares sustitutos son adelantados por un equipo técnico interdisciplinario de los centros zonales y el ICBF hará el respectivo acompañamiento, verificando la información suministrada por el operador. Estos son los hogares:

- Hogar sustituto por motivo de vulneración (engloba 32 departamentos del país).
- Hogar sustituto discapacidad o enfermedad de cuidado especial (engloba 32 departamentos del país).

3. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)

55

- Hogar sustituto tutor para NNA desvinculados de grupos armados, organizados al margen de la ley (solo en Bogotá, Caldas, Quindío y Meta).

Capítulo II

Niños en situación de calle

1. Menores en situación de calle

Los niños de la calle sufren los efectos acumulados de la pobreza, el hambre, la disolución de la familia, el aislamiento social y, con frecuencia, la violencia y los abusos, lejos de tener derecho “a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social” (Fichas de Análisis de Jurisprudencia-Sentencias de Tutela, 2017, p. 37). Los niños de la calle corren un peligro considerable de prostituirse, consumir drogas y dedicarse a otras actividades ilegales porque se ven obligados a valerse por sí mismos antes de desarrollar una identidad personal o crecer, y porque carecen de la estabilidad necesaria para la autosuficiencia, las aptitudes y la educación para hacer frente a los rigores de la vida.

Como normalmente los niños no han interactuado con personas en las que puedan confiar, estas acciones son a veces su única forma de sobrevivir. Como resultado, se ven abandonados a su suerte, desconfiando de las ofertas de ayuda y considerándolas amenazas.

En el mundo hay 100 millones de niños abandonados, 40 millones de los cuales viven en América Latina, según datos de UNICEF. Están

destinados a luchar por la supervivencia en el único "hogar" que tienen -las calles del continente- cuando tienen entre 10 y 14 años.

A los jóvenes urbanos de alto riesgo se les denomina colectivamente "niños de la calle" sin tener en cuenta sus peculiaridades individuales. No todos viven en la calle, ni todos están abandonados. Según las circunstancias de sus familias, UNICEF separa a los niños en dos categorías, siendo los jóvenes de la calle el grupo más numeroso.

A pesar de trabajar en la calle, mantienen un estrecho vínculo con su familia. (Alrededor del 75%) son los que mantienen el contacto con sus familiares y, a pesar de pasar mucho tiempo lejos de ellos, consideran que su hogar es el lugar al que pertenecen. Por otro lado, están los niños "de la calle" (alrededor del 25%), que viven en la calle. Son personas que carecen de un hogar y tienen relaciones tensas con sus parientes como consecuencia de la inestabilidad o la ruptura de sus familias extensas. A veces su familia les ha abandonado y otras han tomado la decisión de ir por su cuenta. Viven, trabajan, comen, se relacionan, juegan en la calle y no tienen más remedio que luchar por su vida por su cuenta.

Si bien ha habido notables avances legales, la formulación de la política social del Estado en materia de infancia y el papel de las instituciones involucradas ha evolucionado favorablemente, no son suficientes frente al alto nivel de desconocimiento de los derechos de los NNA, quienes son los más vulnerables a la situación de miseria, ignorancia, explotación, abuso, falta de previsión y violencia que caracteriza a un gran porcentaje de la población de América Latina y

el Caribe. Por otro lado, el abandono es el resultado previsible de las políticas de los sectores público y privado que excluyen a los pobres del desarrollo económico a la vez que debilitan las redes de protección social. Niños, niñas y adolescentes NNA sin cuidado parental es el nombre que reciben los NNA que por diversas razones no viven con sus padres y no están bajo el cuidado de éstos, independientemente de las circunstancias (O'Kane et al., 2006).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos incluye los principios de los derechos económicos y sociales, y la Convención sobre los Derechos del Niño es el documento jurídico internacional que incorpora disposiciones específicas para salvaguardar a los niños de estas situaciones y obliga a los Estados a respetarlas. Basada en el principio de no discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, creencias, origen nacional, social o económico, discapacidad física o cualquier otra condición, la Convención también tiene en cuenta las distintas etapas de los niños y los problemas a los que se enfrentan a medida que crecen. Debido a que la Convención se fundamenta en la idea del interés superior del niño, los niños tienen derecho a toda la gama de prerrogativas y garantías establecidas en ese documento.

Los niños de la calle sufren las consecuencias acumuladas de la pobreza, el hambre, la desintegración familiar, el aislamiento social y, con frecuencia, la violencia y los abusos, lejos de tener derecho "a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social". Los niños de la calle corren un gran peligro de verse

involucrados en la prostitución, el consumo de drogas y otros tipos de actividades delictivas (Hernández-Sampieri, 1996).

Proporcionar a los niños amor, salud, alimentos, ropa, educación, cobijo, seguridad, ocio y cultura puede ayudarles a desarrollar relaciones sanas con los demás y con las personas y cosas de su entorno. Debido a su dependencia de los adultos, los niños son especialmente vulnerables a las circunstancias económicas, sociales, educativas y emocionales en las que se encuentran. La calidad de vida y el desarrollo general de los niños dependen de lo bien que se satisfagan todas sus necesidades, así como de la forma en que la cultura en la que viven vea a los niños.

2. El fenómeno de la dependencia

La definición y la comparación con la idea de autonomía son importantes para comprender el fenómeno de la dependencia. Se define como la necesidad permanente de ayuda para realizar tareas básicas de la vida diaria, como en el caso de niños o jóvenes que se encuentran en situación de vulnerabilidad social o jurídica, debido a la vejez, enfermedad o discapacidad y a factores relacionados con la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial.

La autonomía, según Villar (2009), es “la capacidad de las personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria sin necesidad de ayuda, así como para gestionar su propia vida y tomar decisiones sobre aspectos relevantes que les afectan” (p. 15).

El Consejo Europeo (1998), define la dependencia como “el estado en que se encuentran las personas que, por razones distintas de la

pérdida de autonomía física, mental o intelectual, necesitan asistencia y/o ayudas importantes para realizarlas” (p. 1) (ABVD). La reconocen como una necesidad de asistencia fundamental para llevar a cabo las tareas cotidianas. La Organización Mundial de la Salud (2002), la describe como “la esencia de la adicción que reside en la incapacidad de vivir de forma independiente y en la necesidad constante de ayuda de otras personas en las AVD” (p. 2).

Según Grossberg y Desai (2003), los problemas sociales, las normas culturales, los factores ambientales, los déficits sensoriales, el dolor, la presencia de enfermedades, el miedo a las caídas y la falta de motivación pueden influir en la adaptación de una persona a las exigencias de su entorno físico y social (Baltes y Wahl, 1990). Para medir esta adaptación se utilizan escalas que evalúan el funcionamiento en una serie de dominios fundamentales para la vida cotidiana en la cultura occidental contemporánea (Keith, 1992). Los cuatro dominios funcionales que han atraído mayor atención son:

- Dependencia económica, que ocurre cuando el individuo deja de contribuir al mercado laboral y pasa de ser un miembro “activo” de la sociedad a formar parte de la población inactiva, pasiva o dependiente.
- Dependencia física, que se produce cuando el individuo pierde el control de sus funciones corporales y la interacción con los aspectos físicos del entorno (Mitchell y Kemp, 1996).
- Dependencia social, que se relaciona con la pérdida de personas y conexiones cruciales para el individuo.

- Dependencia mental, que aparece cuando el individuo pierde su capacidad para resolver problemas y tomar sus propias decisiones (Del Ser y Peña-Casanova, 1994).

Como resultado, los conceptos de dependencia y autonomía se configuran como los ejes de un nuevo modelo de vejez que vincula implícitamente el envejecimiento con la dependencia y, a su vez, con la atención a la dependencia (Cerri, 2015). En este contexto, los gobiernos y las instituciones públicas vienen desarrollando políticas sociales, sanitarias y económicas con el objetivo de prevenir y/o limitar los efectos negativos del crecimiento de la dependencia y, al mismo tiempo, promover la autonomía personal de la población que envejece. En otras palabras, a medida que la población mayor ha ido creciendo, se ha hecho necesario atender a las personas mayores dependientes en casa o incluso en instituciones.

La mayor parte de la investigación en esta área se ha centrado en la dependencia física, evaluando la cantidad de dependencia y determinando el tipo y la intensidad de la atención requerida para reducirla (Brown, 1996). En consecuencia, el término "dependencia" en los estudios epidemiológicos suele definirse como "incapacidad funcional" en relación con las actividades de la vida diaria (Baltes y Wahl, 1990). Las actividades de la vida diaria (AVD) son el repertorio de conductas de una persona que le permiten vivir de forma independiente, formar parte de su entorno y desempeñar sus roles sociales. Según esta definición, una persona con discapacidad es alguien que experimenta limitaciones a la hora de realizar una o varias tareas que se consideran partes esenciales de la vida cotidiana.

Según la Ley de Dependencia de 2006, Ley 1098 de 2006, la dependencia es una condición crónica en la que una persona requiere los cuidados y la asistencia de otras para llevar a cabo (AVD), como es el caso de quienes tienen discapacidad intelectual o enfermedades mentales.

Aunque la dependencia puede aparecer en cualquier momento de la vida, afecta a muchas personas, especialmente a los ancianos y a los niños pequeños, que son los más vulnerables. Se considera que una persona está en situación de dependencia cuando depende de un tercero para realizar las tareas necesarias de la vida diaria. Todas las fases de la vida están marcadas por la enfermedad y la dependencia.

La práctica de que los adultos adopten a niños y jóvenes no es un hecho reciente. Según Birren y Schroots (1996); Edelstein (2000) y Schroots (1995), la dependencia se ha convertido en uno de los aspectos más importantes del estudio de la infancia/adolescencia y de la psicogerontología como consecuencia de los cambios en los roles sociales, así como del creciente peso de los jóvenes y los mayores. Esto ha llevado la dependencia al centro de atención de la política social.

La dependencia emocional se define como una relación afectiva de larga duración con otra persona, asociada a una baja autoestima y déficits afectivos enmascarados, un tipo de relación en la que predomina un sentido de unidad y de reparto, que conduce a una serie de experiencias emocionales negativas. Consecuencias y síntomas, como ansiedad y depresión, pensamientos intrusivos, trastornos del

sueño, relaciones maritales desequilibradas, alejamiento de las relaciones sociales y recreativas.

El fenómeno de la dependencia implica la prestación de asistencia social y sanitaria al joven y a su cuidador en el marco de la casa o institución donde se presta la asistencia. Se habla de apoyo informal cuando la ayuda es ofrecida principalmente por miembros de la familia, amigos y/o vecinos que no esperan ser compensados monetariamente por sus esfuerzos. Se habla de asistencia formal cuando el apoyo procede de un conjunto de instituciones que, en conjunto, forman el conjunto de recursos sociales y sanitarios para las personas dependientes (Wright, 1983).

En pocas palabras, la dependencia suele entenderse como un fenómeno unidimensional, es decir, un deterioro físico esperado de mayor o menor grado (Brown, 1996). Prueba de ello es la definición pragmática de dependencia que se suele utilizar en los estudios epidemiológicos que intentan cuantificar el grado de dependencia, es decir, la dependencia y la incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria. En otras palabras, la incapacidad funcional se refiere a la incapacidad para realizar actividades de la vida diaria. Dado que a primera vista es posible observar que el nivel de dependencia física entre las personas que se encuentran en circunstancias vulnerables crece con la edad, al requerir o aceptar una mayor cantidad de ayuda de otras personas, es fácil concluir que esta visión estándar de la dependencia es correcta. Es mejor concebir la dependencia como una noción de naturaleza compleja, con numerosas caras, en la que influyen elementos biológicos, psicológicos y sociales

(Horgas et al., 1996). Esta idea unidimensional de la dependencia no debería ser la única desde un punto de vista amplio; más bien, debería considerarse como una de varias interpretaciones posibles.

3. El cuidador

Cuidar es un hábito que nos sale de forma natural ya que, en cierta medida, todos somos cuidadores y, en cierta medida, todos somos cuidados por otros; el camino de nuestras vidas nos obliga a desempeñar inevitablemente ambos papeles. En el léxico de la RAE se denomina cuidador a la persona que atiende las necesidades de otro individuo que necesita cuidados.

Porque la situación de las personas dependientes y de sus cuidadores era una cuestión que hasta hace poco tiempo permanecía escasamente explorada por las ciencias sociales y que hoy se le reconoce una relevancia social incuestionable, debido fundamentalmente a las dinámicas demográficas y a las transformaciones del mercado, la familia y el Estado, el cuidado informal es un proceso social decisivo en la configuración del sistema económico, político y social.

Sólo una mínima parte de la atención a las personas dependientes es prestada por los centros sanitarios oficiales (Imsero, 2005; Jacobzone y Jenson, 2000; Olson, 2003). La mayor parte de la atención a las personas dependientes tiene lugar en el hogar y se presta de forma gratuita. Por tanto, los cuidados informales son la parte del iceberg del bienestar que no se ve, mientras que la mitad visible

corresponde a los servicios oficiales de atención (Durán, 2002; Folbre, 2004).

Los cuidadores fueron redescubiertos a finales de la década de 1970, cuando las ciencias sociales empezaron a interesarse sistemáticamente por los cuidados informales de larga duración (Bazo, 1998; Hunter y Macpherson, 1993). Esta curiosidad llevó al "redescubrimiento" de los cuidadores, a pesar de que siempre han existido (Bazo, 1998). Según Joseph y Hallman (1998), el creciente interés por el fenómeno de los cuidados a las personas mayores puede deberse a su posición como nexo de unión de dos tendencias sociodemográficas: el envejecimiento de la población y, en particular, la creciente participación de la mujer en el mercado laboral. Se espera que ambas tendencias continúen en un futuro previsible.

Cuando se trata de aportar soluciones operativas a circunstancias que implican vulnerabilidad y exclusión social, no comprender suficientemente los efectos específicos de la dependencia en relación con el entorno social plantea retos importantes. Para conocer mejor el papel que desempeñan los distintos agentes en el cuidado de niños, adolescentes y personas mayores, habrá que desarrollar nuevos métodos e investigaciones. Sólo así será posible avanzar en la adopción de medidas que contribuyan a una mayor calidad de vida de las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad, de su entorno inmediato y de la sociedad en su conjunto.

3.1. Tipos de cuidador

Hay muchas categorías diferentes de cuidadores que pueden distinguirse entre sí por su relación con las tareas que realizan. Los familiares que prestan servicios de cuidados pueden adoptar varias formas. (1) Cónyuge: es muy habitual que la pareja de una persona asuma la labor de cuidador cuando su pareja enferma. Esto indica que los cónyuges se están adaptando a las nuevas circunstancias de sus vidas. (2) Padres o hijos: La persona dependiente puede ser la madre o el padre. En este caso, el que tiene menos obligaciones familiares o profesionales es el que asume este deber; sin embargo, si la persona dependiente es un niño, es totalmente natural que la madre asuma esta responsabilidad. (3) Otro miembro de la familia: Si es un abuelo, un primo o un tío el que se encuentra mal, seleccionamos a la persona de la familia más cualificada para hacerse cargo de él. (4) Cuando el niño es acogido por una familia: Como ocurre con cualquier otro cambio que se produce en la vida, el pequeño tendrá que pasar por un periodo de adaptación.

Como parte de sus responsabilidades como cuidador, debe llevar a cabo una serie de tareas, entre las que se incluyen las siguientes: (AVD): podemos decir que son las responsabilidades fundamentales que permiten trabajar con el menor grado posible de autonomía e independencia. Estas tareas pueden dividirse en dos categorías: básicas y particulares.

Cambiar y mantener la posición del cuerpo, desplazarse por la casa, levantarse y acostarse, comer y beber, controlar la necesidad y el uso

del retrete, vestirse y desvestirse, bañarse y asearse, etc. son ejemplos de actividades básicas de la vida diaria.

Actividades específicas de la vida diaria: incluyen un paso más, es decir, son las que le permiten llevar una vida independiente realizando actividades como caminar por la calle, mantener la casa limpia y en buen estado, hacer la compra, lavar y cuidar la ropa, cocinar y manejar el dinero, entre otras.

Las funciones del cuidador principal (1) es la persona que reside normalmente en el domicilio del paciente y se encarga de la mayor parte de los cuidados del paciente; tiene una relación muy estrecha con el paciente. Este cuidador se encarga de la mayor parte de los cuidados del paciente. (2) Los cuidadores primarios formales se distinguen de los informales en que tienen la formación profesional necesaria para atender a una persona dependiente y reciben una remuneración económica por ello; son miembros del equipo sanitario y están formados para prestar un servicio profesional durante un tiempo limitado (médicos, enfermeros, trabajadores sociales). Los cuidadores principales formales se distinguen de los informales por el hecho de que tienen la formación profesional necesaria para atender a una persona dependiente y obtener una remuneración económica por ello. La mayoría de ellos centran su atención en el tratamiento del paciente, pero no sospechan ni tienen en cuenta los problemas que puedan estar aquejando al paciente o al entorno familiar. (3) El cuidador informal es la persona que asume toda la responsabilidad del paciente, asistiéndole en la realización de todas las actividades que éste no puede llevar a cabo; en la mayoría de los casos, se trata de un

miembro de la red social inmediata (un familiar, un amigo o incluso un vecino), que no recibe apoyo económico ni formación previa para el cuidado del paciente (Armstrong y Armstrong, 2001).

Como características comunes decimos (1) las personas que dedican una parte importante de su tiempo libre a atender la necesidad fundamental de otras personas constituyen una definición de cuidador informal. Otras definiciones de este tipo de cuidador son: (2) Las personas que prestan cuidados a un familiar o amigo que no puede valerse por sí mismo. (3) La persona que se encuentra en situación de dependencia no está obligada a seguir ninguna rutina u horario concretos para recibir atención médica. (4) No existe la posibilidad de obtener beneficios económicos asociados a la prestación de servicios de cuidados. (5) Las mujeres constituyen la mayoría de este grupo, y la mayoría de ellas tienen un nivel cultural bajo. (6) Puede que no posean necesariamente conocimientos específicos, pero están deseosas de aumentar su experiencia en la prestación de cuidados y de participar en la formación que se imparte. (7) La gran mayoría de ellos están afectados tanto mental como físicamente.

Es importante señalar que, al revisar la literatura científica sobre cuidadores, la evidencia más fuerte se relaciona con los cuidadores de enfermedades crónicas, pacientes con deterioro cognitivo y adultos mayores (Espín, 2012; Vargas et al., 2010); Por lo tanto, este trabajo cobra mayor relevancia, ya que no es fácil encontrar literatura que describa las condiciones de vida de estos cuidadores, especialmente en instalaciones protegidas. Tarraga y Serrano (2016), en un estudio con trabajadores sanitarios de Albacete encontraron que la muestra de

trabajadores sanitarios presentaba un alto nivel de malestar, en este estudio, tanto hombres como mujeres tenían niveles moderados de agotamiento mental, alta despersonalización y baja realización personal; El grupo de mujeres mostró una diferencia mínima en las características y el estado de ansiedad en comparación con el grupo de hombres. Sin embargo, el equipo médico de Albacete mostró características de alta ansiedad tanto en hombres como en mujeres, lo que los llevó a la conclusión de que los individuos que presentaban altos niveles de ansiedad, tanto en términos de estado como de rasgo, tenían valores más altos en la puntuación de burnout.

Perdomo (2008), en un trabajo con 478 madres comunitarias inscritas en el programa de control del ICBF encontró que este trabajo desencadena acontecimientos problemáticos como el estrés, enfermedades físicas y psicológicas. En un estudio realizado de acuerdo con lo contado por Ciendua (1997), la incidencia de los hogares comunitarios de bienestar en la vida cotidiana de las madres comunitarias aporta a procesos de apoyo importante como parte de su entramado social, para acompañar los procesos de desarrollo de los niños más pequeños.

Algunos estudios realizados por autores como Espinosa et al., (1996); Losada et al., (2003) y Seira et al., (2002) han reportado consecuencias en la vida del cuidador informal. Estas consecuencias incluyen conflictos familiares, conflictos laborales por abandono del trabajo remunerado, económicos.

Autores como De la Huerta y Corona (2003); Muela et al., (2002) y Seira et al., (2002) denominan a estas reacciones como un síndrome

afectivo y motivacional complejo que aparece en quienes realizan tareas de ayuda a los demás. Este síndrome se caracteriza por la presencia de agotamiento emocional, despersonalización en el trato e inadecuación con la tarea que se realiza. También se ha señalado en varios estudios que la ayuda prestada a menores influye negativamente en el desarrollo de la vida de los cuidadores, y las diferencias son más sustanciales cuanto mayor es la edad del cuidador.

El cuidado proporcionado por la familia es la forma más antigua de los sistemas de cuidado, sin embargo, la investigación ha documentado claramente las consecuencias físicas y psicológicas negativas que tiene el hecho de ser cuidador de un familiar mayor (Pinquart y Sörensen, 2003). Según Cooper et al., (2007) y Crespo y López (2005), los familiares que aceptan el trabajo de cuidador principal se ven sometidos a un escenario estresante que aumenta la probabilidad de desarrollar problemas emocionales importantes, como ansiedad y depresión.

Ser cuidador ha sido reconocido como un ejemplo de circunstancia prototípicamente estresante, y la mayoría de los estudios que se han realizado en este ámbito se han basado en un modelo teórico de estrés y estrategias de afrontamiento adaptadas al cuidado. Lawton et al., (1991) y Pearlin et al., (1990) desarrollaron modelos particularmente útiles y ampliamente utilizados sobre el estrés del cuidador. Estos modelos han ayudado a proponer, basándose en estos marcos teóricos, que la evaluación o percepción de la naturaleza de una situación de cuidado y los recursos personales del cuidador desempeñan un papel importante en la determinación de los resultados del cuidado.

Según estos autores, la salud mental de un cuidador (niveles de melancolía, ansiedad y rabia) se ve afectada por el método con el que afronta los acontecimientos difíciles (por ejemplo, los problemas de comportamiento que muestra la persona mayor o NNA). El modo de afrontar y ser afectado por las situaciones de estrés que implica ser cuidador, puede variar dependiendo de la forma en que se valoran los problemas (como más o menos molestos), y de los recursos personales de los cuidadores.

Es probable que esta circunstancia provoque cambios en la salud física y mental del cuidador principal, así como en su vida familiar y social. Estos aspectos de la vida del cuidador principal pueden verse afectados. Gallant y Connell (1998), es posible que esto dé lugar al síndrome del cuidador, que se caracteriza por angustia mental y deterioro físico.

4. Modelos teóricos aplicados al cuidado

Es fundamental hacer uso de modelos teóricos que ofrezcan una perspectiva completa de la cuestión debido a las características de los cuidadores informales, así como a las repercusiones de prestar cuidados a una persona mayor o NNA dependiente, que pueden tener un impacto positivo o negativo. Los modelos también serán útiles para comprender las razones que subyacen a las desigualdades que existen entre los cuidadores con respecto a las estrategias de afrontamiento que emplean y las consecuencias que la prestación de cuidados tiene en su bienestar físico. Estas disparidades se deben al hecho de que la

prestación de cuidados tiene efectos diferentes en los distintos cuidadores.

A continuación, se exponen las teorías explicativas sobre las implicaciones positivas y negativas del cuidado informal que se consideran más relevantes.

4.1. Modelo transaccional adaptado al cuidado de Lazarus y Folkman (1984)

Este concepto postula que el cuidado de una persona dependiente es un factor estresante para los cuidadores y los miembros de la familia y que este factor estresante tiene un impacto físico, emocional y social sobre los cuidadores y los miembros de la familia; este efecto está moderado por los recursos de afrontamiento y el apoyo social. Este modelo define el estrés como el resultado de una interacción entre las personas y el contexto, que es evaluado por ellas como amenazante o desbordante de sus recursos, poniendo en peligro su bienestar. Además, este modelo maximiza la relevancia de los factores psicológicos (cognitivos y conductuales) que median entre los estímulos y las respuestas.

El juicio cognitivo del individuo sobre el posible factor estresante es la clave en cuanto a la capacidad de causar daño. Por ello, la interpretación del suceso es más esencial que el propio suceso, y la reacción dependerá de las variaciones individuales que existan entre los cuidadores.

Este modelo también muestra que el efecto de los cuidados puede verse atenuado o empeorado por factores mediadores como el afrontamiento y el apoyo social. En concreto, este modelo sugiere que

el impacto del cuidado puede disminuir o intensificarse. En la misma línea, Losada et al., (2006) concibe el estrés vinculado al cuidado a partir de la relación entre algunos de los componentes más importantes (estresores, repercusiones o resultados del cuidado y factores moduladores).

4.2. Modelo multidimensional de agentes estresantes de Pearling et al., (1990)

Se caracteriza por la combinación de cinco componentes interconectados, entre los que se incluyen los antecedentes del sujeto, los estresores principales, los estresores secundarios, los resultados y las variables moderadoras.

El impacto del cuidado en la familia del cuidador está relacionado con los antecedentes del sujeto (características socioeconómicas de la familia, biografía del cuidador, apoyos disponibles y composición de la red familiar), los estresores primarios (funcionalidad del paciente y sobrecarga percibida) y los estresores secundarios (conflictos familiares, problemas económicos, limitaciones en la vida laboral, reducción del tiempo de ocio, etc.), que tienen un impacto negativo en la familia del cuidador, así como los estresores primarios (funcionalidad del paciente y sobrecarga percibida). Primarios, Sin embargo, debido a la capacidad de afrontamiento del individuo y al nivel de apoyo social percibido, que funcionan como factores mediadores entre los estresores y sus repercusiones, los cuidadores sometidos a circunstancias de cuidado muy comparables se verán impactados por ellas de formas muy diferentes, incluso cuando los acontecimientos sean bastante similares.

4.3. Modelo expandido del cuidado de Zarit (1990)

Define la carga como la evaluación subjetiva por parte del cuidador del peligro que corre la salud corporal y mental de una persona dependiente, que está relacionada con la dificultad continua de proporcionar cuidados a esa persona. En otras palabras, este modelo tiene en cuenta los problemas físicos, psicológicos y sociales a los que pueden enfrentarse los cuidadores y la familia en su conjunto como consecuencia directa del estrés que supone proporcionar cuidados a un miembro de la familia que tiene una discapacidad. En este sentido, es probable que el cuidador continúe en su papel sin excesivos sentimientos de estrés físico o emocional si los recursos que utiliza son evaluados por él como adecuados. Por otro lado, cuando los recursos se ven superados por las demandas, puede producirse una crisis que conlleve consecuencias negativas en la salud del cuidador y su respectiva sobrecarga.

Según este autor, la carga es análoga al proceso de valoración secundaria, observado en el modelo de afrontamiento del estrés desarrollado por Lazarus y Folkman (1986). En consecuencia, los cuidadores experimentarían carga si percibieran que las demandas de la situación son superiores a sus recursos. Esto explicaría las diferencias individuales que existen entre los cuidadores y, en consecuencia, algunas personas experimentarán la sensación de sobrecarga con más frecuencia que otras.

4.4. Modelo doble abcx de Mccubbin y Petterson (1983)

Se trata de un modelo adaptado al cuidado informal, que incorpora la dinámica y la cohesión familiar como elementos decisivos en las repercusiones del estrés del cuidador. Además, implica que la familia juega un papel activo como mediadora entre el estresor y sus consecuencias. En este sentido, el estresor desempeña la siguiente función: (A) proporciona cuidados e interactúa con el sistema familiar, que hace frente (B) a ese acontecimiento utilizando sus recursos de acuerdo con la evaluación (C) realizada por la familia. En consecuencia, se desarrolló para describir el impacto que un factor estresante tiene en el sistema familiar. Un procedimiento como éste puede tener efectos fisiológicos y psicológicos desfavorables (X) en los miembros de la familia y los cuidadores. Por lo tanto, los vínculos que se desarrollan entre estos factores dan lugar a un nivel de adaptación por parte de la familia mayor o menor en respuesta al factor estresante.

4.5. El modelo de desarrollo psicosocial de Erikson (1963)

Afirma que las diferentes etapas del ciclo vital de una persona conllevan distintos niveles de madurez biológica, así como diversas expectativas depositadas en ella por la sociedad en distintos momentos de ese ciclo vital. La conexión entre ambas causas crea circunstancias que las sitúan en una posición precaria respecto a las crisis fundamentales. Según Erikson (1982), una crisis fundamental es una situación en la que una persona tiene la oportunidad de acercarse a un

determinado potencial, es decir, de progresar añadiendo una nueva fuerza a su repertorio, o de experimentar una regresión, dado que cada uno de estos potenciales tiene su contrapartida o antítesis. En otras palabras, la persona tiene la oportunidad de progresar o de retroceder.

En consecuencia, a lo largo de su vida, las personas se ven obligadas a enfrentarse a un número limitado de adversidades, que no se producen al azar sino de forma secuencial en el tiempo, y que están estrechamente relacionadas de tal manera que la superación exitosa de la adversidad y la acumulación de nuevos criterios de fortaleza que ello conlleva a la persona crecer y expandirse, situándola en una posición más favorable a la hora de enfrentarse a adversidades posteriores y, por tanto, propicia su desarrollo.

Por otra parte, el acercamiento a sus antítesis conlleva la acumulación de impedimentos, que pueden constituir una barrera para el progreso. Por ello, Erikson propone ocho crisis fundamentales, que son las siguientes: confianza básica frente a desconfianza básica, autonomía frente a vergüenza y duda, iniciativa frente a culpa, industria frente a inferioridad, identidad frente a confusión de roles, intimidad frente a aislamiento, generatividad frente a estancamiento e integridad del yo frente a desesperación. El concepto de generatividad frente al de estancamiento destaca en el contexto del modelo que se aplica a los cuidados. Es el resultado de una resolución positiva en la que se obtiene la virtud del cuidado, que refleja el compromiso de cuidar no sólo a las personas, sino también los productos y las ideas que uno ha generado, mientras que el estancamiento es la antítesis del cuidado (Erikson, 1982).

4.6. Modelo de los efectos sobre la salud de Martire y Shultz (2000)

Tiene muchas similitudes con la teoría reformulada del afrontamiento del estrés que planteó Folkman (1997). Simplifica el modelo anterior al ignorar los mecanismos de afrontamiento y el tipo de resolución a que dan lugar los esfuerzos del cuidador, e indica que las demandas del cuidado están directamente ligadas a las valoraciones que los cuidadores hacen de su estado. Según este modelo, las valoraciones positivas y negativas van acompañadas de respuestas fisiológicas, emocionales, conductuales y cognitivas positivas o negativas. Estas respuestas también pueden verse directamente afectadas por las demandas impuestas al cuidador, lo que añade un nuevo componente a la relación entre las evaluaciones de la situación y sus consecuencias.

Por tanto, una evaluación positiva de la situación se originaría en el cuidador, una serie de respuestas positivas como efecto protector sobre su salud, consiguiendo un menor riesgo de padecer problemas de salud física y psíquica. Por otro lado, una evaluación negativa de la situación aumentaría el riesgo de ver deteriorada su salud.

4.7. Modelo de adaptación del cuidador de Kramer (1997)

La opinión del cuidador sobre su propio rol, que puede ser buena o negativa, estaría directamente relacionada con los recursos, y las implicaciones sobre el bienestar de los cuidadores, sobre los que las evaluaciones positivas también tendrían una influencia directa, estarían indirectamente relacionadas con los recursos. Por lo tanto,

una evaluación positiva del propio rol debería tener una relación directa con indicadores positivos específicos de bienestar (como el crecimiento personal, la aceptación y el afecto positivo), mientras que una evaluación negativa del propio rol debería tener una relación directa con indicadores negativos específicos de bienestar (como los niveles de estrés y los síntomas depresivos).

4.8. Modelo teórico de las consecuencias del cuidado de Cheng et al., (2012)

Es comparable al de Folkman (1997) en el sentido de que los cuidadores pueden reevaluar positivamente la situación del cuidado tras una evaluación negativa inicial. Además, es comparable al de Kramer (1997), Martire y Schulz (2000) y en el sentido de que simplifican el número de variables entre los estresores objetivos y las consecuencias del cuidado. En cambio, se diferencia de los tres modelos anteriores en la forma en que los dos tipos diferentes de evaluaciones de las circunstancias en las que se presta el cuidado están ligados entre sí y a las implicaciones de dichas evaluaciones. Se ha propuesto que las evaluaciones positivas pueden, en efecto, promover ciertos indicadores positivos de bienestar y, al mismo tiempo, reducir la sintomatología depresiva. Por un lado, las evaluaciones positivas pueden contribuir a disminuir las evaluaciones negativas, como la sobrecarga subjetiva. Por otro lado, indica que las evaluaciones positivas y negativas no mantienen una relación independiente con los efectos positivos y negativos sobre el bienestar del cuidador. En cuanto a las evaluaciones desfavorables, se plantea la hipótesis de que no sólo pueden provocar un aumento de los niveles de melancolía,

sino que también contribuyen a reducir los niveles generales de bienestar.

4.9. Modelo de ganancias de Liew et al., (2010)

Se ha centrado en los elementos positivos del cuidado y explora el vínculo entre las ganancias y otros factores claves en el estudio sobre el cuidado informal de personas. Parte del supuesto de que hay tres factores principales que contribuyen a que el cuidador experimente ganancias. Estos factores incluyen los niveles de bienestar psicológico del cuidador, su uso de métodos de afrontamiento positivos y su participación en programas de apoyo formales. La participación en programas formales de apoyo favorecería el bienestar psicológico de los cuidadores, y aquellos cuidadores con mayores niveles de bienestar psicológico podrían ser menos reacios a participar en este tipo de intervenciones, además, experimentar altos niveles de bienestar psicológico ya que participar en programas formales de apoyo favorecería el mayor uso de estrategias positivas de afrontamiento, lo que significa que estos tres factores están relacionados entre sí, de manera que la participación en programas formales de apoyo favorecería el bienestar psicológico de los cuidadores, y aquellos cuidadores con mayores niveles de bienestar psicológico.

En esta misma línea, otros autores han destacado la adquisición de información sobre la enfermedad y el desarrollo de habilidades relacionadas con el cuidado como ganancias asociadas a la posición de cuidador principal (Bunn et al., 2013; Netto et al., 2009; Parveen et

al., 2011; Peacock et al., 2010). Estos resultados son consistentes con los hallazgos de los autores antes mencionados.

Es necesario realizar un análisis en profundidad de los factores predictores de la sobrecarga del cuidado a la luz de la descripción de los modelos teóricos que se utilizan para la práctica del cuidado. Las variables contextuales (como las variables sociodemográficas y las relaciones previas entre el cuidador y el receptor de los cuidados), los factores estresantes (como el deterioro cognitivo, la intensidad de los cuidados, el grado de dependencia y la sobrecarga subjetiva), las variables mediadoras del impacto de los cuidados (como las estrategias de afrontamiento, el apoyo social y la percepción de salud del cuidador).

5. Síndrome del cuidador

El término "síndrome del cuidador" hace referencia a una enfermedad que puede afectar a cualquier persona que preste cuidados primarios a un individuo que depende de ella, incluidos los familiares directos y los profesionales sanitarios. Es un término que se utiliza para describir a aquellas personas que experimentan un deterioro de su salud física, mental y general como consecuencia de proporcionar cuidados las 24 horas del día a una persona enferma (a menudo una persona con la enfermedad de Alzheimer, pero puede ser el resultado de cualquier otra enfermedad, normalmente crónica o mental, o del cuidado de una persona mayor).

La enfermedad no sólo trastorna la vida de la persona que la padece, sino que también es una afección que tiene implicaciones

psicológicas catastróficas para todos los que están alrededor de la persona afectada y le prestan cuidados. El malestar a nivel psicológico puede dar lugar a malestar a nivel físico, o puede empeorar el estado psicológico existente de la persona hasta el punto de que pueda desarrollar una depresión. Por ello, se considera un supuesto vital proporcionar a la persona o personas encargadas del cuidado del paciente toda la ayuda posible.

El síndrome del cuidador se menciona por primera vez en la obra de Herbert J. Freudenberger, psicólogo estadounidense que vivió entre 1927 y 1999. Este autor fue uno de los primeros en explicar los signos del desgaste profesional y también fue uno de los primeros en realizar una investigación exhaustiva sobre el tema del "Burnout." Es posible que el "cuidador" sufra episodios de estrés de intensidades variadas. Se trata de una enfermedad que tiene importantes efectos negativos tanto en el cuerpo como en la mente de la persona. Se trata de una enfermedad relativamente desconocida que también se conoce como "fatiga por compasión", y que está afectando a un número cada vez mayor de personas que trabajan en el ámbito médico, así como a las familias de esas personas.

Capítulo III

Efectos del cuidado de los niños en el cuidador

Dado que existe muy poca bibliografía específica sobre los cuidadores de niños y sus efectos negativos sobre aquellos, intentaremos hacer una aplicación de las consecuencias que se han estudiado en el cuidado de personas adultos y mayores.

1. Consecuencias negativas, físicas, sociales y emocionales

Cuando una persona con un alto grado de vulnerabilidad y dependencia recibe cuidados informales, la salud física y psicológica del cuidador informal se deteriora, lo que repercute negativamente en él (Crespo y López, 2005).

Dentro del modelo de Zarit (1990), se enuncia, la idea de carga o sobrecarga que aparece explícitamente en las investigaciones sobre los cuidadores como personas expuestas a condiciones de estrés prolongado. Este es el caso del estudio en mención. Tiene dos componentes distintos: la carga objetiva, que es el grupo de solicitudes y tareas que los cuidadores deben gestionar; es una medida de hasta qué punto las demandas de la situación afectan a la vida

diaria de los cuidadores; y la carga subjetiva, que es la valoración de los cuidadores de que la situación es más exigente de lo que pueden manejar; es su percepción de que son incapaces de manejar las demandas de la situación. Es relevante destacar que, en pocas palabras, la "sobrecarga del cuidador" se refiere a la variedad de problemas físicos, mentales y sociales que pueden surgir como consecuencia directa de prestar cuidados a un individuo que depende de otra persona.

Cuidar a alguien que depende de uno exige, obviamente, gestionar un gran número de responsabilidades, que con frecuencia van más allá de las capacidades de la persona que presta los cuidados. Además, estas responsabilidades y exigencias cambian constantemente, lo que significa que algo que hoy es útil mañana puede ser completamente inútil, lo que obliga a modificar el horario diario. Todo esto ocurre en un entorno en el que existe una gran tensión emocional, ya que es angustioso ver a un ser querido luchar y deteriorarse. De ello se deduce que no es sorprendente la percepción del cuidado de una persona dependiente como una situación exigente e interminable (Crespo y López, 2008).

En cuanto a la influencia de la atención en la salud física, existen cuestiones fisiopatológicas, así como unas modificaciones en el bienestar físico y mental del individuo que brinda cuidados en su estado de salud y los efectos adversos del estrés que pueden dar lugar a consecuencias corporales como cefaleas tensionales, rigidez muscular, incomodidad en el sistema digestivo, aumento del ritmo cardíaco, temblores o deterioro en la apariencia de la piel. emociones

como impaciencia, irritabilidad, depresión, ansiedad, o negativismo, y efectos conductuales consumo excesivo de sustancias, episodios de reincidencia durante intervalos de abstinencia, renuncia a conductas beneficiosas para la salud, alteraciones en el apetito o relaciones negativas interpersonales (Bilkei-Gorzo et al, 2008; Kivimäki et al, 2002; Nater et al, 2007; Ory et al, 2008).

Debido al alto nivel de dedicación que requiere la prestación de cuidados, los cuidadores ya no tienen tiempo para sí mismos. Como consecuencia, es frecuente que los cuidadores abandonen aficiones o incluso relaciones sociales (por ejemplo, dejan de salir con amigos o incluso de charlar con ellos) para centrarse en atender a la persona a la que cuidan. Otros efectos negativos de los cuidados en la salud social son la reducción del tiempo libre, los conflictos familiares y los problemas profesionales o económicos.

Respecto a las repercusiones en la salud psicológica, se produce un mayor nivel de sintomatología depresiva y ansiedad, una percepción subjetiva mala de salud y problemas emocionales como el gran número de cuidadores que informan de mayor cantidad de síntomas en enfermedades crónicas, hospitalizaciones y uso de medicación, problemas emocionales, como ira, hostilidad, disgusto, enfado, rabia, culpa, tristeza, problemas neuropsicológicos, falta de concentración y problemas de memoria como la pérdida de interés en las relaciones interpersonales, detrimento de la autoestima, bajo deseo sexual, preocupaciones por el futuro, ideación suicida, etc. (Crespo et al 2003; Pinquart y Sörensen, 2003; Vitaliano et al., 2003).

2. Estrés

En el tema de la salud mental, la palabra "estrés" aparece con bastante frecuencia. En el estudio de la fisiología, Selye (1936), define estrés como una respuesta inespecífica del organismo a las exigencias que impone su entorno. A grandes rasgos, la conceptualización del estrés se ha ceñido a tres marcos teóricos principales. Estos modelos son los siguientes: el estrés como estímulo (Holmes y Rahe, 1967), el estrés como reacción (Selye, 1936) y el estrés como transacción entre el individuo y el entorno. Según este último punto de vista, el estrés se describe como un conjunto de interacciones específicas que existen entre un individuo y su entorno. Estas relaciones se reconocen, valoran y evalúan como algo que tiene el potencial de sobrepasar los propios recursos del individuo, el afrontamiento e incluso de poner en peligro su propio bienestar (Lazarus y Folkman, 1986). En la primera fase, el estrés se produce por la sobrecarga de trabajo y la pobreza de roles, que inducen emociones de pérdida de autonomía y control. Estos sentimientos, a su vez, generan sentimientos de impaciencia, agotamiento y una caída de la autoimagen positiva. En la segunda fase, el estrés se desencadena por la falta de autoimagen positiva. En la tercera fase, el sujeto desarrolla técnicas de distanciamiento para manejar la peligrosidad del entorno laboral. Además, el sujeto desarrolla actitudes de despersonalización (cinismo), lo que conduce a la aparición del burnout. Las fases posteriores estarán marcadas por bajos niveles de autorrealización, lo que conducirá finalmente al desgaste emocional.

El estrés psicológico es definido por Lazarus y Folkman (1984) como una interacción particular entre un individuo y su entorno que el sujeto ve como una amenaza o como un exceso de recursos que amenaza su bienestar. La premisa que subyace a esta definición es que la persona cree que la conexión supone un riesgo para su propia seguridad. La idea que se acaba de explicar se denomina a veces teoría del estrés relacional o teoría del estrés transaccional.

Para Sandín et al. (1999), lo mejor, es considerar el estrés como un proceso con múltiples componentes relevantes, incluidos los mecanismos de afrontamiento, las reacciones fisiológicas y emocionales, la percepción de amenaza, pérdida o desafío en el cerebro y los moduladores sociales y personales. Esto se debe a que el término de estrés es empleado de forma diferente por los distintos autores.

Esto significa que, aunque el modelo de Sandín explica el estrés y su relación con la depresión, no es el mejor modelo para la investigación porque no tiene en cuenta todos los factores importantes. El modelo de González y Landero (2006), en cambio, explica el estrés y su relación con la depresión.

González y Landero (2006) esbozan cómo un individuo puede o no experimentar estrés en respuesta a factores estresantes (diarios, recientes, crónicos o una combinación de éstos); esto depende de cómo valore sus recursos (autoeficacia, autoestima), del apoyo que tenga (apoyo social) y de la situación (amenaza, desafío o daño/pérdida); además, las variables sociodemográficas (sexo femenino, edad) pueden estar relacionadas con la experiencia de estrés

y síntomas psicosomáticos. Esto se debe a que la persona puede experimentar reacciones emocionales (como desesperación y ansiedad), conductuales (como mecanismos de afrontamiento) y fisiológicas (como síntomas psicosomáticos) en respuesta al estrés percibido si alcanza un umbral determinado.

Lazarus (2000) considera que el estrés es interdependiente de las emociones (incluida la depresión), lo que concuerda con los hallazgos de Bartolomucci y Leopardi (2009), quienes afirman que la relación entre estrés y depresión no es nueva. En una línea similar, Sánchez et al. (2003) afirman que el estrés se encuentra en casi todos los modelos teóricos disponibles actualmente sobre el deterioro psicológico.

3. Estresores

Según Lazarus (2000) el estrés se considera interdependiente de las emociones (incluida la depresión). Esta conclusión es compatible con los hallazgos de Bartolomucci y Leopardi (2009), quienes sostienen que la interacción entre estrés y depresión no es un fenómeno nuevo. Siguiendo en esta línea de pensamiento, Sánchez et al. (2003) afirman que los efectos del estrés están incluidos en casi todos los modelos teóricos de deterioro psicológico conocidos en la actualidad.

3.1. Objetivos

Están representados por las tareas que realiza actualmente el cuidador a lo largo del proceso de prestación de cuidados, como bañar, ayudar con la comida, reaccionar ante comportamientos agitados o tristes y otras actividades similares. El término "estresores objetivos del cuidado" se refiere a las experiencias negativas que están

relacionadas con las exigencias del cuidado y que tendrán efectos para los cuidadores como, el deterioro cognitivo, y el grado de dependencia

Por lo tanto, los encargados de atender a individuos que padecen demencia, experimentan mayores niveles de angustia emocional y altos niveles de sobrecarga en contraste con esas personas que no tienen problemas de capacidad funcional, problemas de comportamiento o dificultades cognitivas (Crespo-López y López-Martnez, 2005; Dunkin y Anderson-Haley, 1998; Hawranik y Strain, 2000); Vitalino et al, 1991).

Según Navarro (2004), existe una correlación entre la cantidad de tiempo dedicado a proporcionar cuidados y la manifestación de síndromes depresivos en los cuidadores. Los cuidadores que tienen menos apoyo social y más tiempo dedicado a proporcionar cuidados son más propensos a experimentar síntomas de depresión, las investigaciones indican que la ansiedad, depresión y estrés, son problemas prevalentes entre quienes cuidan a personas dependientes (Biegel et al., 1991; Pinguart y Sorensen, 2006; Vitaliano et al., 1991). No obstante, hay pruebas de que los cuidadores de personas con un alto grado de discapacidad mental y física tienen menos problemas de salud física, ansiedad y tristeza (Biegel et al., 1991).

Es posible que los cuidados requieran poco trabajo o mucho. También es posible que los cuidados sean breves o que no se sepa cuándo terminarán. En consecuencia, el diario del cuidador suele organizarse basado en la persona que depende (Izal y Montorio, 1994; López, 2005; Sörensen et al., 2002).

3.2. Subjetivos

Es un término que se refiere a los efectos que el estrés tiene sobre el cuidador de forma inmediata. El valor subjetivo que un cuidador otorga a un determinado acto de prestar cuidados es un factor predictivo más potente de ese efecto que una evaluación objetiva del factor estresante que provoca esa actividad. Los estresores subjetivos del cuidado son los que repercuten en la salud del cuidador de diversas maneras.

Sin embargo, otros estudios llegan a una conclusión similar: la sensación de sobrecarga repercute en los ámbitos social, vocacional y profesional de los cuidadores. No poder cuidar a un familiar enfermo y trabajar fuera de casa al mismo tiempo obliga a algunos cuidadores familiares a dejar su trabajo. Para poder prestar al familiar enfermo unos cuidados de mejor calidad que antes, otros cuidadores familiares pueden tener que trasladarse desde donde viven ahora al domicilio del miembro enfermo.

Además, existe una correlación entre el impacto de los estresores primarios (como la melancolía o el malestar emocional) y sus cualidades objetivas; sin embargo, la fuerza de esta correlación suele ser bastante baja. De hecho, los estudios de Aneshensel et al. (1995) han demostrado que la existencia de problemas conductuales o emocionales por parte de la persona dependiente tiene un mayor impacto negativo en el cuidador que la exigencia de éste de que la persona cuidada realice acciones que se realizan a diario. Del mismo modo, el cuidado de personas físicamente dependientes con pocos o ningún problema emocional o de comportamiento es mucho más

difícil dado el diagnóstico de la razón subyacente de la dependencia que el cuidado de personas con demencia o enfermedad mental crónica que dependen de otros para su cuidado.

También se ha demostrado que las dificultades conductuales y emocionales del cuidador crean subjetivamente un mayor malestar al cuidador (Haley et al., 1987; Teri et al., 1992). En el caso de la demencia, los comportamientos repetidos y la agitación suelen ser los más estresantes para los cuidadores. Además, Teri et al. (1992) descubrieron que los comportamientos depresivos, como los sollozos o las preguntas sobre la muerte, causan una cantidad significativa de estrés en los cuidadores.

Cuando se estudian de forma combinada los principales estresores subjetivos y las mediciones objetivas, existe una asociación considerablemente mayor entre el grado de salud o bienestar que experimentan los cuidadores (que consideran que estas variables se ven perjudicadas como consecuencia del cuidado). Así se desglosa de la investigación realizada por Aneshensel et al. (1995).

Estar sometido a mucho estrés puede ser perjudicial para la salud, sobre todo si persiste durante mucho tiempo. Además, hay más probabilidades de que el cuidador no haga ejercicio, no duerma lo suficiente o no mantenga una dieta sana, factores todos ellos que aumentan el riesgo de desarrollar afecciones como diabetes o cardiopatías.

Dependiendo del papel que una persona desempeñe en el escenario, se pueden debatir los siguientes temas: Las presiones de las tareas escolares, por ejemplo, cuando se acercan los exámenes, académico.

El estrés en el trabajo, por ejemplo, cuando hay que entregar los resultados en un plazo muy breve. La tensión que puede sufrir una familia cuando, por ejemplo, hay desacuerdos o falta de apoyo y el estrés causado por la economía podría darse, por ejemplo, cuando hay una alta tasa de desempleo o cuando hay dificultades para cumplir con obligaciones financieras como los pagos de la hipoteca.

De acuerdo con la importancia que la circunstancia tiene sobre el individuo, diferenciamos entre: estrés traumático, nos referimos a circunstancias violentas o dramáticas, en las que nuestra vida o la de las personas que nos asedian puede estar en peligro. Este tipo de escenarios incluyen cosas como accidentes, asaltos, guerras y enfermedades terribles, especialmente las que afectan a los niños.

Los cambios en la vida de una persona, como el fallecimiento prematuro de un ser querido, la disolución de un matrimonio, la pérdida del hogar o el hundimiento de la situación económica, son ejemplos de acontecimientos vitales estresantes.

Los acontecimientos vitales menores, como los retos típicos a los que nos enfrentamos a diario, son fuente de trastornos y sentimientos desfavorables en nuestra vida cotidiana. Un ejemplo sería que nuestro coche sufriera un pequeño arañazo que nos obligara a llevarlo al mecánico y a presentar una reclamación a la compañía de seguros. Por ello, nos quedaríamos sin vehículo durante unos días.

Los estresores crónicos menores pueden ser cosas como el ruido insoportable durante las horas de trabajo o temperaturas demasiado altas en el lugar de trabajo.

Atendiendo su origen distinguimos:

- Las tensiones primarias incluyen actividades y sucesos que están directamente relacionados con la dependencia del cuidador, así como con el acto de proporcionar cuidados a la persona dependiente. Se incluyen aquí los problemas conductuales y/o emocionales del cuidador, así como su necesidad de asistencia en las (AVD).
- El estrés resultante de los cambios en la vida del cuidador como consecuencia directa del trabajo necesario para atender a una persona mayor dependiente se conoce como estrés secundario.

La capacidad de distinguir entre acontecimientos y actividades específicos derivados de la situación de dependencia de la persona mayor que recibe los cuidados (estresores primarios) y los posibles efectos negativos que los cuidados pueden tener en la vida de los cuidadores (estresores secundarios) hace que esta distinción sea crucial para mejorar la eficacia de las intervenciones.

4. Las creencias religiosas y su rol protector frente al estrés

La religión es un conjunto de sistemas culturales, de creencias y visiones del mundo que relaciona la humanidad a los valores morales y a veces a la espiritualidad (Vital-Martinez, 2023).

Leblanc et al. (2004) han explorado la religión como un componente que posiblemente podría tener un impacto mediador y moderador en la angustia del cuidador. Esto se debe a que la religiosidad es uno de los diversos recursos personales que pueden afectar potencialmente al estrés del cuidador. En concreto, la religión

puede moderar la propagación del estrés si ejerce su efecto sólo en determinadas circunstancias, o puede mediar en la propagación del estrés si tiene su propia relación independiente con el estrés. Según Hodge y Sun (2012), se ha demostrado que la espiritualidad mitiga en cierta medida la influencia que el estrés ejerce sobre los buenos elementos del cuidado.

Si bien es cierto que la mayoría de los estudios en este campo indican que la religiosidad y la espiritualidad tienen efectos positivos, es crucial comprender que estas prácticas también pueden tener un impacto negativo en los cuidadores si provocan sentimientos de culpa, vergüenza, autor reproches, baja autoestima, la creencia de que uno está siendo castigado por Dios, escrúpulos obsesivos y otros sentimientos y pensamientos similares (Leblanc et al., 2004),

Esta falta de investigación sobre los efectos de la religión y la espiritualidad puede ser atribuible, al menos en parte, al escepticismo generalizado que tradicionalmente han mantenido los filósofos más influyentes en el campo de la psicología hacia estos aspectos. Aunque el propio Freud afirma que era perfectamente consciente del modo en que su pensamiento, gracias a la religión, se había desarrollado y enriquecido (Domínguez-Morano, 2000; véase López et al., 2013). Lo cierto es que en la mayor parte del texto freudiano la religión aparece, por un lado, como equivalente de la represión y, por otro, como promoción de lo ilusorio, de lo no real.

En primer lugar, la religión sería una fuerza represiva; sería un dispositivo que fuerza ideas o emociones en nuestras mentes inconscientes que nos parecen demasiado poderosas o desagradables

de soportar; sería un componente de nuestra realidad cuya sustancia psicológica central somos incapaces, por mucho que lo intentemos, de hacer consciente (Ávila, 2003; Fizzoti y Salustri, 2007; Frigerio, 2007). Freud puede haber estado en lo cierto al clasificar algunas actividades religiosas como neuróticas o ilusorias, pero esto no significa que estas conductas correspondan a una vivencia y práctica real de la religión desde la perspectiva de una persona sana y equilibrada. Según López y Rodríguez (2008), la religión es mucho más que una moral que informa de lo que se debe y, sobre todo, de lo que no se debe hacer. También Tix y Frazier (1998) apuntan que, a pesar de que estos elementos son cruciales para el proceso terapéutico, muchos psicólogos no incluyen los aspectos religiosos y espirituales de sus clientes.

Aunque es cierto que la importancia de la espiritualidad o la religiosidad depende en gran medida de la concepción que se tenga de ellas y que estas concepciones pueden variar de una generación a otra (Blazer, 2012), las primeras investigaciones sobre el impacto de la religiosidad en la capacidad de los cuidadores para hacer frente a la presión muestran que casi tres cuartas partes de los cuidadores (74%) consideran la oración como su principal mecanismo de afrontamiento (Baines, 1984). Así lo reveló una encuesta realizada en el Reino Unido.

Según una revisión reciente de la investigación sobre la relación entre la espiritualidad y la religiosidad y la angustia del cuidador, la mayoría de estos estudios no encontraron ninguna correlación o sólo una relación mixta (una mezcla de resultados significativos, negativos

y positivos) entre estas variables y la angustia emocional (Hebert et al., 2006).

La variación en las variables dependientes o de resultado entre los estudios, junto con la variabilidad de las medidas empleadas para calibrar la espiritualidad y la religiosidad, probablemente contribuyen a algunos de los resultados incoherentes.

La idea de espiritualidad, por otra parte, no es tan ampliamente comprendida como la noción de religiosidad, que suele estar claramente definida. Según Holland et al. (1998) En comparación con la religión, la espiritualidad es un concepto más etéreo y difícil de comprender. El término "religiosidad" describe cómo una sociedad y un individuo responden a dificultades como las preocupaciones existenciales, la enfermedad, la muerte y el propósito de la vida. En cuanto a dificultades como las preocupaciones existenciales, la enfermedad, la muerte y el propósito de la vida, la espiritualidad se refiere a la respuesta individual y personal de un individuo. Según una investigación publicada por el Instituto Fetzer y el Instituto Nacional sobre el Envejecimiento en 1999, el sentido de la vida puede definirse como "el significado y conexión con un poder superior o algo más grande que uno mismo", también se define como "el viaje individual para captar las preocupaciones últimas sobre la vida, el significado y el vínculo con lo sagrado o trascendente". Según Farran et al. (2003) la espiritualidad es incuestionablemente una actividad centrada en el interior, mientras que la religiosidad es una experiencia humana más centrada en el exterior.

En parte debido a las expresiones similares de ambas realidades, la depresión ha sido la condición psicopatológica más investigada en relación con la religión. Así, por ejemplo, la culpa relacionada con la depresión suele vincularse a un determinado conjunto de creencias religiosas, y los síntomas que parecen depresivos (como "La noche oscura del alma") se relacionan con experiencias religiosas (Blazer, 2012).

Las investigaciones sobre cómo afecta la espiritualidad a los niveles de estrés de los cuidadores son escasas. Según Hebert et al. (2006), la mayoría de las investigaciones (78%) que analizaron cómo afectaba la espiritualidad al bienestar de los cuidadores no mostraron ninguna correlación (como la tristeza) o encontraron una correlación mixta (una mezcla de resultados no significativos, positivos y negativos). Así se desprende de un estudio sobre el impacto de la espiritualidad en la salud de los cuidadores.

Según Koenig (1990), la búsqueda del sentido religioso es un esfuerzo intensamente personal que se complementa con un esfuerzo ligado al libre albedrío de cada individuo. La religión y la espiritualidad de los cuidadores de jóvenes es claramente un problema y una futura vía de estudio e intervención en este campo, y esto es algo que los psicólogos deben tener en cuenta.

Las características beneficiosas de ser cuidador también son objeto de un número creciente de estudios (Farran et al., 2003; López et al., 2005). Futuras investigaciones podrían examinar la relación entre la espiritualidad y la religión y la excelencia en la atención brindada por los cuidadores.

5. Ansiedad

La palabra "ansiedad" se utiliza en la conversación común, pero también es un concepto teórico en el campo de la psicología. Según Beck (2013), la ansiedad es una experiencia paradigmática, y el reto de explicarla ha recaído sobre todo en los campos de la psiquiatría y la psicología.

Diversas escuelas psicológicas han abordado el tema desde distintos ángulos, cada una con su metodología y perspectiva teórica únicas (Cattell, 1983; González, 1993). Además de mejorar el conocimiento, esto también ha fomentado una diversidad conceptual y terminológica que ha dado lugar a su confusión con sentimientos emocionales similares o superpuestos, como la tensión, la miseria y el miedo (Sierra et al., 2003). En consecuencia, aunque la ansiedad es un término clave en la psicología y la psiquiatría modernas, es difícil de definir y tiene muchas connotaciones implícitas. Según Spielberger et al. (1970), la ansiedad se caracteriza por ser una reacción emocional desagradable que provoca alteraciones en la fisiología y el comportamiento del sujeto en respuesta a un estímulo externo que éste percibe como peligroso.

Sierra et al. (2003) definen la "ansiedad" como una sensación de inquietud y perturbación caracterizado por la percepción de la proximidad de un peligro o desastre, la expectativa de riesgo y el predominio de síntomas mentales. Conceptualmente, la ansiedad se define como una condición en la que se activa el sistema nervioso, ya sea como reacción a estímulos externos o como un cambio interno en la estructura o función del cerebro (Sáiz et al., 2001).

5.1. Origen y etimología del término ansiedad

El origen del término ansiedad y su diferenciación con otros constructos ha sido abordado por varios autores (véase por ejemplo Sierra et al., 2003). Según la Real Academia Española (2014), la palabra "ansiedad" tiene su origen en el vocablo latino "anxietas", que puede traducirse como estado de agitación, inquietud o desasosiego del ánimo. Este significado es sinónimo de la palabra "angustia", con la que comparte su base etimológica (Pichot, 1999). Según los estudios de revisión (Cattell, 1983; González, 1993), esta imprecisión terminológica proviene de la traducción de la palabra alemana angst que Freud integró en 1894. Cattell (1983) y González (1993), fueron los autores de estas investigaciones. Aunque el término ansiedad se utilizaba exclusivamente en inglés, tanto el español como el francés emplean dos palabras. Al referirse al primero, se tradujo utilizando las palabras *anxiété* y *anxiety*, mientras que, al referirse al segundo, se tradujo utilizando los términos *angoisse* y *angustia* (González, 1993). Según Sarudiansky (2013), este dualismo ha estado presente a lo largo de la historia de estas nociones, y sigue existiendo en la actualidad. A pesar de ello, ambas interpretaciones parecen opciones aceptables para la traducción, e incluso pueden considerarse sinónimos (Hanns, 2001).

Según Pajuña (2017), el diccionario de psicología de 2003 la define como "estado patológico de extrema inquietud" (p. 9) y la describe como "estado ansioso: distraído, agitado, inquieto; preocupado por el futuro, fuerte deseo (como estar ansioso por agradar o alcanzar el éxito)." El psicoanálisis y el humanismo utilizaban el término *angustia*, pero la psicología científica eligió el término *ansiedad*. El

crecimiento de la psicología y el auge de numerosas teorías contribuyeron a preservar esta divergencia conceptual. Sin embargo, diferenciar los términos implica principalmente buscar diferencias de utilización a través de enfoques teóricos diversos, que al final apuntan al mismo concepto" (Vindel y Tobal, 1990).

5.2. Tipos de ansiedad

Los miedos y las ansiedades son extremadamente reales y a menudo impiden que las personas se centren en las cosas que necesitan hacer a diario, según la investigación realizada por Carrión et al. (2017) que estudiaron las formas más comunes de ansiedad. Estas sensaciones de preocupación son reales, aunque pueda resultar difícil identificar su origen subyacente.

Los síntomas físicos del trastorno de pánico, que pueden incluir dolor en el pecho, aceleración de los latidos del corazón, dificultad para respirar, mareos, ansiedad o molestias en el abdomen, se caracterizan por ataques bruscos y recurrentes de terror extremo. Estos sentimientos imprevistos, fuertes e inesperados de pánico y temor. Estos ataques rápidos y recurrentes de terror extremo son características distintivas del trastorno de pánico. Los síntomas físicos del trastorno de pánico, que pueden incluir dolor en el pecho, aceleración de los latidos del corazón, dificultad para respirar, mareos, ansiedad o molestias en el abdomen, se caracterizan por ataques bruscos y recurrentes de terror extremo. Estos sentimientos imprevistos, fuertes e inesperados de pánico y temor. Estos ataques

rápidos y recurrentes de terror extremo son características distintivas del trastorno de pánico.

Trastorno que se define por la existencia de fobias o miedos intensos: las fobias sociales incluyen el temor en relación con circunstancias sociales, como la fobia a los insectos (también conocida como entomofobia) o a los lugares limitados (también conocida como claustrofobia). Ciertas situaciones, como entrar en contacto con un determinado animal, volar en avión (aviofobia) o estar en un espacio cerrado (claustrofobia), pueden desencadenar fobias específicas en algunas personas.

Las personas que padecen TOC siguen rutinas o rituales para intentar evitar o liberarse de estos pensamientos (compulsiones). Ejemplos de estos rituales son lavarse las manos con frecuencia, limpiar la casa y comprobar dos veces si hay errores. El TOC se caracteriza por sentimientos o pensamientos persistentes, incontrolables y no deseados.

Traumas físicos o emocionales: los accidentes o las catástrofes naturales pueden provocar un trastorno de estrés postraumático, que se caracteriza por recuerdos de estos acontecimientos que persisten durante meses o incluso años después del suceso traumático. Este trastorno también puede dar lugar a pensamientos, sentimientos y patrones de comportamiento.

Para Sánchez (2015), existen tres niveles de ansiedad:

- Denominada ansiedad benigna o ansiedad de tipo leve, la ansiedad leve se caracteriza por que la persona es más consciente de su entorno, agudiza su percepción y sus

habilidades de observación y domina la situación más que antes. Muchos factores pueden contribuir a la ansiedad leve.

- **Ansiedad moderada:** Debido a su ansiedad, una persona con este nivel de ansiedad tendrá un campo perceptivo algo reducido. Experimentan un temor menos que moderado, ya que pueden ver, oír y controlar el acontecimiento. Pueden saber si otra persona está concentrada en un área que se encuentra fuera de su campo de visión, incluso cuando tienen problemas para identificar lo que ocurre a su alrededor.

Pueden manifestarse las siguientes reacciones fisiológicas: temblor en el cuerpo, expresión facial de miedo, músculos tensos, inquietud, respuestas de sobresalto exageradas, incapacidad para relajarse, expresión facial de terror, dificultad para dormir, boca seca, malestar estomacal, anorexia, diarrea o estreñimiento.

- **Ansiedad patológica:** La distinción entre ansiedad normal y patológica suele basarse en parámetros cuantitativos acordados de forma más o menos arbitraria. La ansiedad se convierte en un estado patológico cuando el estímulo no la justifica, o cuando es demasiado grave o prolongada en el tiempo.

El trastorno de ansiedad social es un tipo de trastorno de ansiedad que se produce cuando las interacciones sociales de una persona con los demás se ven afectadas negativamente (Herrán et al., 2007).

Se trata de una reacción emocional exagerada que no guarda proporción con el nivel real de amenaza de la situación

estimulante. Se deriva de una cognición defectuosa que asigna una evaluación incorrecta del peligro, activando esquemas adaptativos que sesgan el procesamiento de la información al presentar material proposicional relativo a los peligros y vulnerabilidades físicos o psicológicos percibidos. Es causada por una percepción incorrecta del riesgo debido a un problema en el proceso mental, Tiene un impacto directo en la capacidad de manejar eficaz y adaptativamente acontecimientos adversos o desafiantes, e incluso puede impedir el funcionamiento social y ocupacional cotidiano, entre otros ámbitos.

Según Blanchard-Fields y Coats (2008), es una respuesta emocional exagerada que no guarda proporción con el verdadero nivel de amenaza de la situación estimulante. Surge de una cognición defectuosa que asigna una evaluación inexacta del riesgo, desencadenando esquemas adaptativos que sesgan el procesamiento de la información al proporcionar información proposicional sobre los riesgos y vulnerabilidades percibidos, ya sean físicos o psicológicos.

La ansiedad patológica se define como la ansiedad que causa un malestar significativo y manifiesta síntomas que afectan psicológica, conductual y físicamente. Algunos ejemplos de estos síntomas son la ansiedad que no es adaptativa, y la ansiedad que no es capaz de generar una respuesta adecuada o adaptativa (Sáiz et al., 2001).

La sociedad actual considera la ansiedad como un trastorno mental común porque engloba una amplia gama de condiciones

clínicas que tienen un carácter excesivamente patológico, manifestándose en diversas disfunciones y desequilibrios cognitivos, conductuales y psicofisiológicos. Esto se debe al hecho de que la ansiedad incluye toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, un carácter patológico extremo. Estos elementos se manifiestan en diversas esferas, como el familiar, el social y el profesional.

5.3. Perspectivas teóricas en el estudio de la ansiedad

5.3.1. Psicofisiológico

Su objetivo era registrar y analizar las respuestas fisiológicas para investigar los mecanismos psicológicos que subyacen al comportamiento. Este método creó los primeros modelos científicos de las emociones, la base de la investigación posterior sobre la ansiedad, aunque no utilizara el nombre ansiedad.

Se comenzó una línea de investigación analizando las reacciones fisiológicas a diversos estímulos. A pesar de que no utilizaba el término "ansiedad", este enfoque dio lugar al desarrollo de los primeros modelos emocionales científicos, que proporcionaron el marco para investigaciones adicionales sobre la ansiedad.

Lange (1885) sugirió un concepto relacionado que era algo similar. Sostenía que cada experiencia emocional implicaba un patrón fisiológico de respuesta distinto, que el desarrollo de una respuesta emocional requería una activación fisiológica vasomotora y que el

episodio emocional estaba causado por la propiocepción de esa activación física.

Según Cannon (1931), la emoción era básicamente una manifestación del sistema nervioso central en contraposición al sistema nervioso periférico. Propuso la teoría central como alternativa a la primera teoría de las emociones.

Con un espíritu similar, otras investigaciones descubrieron patrones de respuesta distintos en diferentes entornos, así como cierta especialización fisiológica o una estereotipia única (Cano y Miguel, 1990). James había teorizado que tal cosa sería posible, y este hallazgo presta apoyo a su teoría. Según Cano-Vindel (1995); Garrido (2000), la idea de Cannon tuvo un impacto significativo en la progresión de la línea de investigación neurológica sobre los procesos neuronales centrales que subyacen a la experiencia emocional.

5.3.2. Psicodinámico

Freud (1894), le otorgó un papel destacado en la formación de la teoría psicoanalítica, dando lugar a las tres conocidas teorías de la ansiedad. El modelo económico, que partía de la comprensión de que la ansiedad es un proceso físico resultante de una excitación acumulativa que busca su liberación por métodos somáticos sin determinación mental, fue la base de la primera de las teorías. Más tarde, en 1917, planteó la hipótesis de que un impulso no deseado que no puede encontrar representación consciente provoca represión, lo que a su vez causa una acumulación de excitación. Nos referimos a esta noción como la hipótesis de la acción. Al sugerir que el proceso represivo era el resultado de la preocupación y no su fuente en su

tercera formulación, que publicó en 1926, invirtió su modelo. Además, describió la ansiedad como una reacción innata al riesgo que tiene su origen en experiencias traumáticas de los primeros años de vida. Por último, distinguió entre dos tipos de preocupación que surgen de la indefensión mental del bebé: la ansiedad automática y la ansiedad de señal.

Tanto la teoría como la práctica clínica hacen hincapié en la ansiedad. El proceso consiste en concebir posturas basadas en miedos comunes (Segal, 1965). La ansiedad de cierto tipo, que puede ser depresiva o paranoide, lleva al desarrollo de estas posturas. La primera tiene que ver con la proyección del impulso de matar en objetos externos persecutorios percibidos. La segunda se asociaba con el temor a la destrucción del ego y del objeto ideal. La segunda teoría se basa en la noción de que el acto de violencia puede haber sido responsable de la destrucción tanto del objeto beneficioso como del ego, que, por su conexión con el objeto, había experimentado sentimientos de peligro.

Winnicott, al igual que Klein, La ansiedad recibe especial atención tanto en la filosofía como en la práctica terapéutica. El enfoque consiste en crear posturas basadas en ansiedades compartidas (Segal, 1965). Estas posturas son el resultado de un cierto tipo de ansiedad que puede ser paranoide o depresiva. La primera se refiere a proyectar el deseo de matar en los agresores percibidos en el mundo exterior (Winnicott, 1960; Winnicott, 1963).

5.3.3. Experimental motivacional

De forma similar Watson (1976) afirmó que la amplia gama de conductas que poseen los seres humanos podía explicarse, predecirse y modificarse mediante el método experimental. También afirmó que se originó una línea de investigación alternativa al método introspectivo y psicodinámico, que se centraba en la conducta observable y su relación con el entorno a través de procesos de aprendizaje. Chertok (1995) afirmó que el método experimental se utilizó para explicar, la gran variedad de conductas de los seres humanos.

En cuanto a la adaptación, Skinner (1969, 1977) estudió cómo interactuaban la conducta y el entorno al que estaba expuesto un sujeto. Desarrolló ciertos procedimientos que permitían elucidar cómo se mantenían las acciones en función de sus resultados (condicionamiento instrumental) y sugieren que las acciones se regían por sus resultados inmediatos, que actuaban como reforzadores positivos o negativos. Mientras que los segundos suprimían una experiencia desagradable o producían una reacción que evitaba el suceso desagradable, los primeros aumentaban la posibilidad de que el comportamiento se produjera en el futuro.

Por parte de Eysenck (1992), desarrolló un tercer modelo de condicionamiento conocido como modelo de incubación en un esfuerzo por mejorar los procesos explicativos del condicionamiento de ansiedad. Además, propuso que la extinción de la respuesta condicionada no era consecuencia de la simple presentación del estímulo condicionado no reforzado y que, dependiendo del tipo de

respuesta condicionada y de su motivación, la respuesta de ansiedad podía, en algunas circunstancias, mantenerse o aumentar.

En otra rama de estudio, Wolpe (1968), examinó los procesos a través de los cuales se aprenden las fobias y otras afecciones relacionadas con el condicionamiento aprensivo. Propuso la teoría de la inhibición recíproca, también conocida como inhibición antagonista, que afirma que un individuo no puede ponerse ansioso por un estímulo ansiógeno si se produce una respuesta más intensa e incompatible con la ansiedad (como la relajación) al mismo tiempo que el estímulo que provoca poca ansiedad.

En conclusión, la investigación de Bandura y Walters (1974), arrojó luz sobre los procesos que entran en juego durante la adquisición de fobias incluso en ausencia de refuerzo positivo. Basándose en sus estudios sobre cómo los niños y los padres aprenden a comportarse de forma hostil y ansiosa, propusieron las ideas básicas del aprendizaje imitativo u observador de las preocupaciones y crearon el proceso de modelado. En este proceso, el comportamiento de una persona denominada modelo sirve de desencadenante para que otras personas que ven actuar al modelo muestren comportamientos, actitudes o ideas similares. Esta investigación se basó en el estudio del aprendizaje de comportamientos hostiles y ansiosos en niños y padres.

5.3.4. Psicometría factorial

La impronta psicométrica permitió intentar la formulación de un nuevo modelo teórico de la ansiedad, así como el establecimiento de las correlaciones entre la ansiedad y otros factores de personalidad (Ansorena et al., 1983). Se distinguió por su impronta psicométrica.

En general, se admite que Cattell (1958) fue la primera persona que realizó un esfuerzo por aislar y evaluar el concepto de ansiedad utilizando diversas medidas psicológicas y el método de análisis de componentes.

Cattell (1983), trazó y redujo los numerosos vínculos que existen entre los factores que conceptual y empíricamente se consideran componentes de la ansiedad. Los resultados de su investigación permitieron cuestionar la validez factorial del constructo de ansiedad en su iteración anterior. Sabía que en estudios anteriores se había examinado la ansiedad como una reacción instantánea, transitoria y oscilatoria que se relacionaba positivamente con una serie de síntomas fisiológicos, como temblores, rigidez muscular y aceleración del ritmo cardíaco; sin embargo, el foco de su propia investigación se había centrado en las diferencias individuales que existen entre las personas, con el objetivo de entender la ansiedad como una característica de la personalidad. El modelo factorial sirve como principio organizador del inventario de Zung.

En su estudio Cattell y Scheier (1961), postularon que la ansiedad podía dividirse en dos elementos distintos: ansiedad rasgo y ansiedad estado. Se pensaba que ambos factores eran independientes entre sí. Mientras que el segundo se refiere a un estado emocional transitorio que puede fluctuar en intensidad y duración, el primero se relaciona con un rasgo de la personalidad que suele ser continuo y que tiende a comportarse de forma nerviosa (Cattell, 1983). Uno de los rasgos distintivos de este modelo era la presencia de una ansiedad constante

que constituye uno de los aspectos fundamentales de la personalidad del sujeto a lo largo del tiempo.

El trabajo de Cattell y Lazarus sirvió de base para el desarrollo del segundo modelo conceptual que fue elaborado como parte de este cuerpo de investigación por Spielberger (1966). Por otro lado, cuestionó las distinciones entre ansiedad rasgo y ansiedad estado y propuso un vínculo entre ambas. Al igual que el anterior, distinguió entre la ansiedad como estado temporal y como característica de la personalidad relativamente duradera, tanto desde el punto de vista filosófico como práctico.

Este paradigma afirmaba que la ansiedad era un estado subjetivo que se caracterizaba por la aparición de sensaciones de tensión y aprensión, así como por una activación de los sistemas nerviosos autónomo y endocrino que se traducía en cambios fisiológicos aparentemente externos.

La idea en la que se basaba la ansiedad rasgo era describir variaciones individuales generalmente consistentes en la percepción de una amplia variedad de acontecimientos como amenazantes y el estado de ansiedad exacerbada que se deriva de ellos. Tres variables influyen en la gravedad y la duración de los estados de ansiedad: la exposición a acontecimientos similares a los que provocan la ansiedad, la persistencia de la estimulación y los mecanismos cognitivos medicinales.

5.3.5. Cognitiva conductual

Cano-Vindel (1989) estudió cómo determinados factores cognitivos pueden causar o mantener una reacción de ansiedad, para comprender

mejor el vínculo entre ansiedad y cognición. En segundo lugar, se investigaron las formas en que los niveles de ansiedad influían en varios parámetros cognitivos e incluso en el comportamiento de los participantes. Desde ambos ángulos, queda claro cómo los factores cognitivos pueden reforzar o favorecer una respuesta ansiosa.

Bandura (1974, 1977, 1982), fue el pionero de la tendencia cognitiva en el enfoque conductista. Distinguió entre expectativas de autoeficacia y expectativas de resultados y propuso, utilizando la teoría del aprendizaje social, que las expectativas del sujeto regían sus conductas. Las primeras se referían a las capacidades autopercebidas para realizar determinadas conductas, mientras que las segundas se referían a las expectativas de los resultados que provocarían conductas específicas.

Lazarus y Folkman (1984) propusieron una teoría según la cual la evaluación cognitiva que una persona hace de la situación, los pasos necesarios para lograr determinados objetivos y los mecanismos de afrontamiento de que dispone pueden servir para explicar su respuesta emocional y conductual ante un acontecimiento desencadenante. La observación de que las reacciones emocionales y conductuales de las personas ante las condiciones que las desencadenan eran muy variadas condujo al desarrollo de esta hipótesis.

Clark y Beck (1999, 2012) crearon su propia teoría, que consideraba la ansiedad como un sistema multifacético de respuesta conductual, fisiológica, emocional y cognitiva desencadenado por la expectativa de sucesos o situaciones considerados erráticos e

incontrolables que pueden poner en peligro los intereses esenciales del individuo.

Según la teoría cognitiva (Barlow et al., 2001; Clark y Beck, 2012), La ansiedad es un fenómeno humano que se ha desarrollado a través de la evolución y nos aporta ventajas sobre otros animales. La ansiedad es una reacción emocional complicada provocada por procesos cognitivos de valoración y reevaluación. Este proceso permite al individuo obtener y evaluar los datos pertinentes sobre las circunstancias, los recursos disponibles y el resultado previsto con el fin de tomar las medidas adecuadas.

Lang (1968), ha demostrado que en la reacción de ansiedad intervienen muchos mecanismos de respuesta que actúan de forma casi independiente (Martínez et al., 2012; Tobal y Vindel, 2002). Estas son sólo algunas de las muchas e importantes aportaciones que Lang realizó como resultado de sus investigaciones el tratamiento de la fobia. con la técnica de desensibilización sistemática

Su teoría tridimensional definía la ansiedad como una inclinación a actuar provocada por la activación del cerebro en respuesta a inputs importantes. Esta activación se manifestaba mediante un sistema tripartito de respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras con distintos grados de discordancia y disincronía entre ellas, es decir, distintos perfiles de respuesta.

En una línea similar, Lang (1979), desarrolló la hipótesis bioinformacional, que tiene importantes implicaciones para los estudios de tratamiento de las fobias y los trastornos de ansiedad. Esta teoría sostiene que los sentimientos se representan en la memoria de

una persona como estructuras de información que están conectadas con el contexto del estímulo, las respuestas al mismo y los significados que se le atribuyen.

Las ramas simpática y parasimpática del sistema nervioso autónomo trabajan juntas para producir automáticamente funciones fisiológicas. Esto sirve para preparar al cuerpo para responder en situaciones que puede considerar nocivas o peligrosas. La ansiedad puede manifestarse fisiológicamente en forma de diversos síntomas, como taquicardia, parestesias, sudoración, tensión muscular e hiperventilación. Los comportamientos de congelación, precaución, deserción, evitación y/o búsqueda de seguridad son ejemplos de expresiones conductuales.

5.4. Medición de la ansiedad

Actualmente existen múltiples y diversos instrumentos para la evaluación de la ansiedad y la depresión que poseen adecuadas propiedades psicométricas. Entre los instrumentos más populares para la evaluación de la ansiedad y la depresión se encuentran los siguientes instrumentos:

- Escala de ansiedad de Hamilton (HAS)
- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)
- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)
- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
- Inventario de Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA)

Por un lado, las dimensiones de los instrumentos han sido diseñadas para evaluar distintos componentes cognitivos de la ansiedad, identificados por una serie de investigaciones empíricas que han examinado las variables de mantenimiento y etiológicas más importantes (Wong y Rapee, 2016). Sin embargo, otras escalas pretenden cuantificar la gravedad del fenómeno, por lo que la adecuación contextual del contenido -es decir, su relevancia y representatividad de las situaciones sociales consideradas a la luz de la población diana de la evaluación- es crucial.

Los resultados de las pruebas de evaluación pueden utilizarse como una especie de guía para comprender lo que le ocurre al paciente y qué es lo que siente y experimenta, pero no representan en modo alguno un diagnóstico concluyente.

6. El Burnout

Este síndrome se considera una fase avanzada del estrés laboral que puede causar incapacidad total para volver al trabajo o como enfermedad psicológica e incluso accidente laboral, produciendo tanto alteraciones de la salud (a veces mortales) como riesgos psicosociales y dificultades en la organización. También puede provocar una incapacidad total para volver al trabajo. El término "síndrome de burnout", a veces conocido como "síndrome de desgaste profesional" o "burnout profesional", ha sido definido de diversas maneras por varios autores, y su alcance se ha ampliado como resultado de esta evolución (Rodríguez, 2020).

Bradley (1969) fue de los primeros académicos que utilizó el término “burnout”, caracterizándola como un fenómeno psicológico exclusivo del sector de la ayuda humanitaria. Pero Freudenberg no creó la expresión hasta 1974, cuando la definió como "una condición de agotamiento o insatisfacción que surge del compromiso con una causa, una forma de vida o una relación que no proporciona los resultados prometidos" (Freudenberg, 1974, p. 159).

En un estudio realizado por Maslach (1976), se analizaron las reacciones emocionales de las personas que se ganaban la vida prestando asistencia y cuidados a otras personas. En el Congreso Anual de (A.P.A.) celebrado en 1977, Maslach (1976), introdujo el concepto de burnout del cuidador. Aludía al hecho de que los profesionales que ofrecen servicios asistenciales acaban agotados y desmotivados tras años prestando cuidados a los pacientes.

Las tres características del burnout son el cansancio o agotamiento emocional, la despersonalización o deshumanización y la pérdida o disminución de la realización personal en el trabajo. Estas dimensiones fueron definidas por Maslach y Jackson (1995) en su libro fundamental. (p. 45). La expresión "síndrome de burnout" (S.B.) o "síndrome de desgaste profesional" (S.B.P.) se refiere a la angustia psicológica que surge del agotamiento emocional al trabajar directamente con personas, especialmente en situaciones de enfermedad o angustia. El término "Burnout" se refiere a ambos trastornos. En 1986, con la ayuda de Maslach y Jackson, fueron capaces de identificar tres rasgos distintivos del síndrome: cansancio

emocional, despersonalización y falta de éxito personal (Álvarez y Fernández, 1991).

Según Ekstedent (2005), Existen dos líneas principales de progresión histórica para esta frase: la iniciada por Freudenberg (1977), que adoptó un enfoque más clínico, y la iniciada por Maslach y Pines (1977), que introdujeron el término en la agenda científica sin perder de vista la perspectiva social. En 1983, Freudenberg amplió el concepto de burnout y lo reconoció como una condición médica. Para ello, incluyó aspectos como la disposición del individuo, la productividad en el trabajo, las relaciones interpersonales y el modo de vida en general. Además, sostuvo que el burnout era un proceso que tenía un impacto tanto en la persona como en la organización.

Como continuación del trabajo de Ekstedent, el estudio de Maslach constituye la segunda línea de investigación. Maslach (1976) lo definió como un síndrome de fracaso personal debido a intensas demandas emocionales -tanto internas como externas- que permanecen insatisfechas a pesar de un esfuerzo emocional significativo. Cherniss (1980), que destaca la importancia del trabajo como antecedente en esta enfermedad debido a las exigencias excesivas o insatisfactorias de un determinado trabajo, añadió apoyo a este diagnóstico. Por el contrario, Pines et al. (1981) ofrecieron una perspectiva más amplia, revelando que el trabajo desempeña un papel crucial en la definición de la palabra en las culturas occidentales y rasgos asociados como desesperanza, impotencia y escasa autoestima.

Por otro lado, Camacho (2003), lo describe como el proceso de deterioro de la salud general de una persona como consecuencia de

circunstancias laborales estresantes. Esto crea un estado de agotamiento, indiferencia y desmotivación que se traduce en un marcado descenso de la productividad y en problemas interpersonales tanto dentro como fuera de la oficina.

Por último, pero no por ello menos importante, Gil-Monte (2007) describe el "Síndrome de Burnout en el trabajo" (SBT) como una reacción al estrés laboral continuado, unida a una experiencia subjetiva de sentimientos, pensamientos y actitudes, que provocan cambios psicofisiológicos en las personas y efectos perjudiciales en los lugares de trabajo. El BWS se caracteriza por una experiencia subjetiva de sentimientos, pensamientos y actitudes unida a una reacción al estrés laboral continuado. Por eso, cuando hay niveles significativos de burnout por un período prolongado, habrá implicaciones negativas para los trabajadores, que pueden incluir el desarrollo de enfermedades crónicas o modificaciones psicosomáticas.

En los últimos 20 años, varios autores han integrado los puntos de vista de Freudenberg y Maslach, como demuestran Enzmann et al. (1998). Según ellos, "la E.B. puede definirse como una condición resultante del uso constante de los recursos energéticos de un individuo, utilizando su poder mental y físico sin suficiente recuperación". Los síntomas más comunes de la enfermedad son sentimientos de agotamiento emocional y mental, patrones de sueño irregulares y somnolencia diurna. Burke y Richardson (2000) concluyen que el estrés laboral -que puede estar provocado por la sobrecarga de trabajo, el conflicto de funciones, la falta de compromiso y la falta de apoyo social- es un factor importante en el

absentismo y la rotación de personal. El síndrome de burnout puede ser el resultado de una falta de compromiso en el trabajo, que también puede causar estrés laboral.

En el año 2000, la OMS clasificó al SB como una enfermedad profesional que induce un deterioro de la salud tanto física como mental de las personas. Esta enfermedad, debe controlarse porque, a largo plazo, puede afectar no sólo la vida de los profesionales sanitarios, sino también al sistema sanitario en general, se considera una causa de deterioro de la salud tanto física como mental de las personas.

En resumen, la (S.B.) se define por cinco características que comparten todas las definiciones que se ofrecen de ella. Entre ellas se encuentran:

1. Comportamiento anormal relacionado con una función profesional; caracterizado por absentismo, problemas interpersonales con los compañeros de trabajo y despersonalización en el enlace y contacto con el paciente.
2. Signos y síntomas de depresión, incluyen sentimientos de letargo y cansancio emocional.
3. Síntomas físicos, que incluyen agotamiento, dolores de cabeza y palpitaciones, que se relacionan con el manejo ineficaz de los requerimientos de la posición profesional.
4. Disminución del rendimiento laboral como consecuencia de la falta de entusiasmo e interés por el trabajo.
5. Una adaptación insuficiente al entorno laboral puede provocar sentimientos de escasa realización personal y una disminución de la propia autoestima.

Desde el debut del término en los años setenta hasta la actualidad, estas acepciones muestran los desarrollos conceptuales realizados. Presentan una comprensión más completa de los dos conceptos centrales de la enfermedad, junto con detalles contextuales que incluyen rasgos personales y sistemas de apoyo social.

6.1. Síntomas del síndrome de Burnout

Los síntomas psicosomáticos suelen estar presentes en las primeras fases del burnout. Según Martínez (2012), Entre las quejas destacan las de agotamiento persistente, dolores de cabeza y de estómago recurrentes, úlceras u otros problemas gastrointestinales, pérdida de peso y, en el caso de las mujeres, menstruación irregular. Además, había indicadores de comportamiento, como el aumento de la agresividad, el absentismo y los comportamientos de alto riesgo, como la conducción temeraria, las ideas suicidas, la dificultad para relajarse, el consumo abusivo de drogas y alcohol y las disputas en el matrimonio y la familia.

Según Álvarez y Fernández (1991, p. 260), "Los síntomas emocionales incluyen distanciamiento emocional, irritación, suspicacia, incapacidad para concentrarse, baja autoestima e impulsos de abandonar el empleo, así como pensamientos suicidas". Según Martínez (2012), la reubicación del afecto, la lógica, la ironía, la negación de las emociones y la atención selectiva son ejemplos de conductas defensivas.

6.2. Modelos explicativos del Burnout

La etiología de la S.B. puede determinarse utilizando un sistema de categorización que divide los diversos modelos etiológicos en las cuatro categorías siguientes:

6.2.1 Modelos etiológicos basados en la teoría sociocognitiva del yo

"Los síntomas emocionales incluyen distanciamiento emocional, ira, suspicacia, incapacidad para concentrarse, baja autoestima y deseos de abandonar, así como pensamientos suicidas", afirman Álvarez y Fernández (1991, p. 260). Martínez (2012) enumera la reubicación afectiva, la negación de sentimientos, el razonamiento, la ironía y la atención selectiva como casos de conductas defensivas.

Modelo de competencia social de Harrison (1983)

Según este autor, a quienes trabajan en el sector de los servicios asistenciales les apasiona ayudar a la gente y tienen el don de la compasión. Sin embargo, hay aspectos del lugar de trabajo que pueden favorecer o perjudicar el rendimiento de un empleado, y este autor describe cómo existen estos aspectos.

Por otro lado, los obstáculos en el camino hacia el resultado de los objetivos, la sensación de haber fracasado será más pronunciada. Si esto se prolonga durante mucho tiempo, el S.B. puede hacerse evidente.

Los factores que ayudan o impiden la eficacia del profesional pueden ser: objetivos realistas, capacitación profesional, toma de

decisiones, ambigüedad del rol, disponibilidad y de recursos, sobrecarga laboral y conflictos interpersonales

Modelo de Pines (1993)

Se dice que el B.S. entra en juego cuando el sujeto intenta encontrar un significado existencial en su trabajo, pero no lo consigue. El hecho de que estos individuos hagan de la ayuda a los demás una prioridad absoluta como medio de dar sentido a sus vidas califica a este modelo como motivacional. Esto a su vez sugiere que los individuos que experimentan el síndrome de burnout son aquellos que están altamente motivados y tienen grandes expectativas de sí mismos. No es necesario que un trabajador sufra falta de motivación, estrés, tristeza o cansancio para desarrollar el síndrome de Burnout; no obstante, estos síntomas pueden estar presentes.

Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993)

Este modelo demuestra que la sensación de autoeficacia de un individuo puede mejorar si logra completar con éxito objetivos fijados de forma independiente. Como resultado, es menos probable que el individuo se sienta estresado cuando se enfrenta a circunstancias potencialmente peligrosas, y el (S.B.) no toma forma. La fijación ineficaz de objetivos puede conducir al fracaso psicológico, a la disminución de la autoeficacia y a la aparición del S.B.

Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)

Identifican cuatro factores que contribuyen al desarrollo del burnout, el primero de los cuales es un desajuste entre las exigencias de la labor y los recursos disponibles que posee el sujeto.

El grado en que uno es consciente de su propia existencia, optimismo sobre el propio potencial de logro y consideran que la seguridad en sí mismos es uno de los factores más importantes de su éxito.

6.2.2. Modelos etiológicos basados en las teorías del intercambio social

Postulan que las comparaciones sociales que surgen de los encuentros interpersonales conducen a la formación de juicios injustos o poco beneficiosos, lo que a su vez eleva el riesgo de burnout.

Comparación social de Buunk y Schaufeli (1993)

Se planteó como una explicación de por qué se produce el burnout en la vida laboral de las enfermeras. Tres factores distintos pueden provocar estrés, según la idea de los procesos de intercambio social:

- a). La incertidumbre, es decir, la ausencia o falta de claridad sobre los propios sentimientos e ideas acerca de cómo comportarse en una determinada situación.
- b). La sensación de ser tratado con justicia, tanto en lo que ofrece como en lo que recibe de los demás en el curso de sus interacciones.
- c). Falta de control: capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus actividades en el trabajo.

Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy (1993)

Es probable que se produzca burnout en los trabajadores si se ponen en peligro o se pierden los recursos que valoran, o si la persona invierte dinero en sus recursos, pero no recibe el rendimiento que espera de su inversión. Los valores de los empleados les impulsan a aumentar y preservar sus recursos. La principal característica del burnout es una condición de cansancio mental y físico, que se produce después de que un empleado haya estado sometido a las tensiones y presiones de su trabajo durante un largo periodo de tiempo.

6.2.3. Modelos etiológicos basados en la teoría organizacional

Las funciones laborales, el apoyo percibido, la estructura organizativa, el entorno y la cultura, y el modo en que se manejan las situaciones potencialmente perjudiciales son algunas de las variables que podrían afectar al desarrollo del burnout. Este método sugiere que las causas pueden variar en función del tipo de estructura organizativa empleada y del grado de apoyo social institucionalizado.

Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988)

La primera etapa del burnout es la despersonalización; después vendría una menor realización personal; y la etapa final sería el creciente cansancio emocional. Sugiere una progresión paso a paso a lo largo del tiempo, cuando la aparición de un elemento desencadena el crecimiento de otro.

Modelos de Cox (1993)

Sugiere que el S.B. es un fenómeno exclusivo de las profesiones humanitarias y que el desgaste emocional es el motor de esta enfermedad. Cuando se hace frente al burnout, la despersonalización es un método que puede utilizarse como mecanismo de afrontamiento, y la escasa realización personal puede atribuirse a la valoración cognitiva que el trabajador hace del estrés que experimenta. Cox et al. (1993).

Modelo de Winnubst (1993)

Según esta teoría, el SB es el resultado de las complejas interacciones que existen entre factores como estrés, tensión y apoyo social en el marco de la cultura y la estructura de una organización. En consecuencia, los problemas derivados de la estructura, el ambiente y la cultura de la organización son la causa fundamental del síndrome de burnout; sin embargo, los profesionales de muchos campos -no sólo los de los servicios médicos o sociales- pueden padecer esta enfermedad. Este método vincula el S.B. tanto a la falta de empuje como a la falta de mecanismos de afrontamiento.

6.2.3. Modelos etiológicos basados en la teoría estructural

Al intentar ofrecer una explicación global de la génesis del burnout, toman en consideración los contextos personal, interpersonal y organizativo. Sostienen que el estrés surge de una percepción desequilibrada de la capacidad del sujeto para cumplir las expectativas y las exigencias que se le plantean.

Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997)

La aportación de los investigadores españoles Gil-Monte y Peiró puede considerarse la más representativa de los llamados modelos de la teoría estructural. Tensión y apoyo social en la estructura y la cultura de una organización. En consecuencia, los problemas derivados del marco, el entorno y las costumbres del establecimiento son la fuente principal del síndrome de burnout; sin embargo, los profesionales de diversos ámbitos -no sólo de la sanidad o los servicios sociales- son susceptibles de padecer esta dolencia. Utilizando esta estrategia, el S.B. se asocia tanto a la falta de motivación como a la carencia de habilidades de afrontamiento

Además, pueden presentar ira, hostilidad, disgusto, enfado, rabia, culpa, tristeza; problemas neuropsicológicos, como falta de concentración y problemas de memoria; pérdida de interés en las relaciones interpersonales, deterioro de la autoestima, bajo deseo sexual, preocupaciones por el futuro, ideación suicida, etc. (Crespo et al., 2003; Pinquart y Sörensen, (2003); Vitaliano et al., (2003).

7. Síndrome general de adaptación

La cultura y la estructura de una organización pueden causar estrés, tensión y apoyo social. Por lo tanto, los problemas derivados del entorno, la atmósfera y las costumbres de la organización son la causa principal del síndrome de burnout; sin embargo, los profesionales de toda una serie de sectores -no sólo los de la sanidad o los servicios sociales- son vulnerables a esta afección. Esta táctica vincula el S.B. a una deficiencia en los mecanismos de afrontamiento, así como en la

motivación. Este proceso, que se basa en la reacción del organismo ante una condición de estrés ambiental y se conoce como Síndrome General de Adaptación de Selye (Selye, 1936), se divide en tres fases o etapas:

1. Fase de alarma: Cuando se percibe una amenaza, se activan los sistemas fisiológicos generales como reacción ante la posibilidad de que se produzcan daños. Estos procesos dan lugar a la liberación de hormonas y neurotransmisores, que a su vez provocan un aumento del ritmo al que el corazón y los pulmones bombean la sangre, así como un aumento de la cantidad de azúcar que se almacena en los músculos. Si la situación de estrés se prolonga, el organismo, incapaz de sostener este esfuerzo adicional durante un periodo de tiempo prolongado, se ve obligado a disminuir la cantidad de recursos movilizados, pasando así a la segunda fase. El SGA llega a su fin cuando el esfuerzo excepcional del organismo permite superar el problema, lo que marca el final de la primera fase.
2. Fase de resistencia: Durante esta fase de adaptación al estrés, un complejo entramado de sistemas biológicos, cognitivos, emocionales y conductuales se unen para "negociar" la situación estresante de forma que cause el menor daño posible a la persona. La fase de lucha o huida es otro nombre que recibe esta fase adaptativa. Cuando finalmente se produce la adaptación, surgen inconvenientes, como la reducción de la resistencia general del organismo,

la disminución del rendimiento del individuo, la reducción de la capacidad para tolerar la frustración, la presencia de problemas fisiológicos más o menos persistentes y trastornos de naturaleza psicosomática.

3. Fase de agotamiento: Esta fase se produce cuando un organismo está sometido a estrés de forma continuada durante un periodo de tiempo prolongado o cuando los recursos adaptativos esenciales para hacer frente a una circunstancia de riesgo no están accesibles en cantidades adecuadas.

El potencial de activación del organismo acabará disminuyendo, ya que dejará de tener acceso a los recursos. Las úlceras pépticas, la hipertrofia de las glándulas suprarrenales y la atrofia de los componentes del sistema inmunitario pueden ser consecuencia del SGA en situaciones específicas.

Una vez ajustado el grado de los factores estresantes externos, muchos estudios han demostrado que la sobrecarga del cuidador, el potencial de activación del organismo disminuirá gradualmente, ya que no tendrá acceso a los recursos. En determinadas circunstancias, el SGA puede causar úlceras pépticas, agrandamiento de las glándulas suprarrenales y atrofia de los componentes del sistema inmunitario, así como las distintas valoraciones que los cuidadores hacen de los numerosos acontecimientos individuales que se producen a lo largo del cuidado.

Capítulo IV

Predictores de la sobrecarga en el cuidador

Las variables que predicen la sobrecarga en el cuidador son aquellos aspectos que pueden predecir o influir en la probabilidad de que un cuidador experimente sobrecarga. Es importante destacar que la sobrecarga puede ser causada por una combinación de factores y puede variar según las circunstancias individuales de cada cuidador y paciente. Algunas de estas variables se revisan a continuación.

1. Variables contextuales

Los numerosos modelos de afrontamiento del estrés han determinado que los factores contextuales del cuidado son aquellas variables que existen con anterioridad al escenario de cuidado y que definen el entorno en el que éste tendrá lugar (Losada et al., 2006; Vitaliano et al., 2005). Las variables contextuales del cuidado son las que definen las condiciones en las que tendrá lugar el cuidado. Según Pearling et al., (1990), estos factores sociodemográficos tienen la capacidad de predecir el sufrimiento físico y mental de los cuidadores, así como de mitigar o intensificar las consecuencias del impacto del cuidado. También operan como mediadores entre el impacto del

cuidado y las interacciones cuidador-receptor. Estos factores sociodemográficos repercuten en las interacciones entre cuidadores y receptores de cuidados, así como en la prestación de cuidados.

Para ser más específicos, el Modelo del Proceso de Estrés (véase Aneshensel et al., 1995; Gaugler et al., 1999; Pearlin et al., 1990, 1991; Pearlin y Skaff, 1995) sugiere que los factores relacionados con el contexto de los cuidados pueden afectar a la eficacia con la que los cuidadores se aclimatan al proceso, así como a sus niveles de estrés y a su salud general. Se trata, principalmente, de datos sociodemográficos del receptor de los cuidados y del cuidador (sexo, edad, estado civil, ingresos y situación laboral), así como datos sobre la dinámica familiar y el apego, los acuerdos de cohabitación, la disponibilidad de cuidadores secundarios, la historia de la relación de ayuda, el contexto cultural y la accesibilidad y disponibilidad de servicios.

2. Variables sociodemográficas

Las variables sociodemográficas no son simples correlatos del burnout, de la ansiedad y de otros problemas de ajuste que presentan los cuidados. Los perfiles sociodemográficos permiten identificar puntos de vulnerabilidad especialmente sensibles que afectan la salud del cuidador. Pero también cuál es el perfil ideal del cuidador que se relaciona con mejores puntuaciones en diferentes indicadores de ajuste y que, por tanto, convierte el cuidado que presta en un cuidado óptimo y de máxima calidad. Los resultados de la literatura son, en algunas ocasiones, mixtos; en la investigación actual se continúa investigando

si la variable sociodemográfica tiene un efecto positivo, negativo o neutro sobre el cuidado. A continuación, se revisan las principales variables relacionadas con el cuidado y los resultados de investigación.

2.1. Edad

En particular, el envejecimiento puede asociarse a un aumento de la fragilidad física (Biurrun et al., 2003; García-Calvente et al., 2004). Además, los mayores niveles de sobrecarga se asocian a edades más tempranas, pero se produce una menor degradación en la calidad de vida, sobre todo en términos de salud (Decima Research Inc y Health Canada, 2002; Pérez et al., 2006; Tárraga y Cejudo, 2001; Vitaliano et al., 1991; Zarit et al., 1986).

Por un lado, varias investigaciones (Caqueo-Urizar et al., 2009; Gaugler et al., 2000; Vermaes et al., 2005) sugieren que el aumento de la carga del cuidador y del malestar psicológico puede estar asociado a la menor edad del cuidador y al sexo masculino. Las investigaciones han llevado a esta conclusión. Por el contrario, estudios realizados en 2010 por Fernández-Capo y Gual-García indican que la edad avanzada del cuidador está relacionada con un menor grado de satisfacción del cuidador.

2.2. Estado civil

El estado civil de los cuidadores no está bien documentado; sin embargo, los cuidadores solteros o separados tienen más probabilidades de experimentar burnout; puede desarrollarse un elevado burnout ocupacional durante la formación escolar o los

periodos de especialización; y entre los factores asociados a un elevado estrés ocupacional en el trabajo se incluyen ser mujer, estar separada, ser viuda, divorciada o tener poco apoyo social.

Es importante tener en cuenta el impacto que puede tener la interacción entre el sexo y otros factores. Por ejemplo, según Gallagher et al., (1989) las mujeres tienen más probabilidades de sufrir depresión que los maridos, pero no hay diferencias en los niveles de depresión entre hijos e hijas. Las mujeres invierten más horas en el cuidado, sus cuidadores son más disfuncionales y participan en una mayor variedad de tareas de cuidado personal que los hombres (Artaso et al., 2001; Pinquart y Sorensen, 2006; Yee y Shulz, 2000).

Esta es una de las explicaciones que se han puesto de manifiesto en las investigaciones que se han realizado sobre el tema. Además, tienen redes sociales menos diversas y densas, prefieren asumir el papel de cuidador principal y es menos probable que reciban ayuda informal (Atienza et al., 2000; Kramer y Thompson, 2002; Yee y Shulz, 2000).

Aproximadamente el 75% de los cuidadores estaban casados, según numerosas encuestas sobre el cuidado de personas mayores dependientes (CIS, 1998; Defensor del Pueblo, SEGG, y Asociación Multidisciplinar de Gerontología, Imsero, 2004). Sin embargo, el 85% de las personas casadas se encuentran entre las que prestan cuidados a quienes padecen demencia, lo que indica que este estado civil también es prevalente entre quienes lo hacen (Tárraga y Cejudo, 2001).

2.3. Nivel económico

Debido a que las estadísticas disponibles no siempre son comparables, resulta difícil crear un patrón sobre la condición económica de los cuidadores informales personas que requieren asistencia o apoyo de otros. Esto se debe a la dificultad de comparar los datos. En cuanto al estado actual de la economía, no existe un acuerdo universal (Harwood et al., 2000; Kramer, 1997; López et al., 2005). Algunas investigaciones indican que esta variable conecta negativamente con los grados de positivos experimentados, lo que significa que las personas con menores ingresos están más satisfechas con el cuidado. En otras palabras, quienes tienen mayores ingresos están menos satisfechos con el cuidado.

Por el contrario, otros sostienen que los cuidadores mayores con una posición socioeconómica baja tienen menos acceso a servicios y conocimientos, así como mayores niveles de tensión y percepción de sobrecarga del cuidador, lo que a la larga se traduce en una peor adaptación y salud psicológica (Lambrenos et al., 1996; Saunders, 2003; Tárraga y Cejudo, 2001).

Debido a esto, varios autores han argumentado -incluyendo a Tárraga y Cejudo (2001) que los ingresos del cuidador actúan como un umbral, lo que significa que la asociación entre los ingresos del cuidador y la tensión percibida desaparece una vez que los ingresos del cuidador alcanzan un cierto nivel en lugar de seguir una relación lineal.

2.4. Nivel educativo

El nivel de estudios de las madres sustitutas es: el 4,4% tiene estudios primarios completos y el 38,9% tiene estudios secundarios completos. Según algunas investigaciones, existe una correlación negativa entre esta característica y los niveles de satisfacción, es decir, las que tienen menos estudios tienden a estar más satisfechas. Harwood et al., (2000); Kramer, (1997); López et al., (2005), en cambio, otros sugieren lo contrario (Pinquart y Sörensen, (2007); Pöysti et al., (2012).

Pero cada vez es más evidente la relación entre la salud del cuidador y su nivel educativo. Los cuidadores con mayor nivel educativo parecen tener mejor salud física, menos síntomas de ansiedad y depresión y mayor satisfacción vital, lo que puede traducirse en menos problemas durante sus tareas como cuidadores (Butterworth et al., 2010; López, 2005; Pinquart y Sörensen, 2007; Smith, et al., 2011).

2.5. Experiencia como cuidador

No está claro si las jornadas de cuidado más largas o más cortas se correlacionan con puntuaciones de satisfacción mejores o peores. Según algunas investigaciones, estos factores tienen una correlación positiva. Kramer, 1993, López et al., 2005), mientras en otras ocasiones no ha sido replicadas (Kramer, 1997).

Asimismo, hay resultados contradictorios sobre algunos factores sociodemográficos que se han investigado menos a fondo en relación con los rasgos de la persona que recibe los cuidados y su impacto en la

salud de esa persona. Por eso, datos como los de Crespo-López y López-Martínez (2005), Schulz et al., (1995); hacen pensar que, más importantes que las variables relacionadas con la persona cuidada, son las Variables que involucran al cuidador.

La mejora de los niveles de satisfacción se asocia a una menor sintomatología del cuidador; sin embargo, esta variable puede no depender del tipo de enfermedad del paciente (Harwood et al., 2000).

2.6. Número de hijos

Es importante ser consciente de los efectos negativos de algunas afecciones relacionadas porque, a diferencia de quienes eligen trabajar como cuidadores, los niños que son cuidadores familiares se ven obligados con frecuencia a prestar cuidados al familiar afectado sin la asistencia, la planificación o la formación necesarias. Esto puede generar conflictos. Es importante reconocer los efectos perjudiciales de algunas situaciones asociadas sin descartar el potencial formativo que los procesos de cuidado que acompañan a las familias pueden tener para el desarrollo de los niños.

3. Variables mediadoras del impacto del cuidado

Todos los factores que disminuyen o aumentan el efecto de los cuidados en los cuidadores y en la unidad familiar constituyen lo que se conoce como variables mediadoras del impacto de los cuidados. Estas son las áreas en las que se han realizado estudios.

3.1. Afrontamiento

Se cree que es el conjunto de cogniciones y acciones que una persona utiliza para evaluar los factores estresantes, disminuir su calidad estresante y ajustar la excitación emocional que acompaña a la experiencia de estrés. Dado que es la culminación de los pensamientos y acciones de una persona, se sabe que es así. Dicho de otro modo, la respuesta de estrés, que resulta de una interacción continua entre el sujeto y su entorno, implica que el sujeto evaluará o percibirá una situación como estresante o no, independientemente de las características objetivas del acontecimiento. Este encuentro se produce de una manera que impactará en la persona y determinará si ve o no el acontecimiento como estresante.

Lazarus y Folkman (1984), Piense en el afrontamiento como esas estrategias conductuales y cognitivas en constante cambio que se utilizan para gestionar demandas específicas -internas o externas- que se consideran superiores o iguales a los recursos de la persona, así como el estado emocional de malestar que las acompaña.

La palabra "afrontamiento" puede referirse a varios conceptos. En primer lugar, el afrontamiento se describe aquí como un estilo o disposición individual para manejar diversas situaciones estresantes. Byrne (1964), Kohlmann (1993) y Miller (1987) son algunos de los autores que sirven de ejemplo en este sentido. En segundo lugar, se cree que el afrontamiento es un proceso polifacético en el que influye una combinación de características situacionales y tendencias innatas (Folkman y Moskowitz, 2003; Pelechano et al., 1993; Sand'n, 1995).

La forma en que las personas interpretan los acontecimientos vitales desfavorables varía en función de su sexo, edad, raza, estado civil, situación socioeconómica y nivel educativo (Lazarus y Folkman, 1984). Estos factores estresantes tienen lugar dentro de la cronología del individuo en una determinada coyuntura de su ciclo vital, lo que es crucial tener en cuenta a la hora de hablar del impacto sobre el individuo y los recursos de que dispone.

Neugarten (1968) hizo la observación de que muchos sucesos típicos de la vida de una persona no son estresantes hasta que tienen lugar en un momento inadecuado. Como resultado de su imprevisibilidad, muchos los ven como peligrosos, ya que les impiden recibir el apoyo de un grupo o prepararse adecuadamente o construir estrategias de afrontamiento anticipatorio. La gente está familiarizada con la idea del ciclo vital típico, que implica la anticipación de que ciertos acontecimientos tendrán lugar en momentos concretos. Por este motivo, se cree que la mayoría de los sucesos rutinarios y anticipados de la vida de una persona no constituyen crisis o estrés en sí mismos, sino que los causan en función del momento en que se producen.

Para ser más específicos, la comunidad científica ha llegado a reconocer que los estilos de afrontamiento cambian desde la infancia hasta la vejez; sin embargo, no es posible definir cómo han evolucionado los estilos de afrontamiento a lo largo del tiempo (Pfeiffer, 1977; Vaillant, 1977). Según los resultados de Folkman y Lazarus, las causas del estrés varían a lo largo de la vida y, en consecuencia, también lo hace el método para afrontarlo.

McCrae (1982), en su análisis de los datos en un estudio hoy considerado clásico, descubrió que los adultos mayores con limitaciones económicas y físicas se comportaban de forma diferente a los más seguros en ambos ámbitos, dando menos importancia a la habilidad para solucionar dificultades y tomándose los acontecimientos de la vida con más estoicismo.

En relación con el tema de la vejez como etapa especialmente dura y delicada de la vida, descubrimos que la literatura presenta una variedad de perspectivas. Esto se debe a los fundamentos mencionados anteriormente. En cuanto a la cuestión de si la vejez es o no un período de la vida extraordinariamente estresante, Ruth y Coleman (1996), señalan que existe la posibilidad de adoptar una postura pesimista, optimista o neutral al respecto.

Las mujeres parecen ser más capaces de adaptarse a la situación de soltería que los hombres, según el estudio de Hoffman et al., (1996) sobre el estrés en relación con los rasgos sociodemográficos de las personas mayores. En comparación con las mujeres, los hombres tienen peor salud, más aislamiento emocional, menos lazos familiares y peores posibilidades de encontrar una pareja de confianza. En cambio, las mujeres tienen más probabilidades de conocer a alguien en quien confiar. Un cónyuge puede sufrir síntomas depresivos y de duelo, así como reacciones fóbicas, durante el primer año tras un duelo.

Por último, cabe señalar que algunos adultos mayores pueden experimentar situaciones en las que sus recursos físicos y mentales se agotan y su entorno se deteriora, lo que provoca una regresión a los

periodos de mayor dependencia vividos durante la infancia y la primera niñez. Estas situaciones pueden explicar los cambios en el afrontamiento más que el envejecimiento en sí mismo (Lazaruz y Folkman, 1984).

3.2. Apoyo social

Es nuestro deber cuidar del medio ambiente y de los demás como semejantes. El apoyo social es un término estrictamente jurídico que carece de contenido ético. Cuando el compromiso social se deriva de la ética individual, se entiende como el deseo natural de asumir una responsabilidad, que se entiende como voluntad de cambio y conduce al desarrollo de acciones que buscan consistentemente el bienestar de la comunidad. Además, el apoyo social denota un estado afectivo-cognitivo caracterizado por el vigor, la devoción y la absorción que se encuentra en el extremo del proceso motivador positivo que surge en la actividad voluntaria. Posteriormente, estas acciones responderán al conocimiento de la realidad.

El apoyo social es un proceso que tarda en desarrollarse, ya que requiere una perspectiva de la realidad por parte de cada individuo. De esa perspectiva surgirá el deseo de cambiar la realidad. Las familias de acogida se encargan de impartir los principios morales necesarios para obtener la libertad de actuar, así como de fomentar el sentido de comunidad y el respeto por la dignidad humana. Un ideal fundado en el amor, el respeto, la solidaridad, la identidad social y el incremento de la calidad de vida. cotidianas como deber de ciudadanía y sentido de comunidad.

El apoyo social es un componente del compromiso laboral que anima a los trabajadores a implicarse en los objetivos y valores de la organización además de en su trabajo, el apoyo social encierra las características de vigor, dedicación, compromiso, mayor productibilidad y absorción (Contador et al., 2006; Garrosa et al., 2014).

En general, el apoyo social contribuye a crear un sentimiento compartido de identidad y corresponsabilidad con la sociedad de la que forma parte, así como a desarrollar y mantener relaciones basadas en la confianza y la cohesión social.

Siqueira y Dell’Aglío (2010), El estudio de "Niños y adolescentes Institucionalizados: adopta un enfoque sistémico, centrándose en niños y adolescentes de 7 a 16 años de albergues e instituciones afiliadas del área metropolitana de Porto Alegre, con el objetivo de examinar la situación social de estos jóvenes. Las entrevistas semiestructuradas y un mapa de cinco campos fueron las herramientas y técnicas empleadas. El 59,4% de los participantes tenían comunicación con sus familias, según las indicaciones generadas por estas metodologías y herramientas. Presumiblemente la principal fuente de ayuda, el dominio "refugio" tenía asociaciones con mayores ingresos. El dominio "familia" y el sistema de apoyo tenían vínculos más fuertes. Aunque las percepciones de las figuras parentales eran similares, las personas veían a las madres más presentes y cercanas que a los padres. El debate sobre la desconexión entre la realidad y los procesos de pensamiento se deriva de la elevada consideración de la

familia local y las figuras parentales, lo que sugiere una idealización de la familia.

3.3. Percepción del cuidador

Entre los cuidadores pueden encontrarse diversas perspectivas sobre lo que constituye la salud. Según Vitaliano et al., (2003) por ejemplo, quienes prestan cuidados a otras personas tienden a tener un peor estado de salud general. Según Vitaliano et al., (2003) El riesgo de padecer enfermedades crónicas y degenerativas es mayor en los adultos mayores debido a su tendencia a tener evaluaciones sanitarias más negativas. Además de causar sufrimiento, muchas de estas enfermedades provocan problemas funcionales.

El metaanálisis de Aneshensel et al., (1995) reveló que un conjunto de variables, tales como la edad, la depresión, el estatus socioeconómico, los problemas de conducta del paciente y la falta de apoyo social suficiente, estaban asociadas tanto a los problemas de salud física y mental del cuidador como a las responsabilidades que conlleva atender a una persona que requiere ayuda y asistencia

3.4. Sentido de coherencia

No sólo la actitud de la persona a cuidar importa mucho en el proceso de adaptación a la vida en la residencia, sino también el papel que juega la familia y el que desempeñan los profesionales del centro o cuidador. Por ello, resulta novedoso trabajarla como variable de impacto del sentido de coherencia, con los familiares dentro del entorno residencial por su relación Promoviendo la salud de manera

positiva tanto física como psicológica (Aguirre y Dávila 2015; Darling et al., 2007; Junshehg et al., 2006; Skärsäter et al., 2009).

Tras estudiar a los supervivientes del Holocausto nazi que habían mantenido su salud, Antonovsky (1987) desarrolló la idea del sentido de coherencia, o SOC. De forma similar, Frankl (1999) descubrió que era más sencillo sobrevivir a sucesos traumáticos cuando se tenía un sólido sistema de creencias espirituales o filosóficas y una comprensión clara del propósito de la vida.

De acuerdo con Antonovsky (1974, 1987), los orígenes del concepto de sentido de coherencia se pueden encontrar en, los recursos psicológicos, sociales y culturales conforman los llamados recursos generalizados de resiliencia, un complejo conjunto de elementos que tienen la capacidad de alterar la forma en que una circunstancia externa afecta a una persona.

Antonovsky (1979), distingue entre recursos de resiliencia especializados y generalizados, los primeros aplicables a problemas específicos y los segundos aplicables en todas las circunstancias. La exposición en los primeros años de vida a recursos de resiliencia generalizados (recursos económicos, apoyo social, intelecto, formación, instituciones, familia, creencias, etc.) da lugar a experiencias positivas y coherentes que ayudan progresivamente al desarrollo de un fuerte sentimiento de coherencia (Natvig et al., 2006). Por el contrario, un bajo sentimiento de coherencia será el resultado de la ausencia de varios de estos recursos.

El SOC, un constructo polifacético, se entiende mejor como una perspectiva de resolución de problemas en la vida que representa la

capacidad de las personas para gestionar muchas presiones psicológicas y sociales y producir una visión cohesiva del mundo (Eriksson y Lindström, 2005).

Otros, como Reininghaus et al., (2007) han llegado a la misma conclusión que este autor y las describen como todos los métodos que hacen posible un comportamiento activo, que a su vez lleva al sujeto a la formación de planes de acción que promueven acciones sanas que podrían servir como reacciones adaptativas a las presiones.

También, está formado por variables como comprensibilidad, manejabilidad y significatividad. Las tres están teórica y empíricamente relacionadas. La primera, es el aspecto mental del concepto, hace referencia a la habilidad para realizar conexiones lógicas y estructuradas sobre lo que está sucediendo y a la creencia de que la vida es predecible. En este sentido las personas que cuentan con niveles altos de comprensibilidad perciben los estímulos de forma ordenada, estable, predecible, estructurada y clara que les permite gestionar adecuadamente las relaciones con el entorno social e interpersonal mostrando actitudes más flexibles a los cambios futuros. La segunda, es el componente instrumental y conductual del constructo, hace referencia a la percepción que cuenta con los recursos, bajo su propio control o bajo el de otros, para hacer frente a las demandas del medio y está relacionado con la percepción de autoeficacia y competencia e incluye una visión positiva de la vida en general (Antonovsky, 1993). El tercer elemento es el componente motivacional, que puede definirse como la valoración que el individuo hace de la situación, independientemente de las circunstancias y

aquellas personas que cuentan con niveles altos de significatividad parecen sentirse más felices y cuentan con un propósito en el que invertir su tiempo y esfuerzo.

Antonovsky (1987), consideraba que el SOC era una idea clave en su modelo salutogénico, que se centraba en la promoción de la salud basada en la percepción y la reacción del individuo ante su entorno y el estrés. En otras palabras, quienes gestionan eficazmente su estrés tienden a ir hacia el polo de la salud del continuo, mientras que quienes no lo hacen tienden a ir hacia el polo de la enfermedad. El estrés también puede tener un efecto positivo o neutro.

El sentido de la coherencia y los recursos generales de resiliencia son los conceptos clave que desarrolla este método. Los componentes biológicos, materiales y emocionales de los recursos generales de resiliencia permiten a los individuos ver sus vidas como cohesionadas, ordenadas y comprensibles. El dinero, los conocimientos, la experiencia, la autoestima, las rutinas sanas, la dedicación, el apoyo social, el capital cultural, el intelecto, las costumbres y una visión de la vida son algunos ejemplos de estos recursos. El individuo dispone de más alternativas para gestionar los problemas de la vida cuando tiene acceso a estos recursos o puede encontrarlos cerca. Sin embargo, tenerlos no es tan importante como ser capaz de utilizarlos o sentirse coherente.

Los factores estresantes forman parte natural de la vida, pero las estrategias de afrontamiento se consideran facilitadoras o moderadoras. Además, la clave para alcanzar el polo de la salud es el afrontamiento adaptativo. Cuando, con el tiempo, el autor se centre en

investigar los elementos que ayudan a las personas a mantener su bienestar corporal y psicológico, habrá que tener en cuenta los recursos de resiliencia al estrés que favorecen la salud.

Un fuerte sentido de la coherencia permite a una persona reconocer la naturaleza de las dificultades y desarrollar mecanismos de afrontamiento adecuados, según la mayoría de los estudios sobre la relación entre el sentido de la coherencia y la salud. Por el contrario, quienes carecen de un fuerte sentido de la coherencia suelen tener dificultades para afrontar las dificultades, lo que sitúa varios modelos -explicados a continuación- que examinan el vínculo entre la coherencia y la salud física y mental en el marco de las relaciones.

En primer lugar, el sentimiento de coherencia de una persona, independientemente de su percepción de su propio nivel de estrés, tiene un impacto directo y acumulativo en su bienestar general. El sentimiento de coherencia está correlacionado de forma independiente y favorable con medidas generales y particulares de bienestar, incluida la estabilidad emocional y la salud psicológica y física en general, según diversas investigaciones que apoyan esta idea. También tiene una relación negativa con la ansiedad y la depresión; es decir, cuanto mayor es el sentimiento de coherencia, mayor es el bienestar general y menores los niveles de ansiedad y desesperación (Carmel y Bernstein, 1989; Flannery y Flannery, 1990; Langius et al., 1992; López-Martínez et al., 2019; Margalit y Eysenck, 1990; Nintacham y Sompongse, 2000).

En segundo lugar, la percepción de coherencia es capaz de predecir varios índices de malestar cognitivo incluso sin tener en cuenta los

efectos del estrés. En esta línea, Flannery y Flannery (1990), llevaron a cabo una investigación para acordar la asociación entre la sensación de coherencia, el estrés y la sintomatología psiquiátrica.

En tercer lugar, existe una correlación entre un elevado sentimiento de coherencia y una reducción de los niveles de bienestar físico y psicológico, calidad de vida, ansiedad, estrés y depresión, así como de sus síntomas (Antonovsky y Sagy, 2001; Darling et al., 2007; Feldt et al., 2005; Kivimäki et al., 2002; Reid et al., 2005; Skärsäter et al., 2009).

Los estudios también han demostrado una correlación positiva entre el sentido de la coherencia y diversos indicadores de salud psicológica y física, como el optimismo, la autoeficacia, el afrontamiento activo, el afrontamiento centrado en el problema, la búsqueda de apoyo y la reinterpretación positiva, así como los comportamientos que favorecen la salud y evitan los no saludables, como el consumo de drogas (Glanz et al., 2005; Igna et al., 2008; Junshehg et al., 2006; Matsushita et al., 2014; Turró et al., 2017; Von Bothmer y Fridlund, 2003). Asimismo, también está relacionado con variables emocionales, sociales y comportamentales (Biró et al., 2009; Langius et al., 1992; Skärsäter et al., 2009; Togari et al., 2008).

Otra variable que se ha trabajado y relacionado con el sentido de coherencia es la mortalidad. La mayoría de los estudios sobre este tema relacionan niveles bajos en el sentido de coherencia con mortalidad. Por ejemplo, Poppius et al. (1999) señalan que tener un fuerte sentido de la coherencia disminuye la incidencia de las

enfermedades crónicas, ya que tiene un impacto salutogénico (Poppius et al., 2003; Surtees et al., 2003).

El panorama de la investigación sobre la relación entre el envejecimiento y el sentimiento de coherencia es variado y se centra en tres poblaciones distintas: las personas mayores, en su mayoría cuidadores informales, los cuidadores familiares y los cuidadores formales (Dejo, 2007; Espinosa-Merina, 2014). Los intereses de los familiares y los cuidadores remunerados son idénticos. La investigación se ha centrado hasta hace poco en los inconvenientes de la prestación de cuidados (Cerquera et al., 2014; Delgado et al., 2014; Moreno-Gaviño et al., 2008; Pérez et al., 2012).

Sin embargo, cada vez son más los estudios que demuestran un interés por los efectos beneficiosos que tiene el cuidado de un ser querido, siendo la palabra "satisfacción" la más utilizada (Kramer, 1997). Según una investigación realizada por López et al., (2005) el nivel de satisfacción laboral que experimentan los cuidadores les permite aumentar su autoestima y proporciona un sentido más profundo a su vida. Sin embargo, se está empezando a investigar sobre otros buenos resultados, como el sentimiento de coherencia (Buenda y Ramos, 2001; Espinosa-Medina, 2014; Farran et al., 1999; García y Robles, 2011). Este es un ejemplo de resultado positivo que se está investigando actualmente.

En este contexto, el cuidador informal debe buscar un propósito en la vida para proporcionar cuidados, y hacerlo podría ayudarle a soportar las demandas del rol de cuidador de manera más eficaz. Incluso en un sentido más general, la prestación de cuidados está

relacionada con la disminución de los niveles de tristeza y ansiedad entre los cuidadores familiares de ancianos dependientes (López-Martínez et al., 2019; Noonan y Tennstedt, 1997). Así lo examinaron Frankl (1999); Fernández-Capo y Gual-García (2005); Fernández-Capo y Gual-García (2010).

La investigación empírica con cuidadores de personas que padecen demencia ha demostrado que el nivel de coherencia percibido por una persona afecta a su experiencia de carga y a sus sentimientos de ansiedad y tristeza. Por ejemplo, los cuidadores que muestran una mayor coherencia afirman sentirse menos agobiados por sus obligaciones como cuidadores y experimentar mayores niveles de bienestar. Por otro lado, las personas con un SOC más bajo manifiestan más síntomas de desesperación y ansiedad (Orgeta y Sterzo, 2013; Turró et al., 2017; Virues-Ortega et al., 2017).

Los cuidadores que tienen un alto sentido de la coherencia tienden a ser menos propensos a sentir tensión personal (Matsushita et al., 2014). Este hallazgo sugiere que el SOC puede operar como un factor protector en la regulación de las tácticas de afrontamiento frente al estrés.

Un estudio reciente descubrió que las fortalezas personales (como el optimismo, la resiliencia, el sentido de coherencia, etc.) mediaban totalmente la relación entre las variables de dinámica familiar (como la empatía, la cohesión, la flexibilidad, la comunicación, la satisfacción, la patología, etc.) y la salud mental del cuidador (como la ansiedad, la satisfacción vital y depresión, etc.) en una dirección positiva. Esto significa que la variable dinámica familiar se asoció con

el sentimiento de coherencia, la resiliencia, la ansiedad y la satisfacción vital del cuidador. En resumen, el sentimiento de coherencia es un aspecto importante a tener en cuenta cuando se intenta comprender los buenos efectos de proporcionar cuidados (Trujillo et al., 2015).

3.5. Satisfacción con la vida

Se describe el estado de conciencia que podría describirse como una apreciación satisfecha de todo lo vivido. Esta frase se refiere tanto a la situación en cuestión como a la experiencia de placer; abarca evaluaciones cognitivas y emocionales; puede ser una preocupación fugaz, pero también una actitud constante.

La satisfacción vital, que es sinónimo de "felicidad" se refiere al grado en que un individuo se siente positivamente respecto a la calidad general de su vida o, dicho de otro modo, cuánto disfruta de su modo de vida actual. El término "satisfacción vital" se refiere a una evaluación global de la vida más que a sentimientos actuales o síntomas psicosomáticos, concretos, lo que supone una ventaja respecto a la etiqueta "bienestar subjetivo". El término "felicidad" también se utiliza para referirse al bien objetivo, especialmente por los filósofos. El término "felicidad" también hace hincapié en la naturaleza subjetiva del concepto.

La idea de estar satisfecho con la propia vida puede considerarse una valoración global de la propia existencia. Por lo tanto, el juicio de que la vida es "emocionante" no indica que sea satisfactoria en ningún sentido. Es posible que haya mucha emoción en la vida pero que, al

mismo tiempo, haya muy poca de otras características. En este sentido, la valoración completa de la vida incluye todos los factores que figuran en el pensamiento de la persona, encerrando cómo se siente, si se satisfacen o no sus expectativas y en qué grado se considera deseable, etc.

Sentirse feliz no es lo mismo que estar satisfecho con la propia vida, ya que la situación actual no es objeto de revisión y la vida es objeto de evaluación. Un amor fugaz puede afectar a la forma en que uno percibe las experiencias vitales y cómo juzga la vida en general, pero no es lo mismo que la satisfacción vital porque el objeto de la evaluación no es un aspecto concreto de la vida, como la vida laboral, y porque disfrutar del propio trabajo contribuirá a una apreciación positiva de la vida, no se separará de ella.

Una valoración de la vida puede hacer referencia a varios puntos en el tiempo, como el pasado, el presente y un futuro no muy lejano. Estas valoraciones no siempre coinciden, ya que las personas pueden tener visiones optimistas de su vida pasada y negativas de su futuro.

Como ocurre con cualquier otra percepción, pueden estar sesgadas de distintas maneras, como por autoengaño o atribución errónea, por lo que a veces se habla de este fenómeno como "falsa felicidad". Los juicios deformados sobre la vida son definitivamente menos útiles como indicadores de la calidad de vida que realmente se está experimentando. A pesar de ello, la felicidad vital en el contexto equivocado sigue siendo satisfacción vital. La idea no se limita a juicios considerados acertados por los demás, además de por el propio individuo.

Es posible estructurar el corpus de la investigación sobre la satisfacción vital en torno a algunos temas principales. Los utilitaristas creían que estos temas podían ordenarse en una secuencia lógica que sirviera de peldaños en el proceso de llegar a una solución razonable que resultara en más placer para el mayor número de personas.

Si no es factible cuantificar la satisfacción vital, los esfuerzos por hacer la vida más placentera seguirán siendo competencia de las creencias. Una preocupación metodológica básica es si el placer vital puede cuantificarse. Sin un método estandarizado de medición, careceremos de la seguridad necesaria para actuar sobre las consecuencias de la intervención, así como de la motivación para hacerlo.

Suponiendo que la respuesta preliminar pueda ser afirmativa, la primera cuestión de fondo es ¿hasta qué punto están satisfechas las personas en general? Es decir, es hasta qué punto está realmente satisfecha la gente, y si las personas difieren o no en su nivel de bienestar con la vida. Si todo el mundo está extremadamente satisfecho con la vida, entonces hay poca necesidad de intentar obtener algo mejor; sin embargo, si las personas no difieren en su nivel de satisfacción con la vida, entonces no hay ninguna indicación de las condiciones que podrían mejorar la satisfacción.

La posibilidad de elevar o no el nivel de placer vital es una cuestión importante que está relacionada con la anterior. Una de estas creencias es que la satisfacción vital es relativa. Según este argumento, una mejora en las circunstancias de vida sólo tendría un impacto momentáneo en el nivel de satisfacción vital, ya que los criterios de

comparación cambiarían como consecuencia del cambio. Según el otro punto de vista, la satisfacción vital es un rasgo inmutable y no una condición fluctuante, las personas están crónicamente satisfechas o insatisfechas, independientemente de su situación. Según esta perspectiva, una mayor calidad de vida no influye en absoluto en la felicidad vital. Si estas teorías son correctas, de poco sirve intentar aumentar el nivel de felicidad de la población en general porque es improbable que se consiga.

Una medida del grado de bienestar de una persona, además de los indicadores de su salud corporal y mental, es la satisfacción vital. Los indicadores del bienestar corporal y emocional son medidas adicionales de la calidad de vida "realizada". Una de las aplicaciones de los datos de satisfacción vital es como indicador de la satisfacción vital, entre otros usos de los datos. La satisfacción vital subjetiva global de una persona puede definirse como el grado en que realiza una evaluación cognitiva general de su propia existencia y tiene una opinión positiva de la calidad general de su vida. Las estadísticas sobre satisfacción vital se evalúan por diversos motivos y se consideran una medida general del nivel de bienestar de una persona.

Es importante tener en cuenta en esta situación que la evaluación se basa en que el individuo compare sus normas internas con sus circunstancias reales, y no en evaluaciones basadas en normas externas (Diener, 2000; Pavot y Diener, 1993).

Es la evaluación de la propia vida a la luz de los propios objetivos, deseos o pasiones, filtrados a través del contexto cultural en el que uno se encuentra (Diener et al., 1995). El concepto de "satisfacción

vital" describe la sensación subjetiva de satisfacción o bienestar de una persona.

Para Diener et al., (2012) la idea de deleite vital se basa en la evaluación que un individuo hace de su propia vida, que se lleva a cabo a través de un proceso de comparación con un estándar definido subjetivamente por el propio individuo. Se ha investigado desde dos puntos de vista principales: el emocional o afectivo, en el que el concepto de satisfacción vital se considera un equilibrio entre afectos positivos y negativos (Cole et al., 1999). Otro punto de vista es el cognitivo, en el que el concepto de satisfacción vital se entiende como un equilibrio entre cogniciones positivas y negativas. Es decir, el juicio global al que llega un individuo al contrastar los aspectos buenos y malos de sus sentimientos es lo que determinará el nivel de satisfacción que siente un sujeto individual. Visto desde este ángulo, el significado del concepto es bastante similar a cómo se utiliza la frase en la vida cotidiana. Según esta interpretación del término, cuando las experiencias emocionales positivas superan a las negativas, se considera que una persona está alegre.

Según Diener (1984), el punto de vista cognitivo examina el modo en que los individuos juzgan sus vidas a una escala más global o en consideración a componentes particulares de sus vidas. Según este modelo, Pavot y Diener (1993), la "satisfacción vital" se define como "un proceso de juicio en el que el sujeto evalúa la calidad de su vida basándose en su propio conjunto de criterios". Esta evaluación implica establecer una comparación entre lo que se ha realizado también denominado logros y lo que se esperaba también denominado

expectativas (García-Viniegras y González, 2000; Veloso-Besio et al., 2013; Veenhoven, 1994).

El grado en que una persona está satisfecha con su vida es un componente del concepto de calidad de vida. Levi y Anderson (1980) sugieren que los componentes de la calidad de vida son la felicidad, el bienestar general y el grado de satisfacción vital alcanzado. De acuerdo con estos autores, Najman y Levine (1981) afirman que la felicidad, la satisfacción vital y el bienestar general son conceptos interrelacionados que explican la calidad de vida en su aspecto subjetivo. Según estos autores, estas expresiones transmiten los mismos conceptos. Así, el bienestar como componente subjetivo de la calidad de vida tendría componentes tanto emocionales (felicidad) como cognitivos (satisfacción vital) (Alarcón, 2006; Diener et al., 2012; García-Viniegras y González, 2000; Liberalesso, 2002).

Capítulo V

Metodología

De acuerdo con el marco teórico mencionado, la investigación es de naturaleza cuantitativa, según la definición de Hernández et al., (2010). El término "recogida de datos" hace referencia al proceso de recopilación de información con el fin de poner a prueba ideas y encontrar patrones de comportamiento mediante el análisis estadístico y la medición numérica.

En este estudio también se utilizó un enfoque no experimental, ya que las variables y los fenómenos se observaron en su entorno natural y luego se estudiaron sin alterarlos intencionadamente. Salkind (1999) afirma que el investigador no los indujo a propósito en la investigación. Esto se explica porque no se manipuló ninguna variable y se observaron los efectos de cada una porque en este estudio las madres sustitutas o cuidadoras informales ya están expuestas a ansiedad, estrés, satisfacción psicológica o sentido de coherencia, lo que posibilita la presencia del Síndrome de Burnout.

Se trata de una investigación transversal, también conocida como de corte, ya que los datos se recogieron en un único momento, es decir, los datos necesarios se recogieron de forma concurrente con la muestra tenida en cuenta para este estudio (García, 2004). Un estudio

descriptivo es aquel que indaga en la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población, ya que el método consiste en encontrar un grupo de personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, contextos, fenómenos o comunidades en una o más variables y proporcionar dicha descripción.

Toda la información anterior está relacionada con el hecho de que el estudio pretende determinar los riesgos para la salud asociados a las madres sustitutas, incluidos sus niveles de ansiedad, presencia de burnout y nivel de coherencia. A continuación, se enumeran los objetivos del proyecto y las presunciones para la investigación empírica.

1. Objetivos

1.1 Objetivo general

Analizar acerca de los niveles de ansiedad y manifestaciones del síndrome de burnout, de las madres sustitutas ICBF.

Establecer las relaciones existentes, entre las variables demográficas por una parte y las variables psicológicas (sentido de la coherencia, sistema de creencias, grado de satisfacción con la vida) con los niveles de ansiedad y las manifestaciones del síndrome de burnout, de las madres sustitutas ICBF.

1.2 Objetivos específicos

Con el conjunto de relaciones planteadas, se trazan los siguientes objetivos específicos:

- Determinar los niveles de sentido de coherencia, satisfacción con la vida, creencias religiosas, ansiedad y burnout.
- Determinar la correlación entre dimensiones ansiedad y las dimensiones variables psicológicas.
- Evaluar el sentido de coherencia, el nivel de satisfacción con la vida y el sistema de creencias de las madres sustitutas del ICBF, así como su relación con las principales características sociodemográficas.
- Describir del sentido de coherencia, satisfacción con la vida y sistema de creencias, sobre la ansiedad y el burnout de las madres de hogares sustitutos.
- Describir las variables sociodemográficas, así como las dimensiones del Maslach Burnout Inventory (MBI), Self-Rating Anxiety Scale, y del SOC, sistema de creencias asociadas a las madres de hogares sustitutos del ICBF de Ibagué.

2. Hipótesis

Se enuncian las siguientes hipótesis por ser de interés para el área de estudio. Asimismo, están en concordancia con los objetivos y el marco teórico desarrollado:

H₁: Hay correlación positiva o negativa entre los niveles de ansiedad de las madres sustitutas del ICBF y algunos factores sociodemográficos, como la edad, el estado civil, la experiencia, el nivel de estudios y el número de hijos.

H_2: No hay correlación positiva o negativa entre los niveles de ansiedad de las madres sustitutas del ICBF y algunos factores sociodemográficos, como la edad, el estado civil, la experiencia, el nivel de estudios y el número de hijos.

H_3: El sentido de coherencia, se relaciona con el nivel de ansiedad y burnout de las madres sustitutas de ICBF.

H_4: El sentido de coherencia, no se relaciona con el nivel de ansiedad y burnout de las madres sustitutas de ICBF.

H_5: El sistema de creencias religiosas de las madres sustitutas, se relacionan positiva o negativa, con la ansiedad y el burnout de las madres sustitutas de ICBF

H_6: El sistema de creencias religiosas no se relacionan positiva o negativamente, con la ansiedad y el burnout de las madres sustitutas de ICBF

H_7: El nivel de satisfacción con la vida de las madres sustitutas, poseerá una relación positiva o negativa con el nivel de ansiedad y burnout de las madres sustitutas de ICBF

H_8: El nivel de satisfacción con la vida de las madres sustitutas, no poseen relación positiva o negativa con el nivel de ansiedad y burnout de las madres sustitutas de ICBF

3. Participantes

La población para Hernández et al., (2006) es el conjunto de todas las instancias que satisfacen un conjunto de requisitos. Existen 200 hogares sustitutos registrados en la modalidad ICBF en la ciudad de Ibagué, y 90 madres sustitutas participaron en el estudio a partir de

una muestra por conveniencia no probabilístico y no aleatoria, utilizado por la facilidad y disponibilidad de las personas que forman parte de la muestra (Creswell, 2008).

La distribución de los participantes ($N = 90$) por datos demográficos y edad se muestra en la Tabla 1. Las edades de los participantes oscilan entre los 25 y los 75 años, divididos en 5 grupos de edad.

Tabla 1. Características sociodemográficas y relacionadas con las madres de hogares sustitutos.

Variables	N	Categorías	Frecuencia	(%)
demográficas				
Edad	90	25 - 35 años	10	11,1%
		36 - 45 años	21	23,3%
		46 - 55 años	33	36,7%
		56 - 65 años	25	27,8%
		66 - 75 años	1	1,1%
Estado civil	90	Casado	61	67,8%
		Divorciado	7	7,8%
		Soltero	6	6,7%
		UniónL	12	13,3%
		Viudo	4	4,4%
Nivel educativo	90	Primaria	4	4,4%
		Secundaria	35	38,9%
		Universitario	51	56,7%
Estrato Socioeconómico	90	Bajo	30	33,3%
		Medio	33	36,7%
		Alto	27	30,0%
Número De Hijos	90	0	1	1,1%
		1	26	28,9%
		2	39	43,3%
		3	20	22,2%
		4	4	4,4%
Vínculo laboral	90	1 - 5	44	48,9%

Variables	N	Categorías	Frecuencia	(%)
demográficas				
		6 - 20	42	46,7%
		21 - 30	4	4,4%

Asimismo, la distribución por edad muestra que las madres sustitutas fueron en su mayoría de edades comprendidas entre los 46 y 55 años (36,7%). Cerca se situó el siguiente grupo de edad, de 56-65 años (27,8%). Hubo jóvenes adultos y adultos mayores, si bien no fueron los grupos etarios mayoritarios. El de representación más baja fue el de participantes con edades comprendidas entre los 66 y 75 años (véase Figura 1).

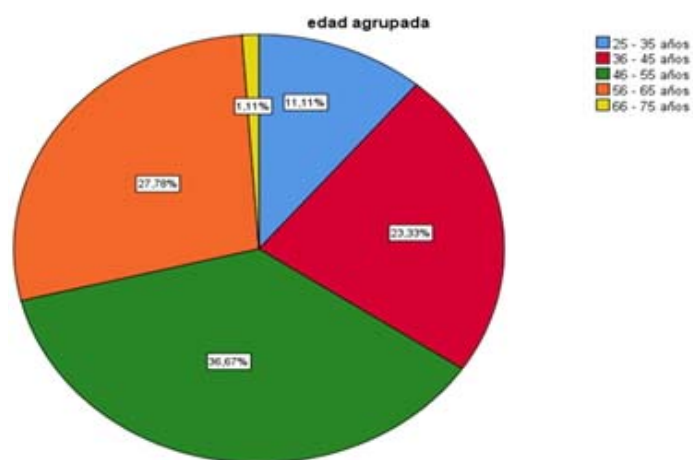


Figura 1. Características sociodemográficas por edad de las madres de hogares sustitutos.

La distribución por estado civil revela diferencias en las cuidadoras de los hogares sustitutos (véase Figura 2), si bien la mayoría de ellas

(casi dos tercios) se encuentran casadas. La condición de viudez es la más minoritaria de todas (4,4).

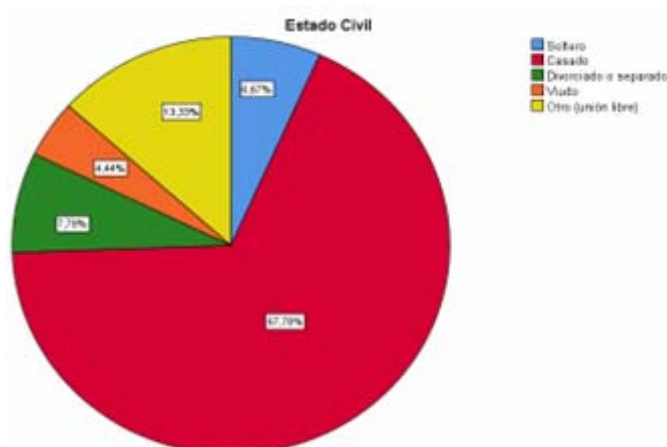


Figura 2. Características sociodemográficas por estado civil de las madres de hogares sustitutos

La distribución por nivel de estudios de las madres sustitutas reveló que más de la mitad reportó estudios superiores (véase Figura 3). Por el contrario, menos de un 5% de las madres sustitutas tuvo como nivel de estudios los primarios. Algo más de un tercio disponía de estudios secundarios.

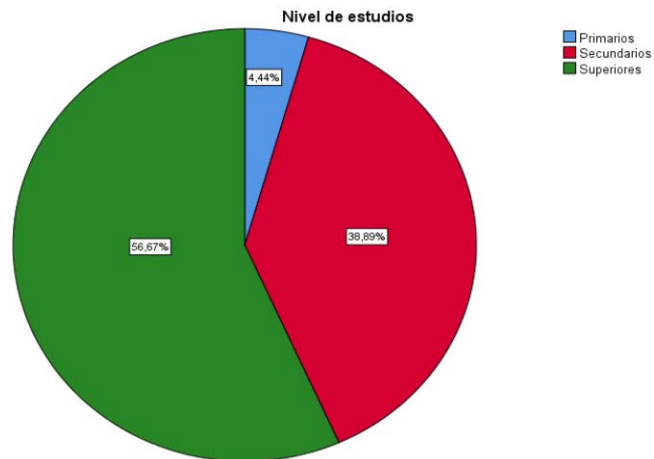


Figura 3. Características sociodemográficas por nivel de estudios de las madres de hogares sustitutos.

La distribución de participantes por estrato socioeconómico reveló que prácticamente podría agruparse en tres estratos (bajo, medio y alto), con uno de ellos (el llamado estrato 4) que resultó ser el de más baja frecuencia, razón por la cual podría eliminarse para conformar una distribución tripartita (véase Figura 4).

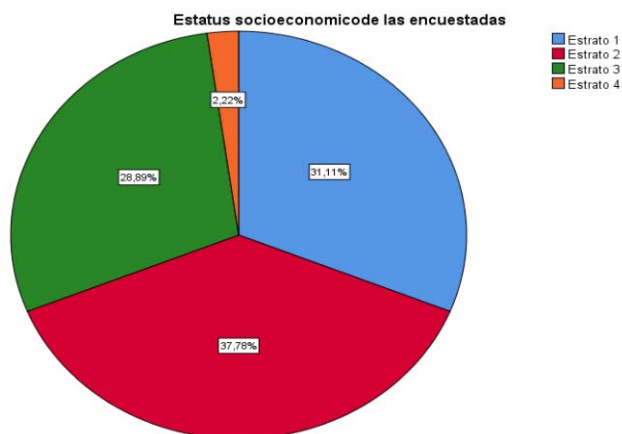


Figura 4. Características sociodemográficas por estrato socioeconómico de las madres de hogares sustitutos.

La distribución de número de hijos de las madres sustitutas mostró que la mayoría de ellas (más del 40%) tenían dos hijos, seguidas de aquellas madres sustitutas que tenían tres hijos. El hijo único representó el 15,76% de las madres sustitutas. Otras opciones mayoritarias de familia numerosa (de cuatro o más hijos) no fueron tampoco mayoritarias (véase Figura 5).

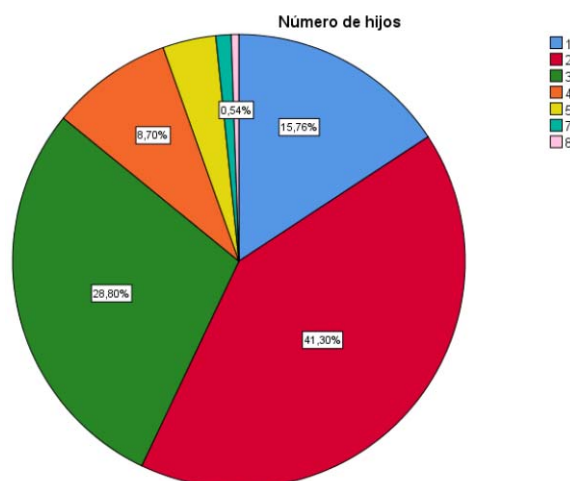


Figura 5. Características sociodemográficas por número de hijos de las madres de hogares sustitutos.

Por último, los años de experiencia indicaron un perfil de madres sustitutas con bastante relativamente expertas, prácticamente una mitad (48,69%) reportó entre 21 y 30 años de experiencia, mientras que también algo menos otra mitad (64,67%) señalaron una experiencia de entre 6 y 20 años. Solamente menos de un 5% (4,44%) presentaron una experiencia acumulada inferior a los cinco años (véase Figura 6).

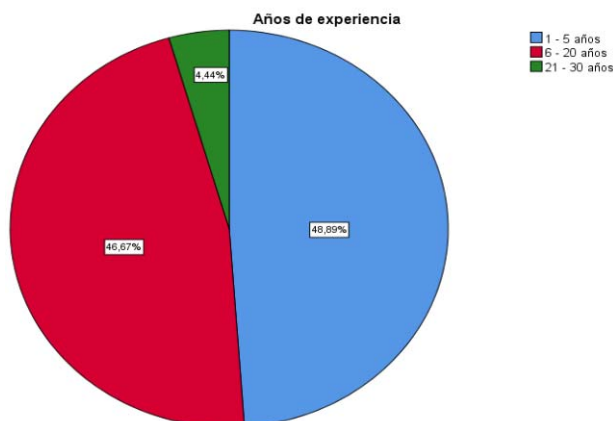


Figura 6. Características sociodemográficas por años de experiencia de las madres de hogares sustitutos.

4. Variables

Según Hernández et al., (2006) una variable es una propiedad que puede variar, lo que significa que puede adquirir diversos valores y cuya fluctuación puede medirse. En la investigación se consideraron las siguientes variables que a continuación se presentan junto con la forma en que fueron operativizadas.

4.1. Ansiedad

Estado mental que se define por agitación e inquietud incómoda y se caracteriza por la expectativa de peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la experiencia de catástrofe o peligro inminente (Sierra et al., 2003). La ansiedad puede estar provocada por la expectativa de peligro, los síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o peligro inminente.

4.2. Burnout

Tres características describen esta reacción insuficiente al estrés continuado: cansancio, fatiga y autorrealización (Gil-Monte, 2010).

4.3. Sentido de coherencia

Es una propensión disposicional, comparativamente estable, que da lugar a la evaluación de las situaciones vitales como significativas, predecibles y controlables. Es una forma de ver el mundo y a nosotros mismos dentro de él.

4.4. Satisfacción con la vida

Dado que es la percepción personal de la propia situación en la vida, basada en los propios objetivos, expectativas, así como la percepción personal de la calidad de las propias experiencias, se entiende que es una evaluación personal de la calidad de las propias experiencias y está relacionada con un sentimiento personal de bienestar o felicidad.

4.5. Sistema de creencias

El sistema de creencias está basado en ideas determinadas sobre la forma de ver la vida y el mundo, son opiniones sobre los diferentes aspectos de la vida, que se transmiten a través del inconsciente colectivo

4.6. Variables sociodemográficas

Es la información personal de un encuestado que incluye (edad, número de hijos, estado civil, estudio, tiempo en el programa y estrato socioeconómico).

5. Instrumentos

Una vez han sido operativizadas las variables, se enumeran los instrumentos de medida utilizados para su evaluación. Para cada prueba se destacan los datos más definitivos de cada instrumento. La investigación incluye la recopilación de datos sociodemográficos de las madres en hogares sustitutos.

5.1. Escala de ansiedad de Zung (1971, 2009)

Zung (1971) elaboró un instrumento que posteriormente se tradujo del inglés al español (De la Ossa et al., 2009). Con 20 afirmaciones emocionales, psicosomáticas y de otro tipo en una escala de respuesta tipo Likert (nunca=1; siempre=4) con una única respuesta, esta escala tiene una estructura bidimensional. Las preguntas 5, 9, 13, 17, 18 y 19 son inversas.

Una puntuación alta denota una predisposición significativa hacia la ansiedad. Hernández et al., (2006) definen la ansiedad como "una tendencia a transmitir una sensación difusa y ambigua de temor o preocupación" (p. 20). En una muestra de 920 mexicanos de entre 14 y 60 años, se validó este instrumento. Los valores de alfa de Cronbach variaron de .732 a .462, siendo la subescala cognitiva la que obtuvo la puntuación más baja. La escala completa obtuvo un valor alfa de .770.

Es una escala bidimensional, los factores fueron definidos de acuerdo con su contenido conceptual de la siguiente manera:

- Síntomas somáticos: Dolores, mareos, temblor, taquicardia, debilidad, poliuria, adormecimiento dedos y desbaratarse. Los ítems del factor: 6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20.

como ejemplo la pregunta “7. Sufro dolores de cabeza, de cuello y de la espalda”.

- Síntomas afectivos: como sensación persistente de tristeza, vacío y desesperanza, sensación de sentirse fuera de lugar y baja autoestima, culpa, dificultad para relacionarse, modificaciones en el apetito, fatiga y sueño, pérdida de la energía o irritabilidad, hostilidad, agresión y nerviosismo. Ítems de este factor 1,2,3,4,5 como ejemplo la pregunta "3. Despierto con facilidad o siento pánico".

5.2. Maslach Burnout Inventory MBI-HSS (Spanish version 1986, 1997)

El cuestionario fue diseñado originalmente por Maslach y Jackson (1986), pero también cuenta con una validación en español (Gil-Monte y Peiró, 1997). El cuestionario mide el burnout profesional mediante un cuestionario tridimensional tipo Likert. Consta de veinte elementos que son afirmaciones relativas a las actitudes y sentimientos del profesional hacia los alumnos y durante el trabajo. El objetivo de esta prueba es medir la frecuencia y la gravedad del burnout.

Mide cada uno de los tres elementos del síndrome de burnout:

- Cansancio emocional o físico. Se caracteriza por agotamiento físico, cansancio, sensación de ruina y desesperanza. Evalúa lo que es estar emocionalmente agotado por las obligaciones laborales. Hay 8 preguntas en total: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14 y 20. Puntuación máxima: 48. Ejemplo del ítem "6. Siento que

trabajar todo el día con alumnos/as, niños/niñas, supone un gran esfuerzo y me cansa".

- Despersonalización. Se refiere a la impresión desfavorable que un profesional tiene de sus pacientes, que se manifiesta como una actitud desfavorable, distante y poco afectuosa hacia ellos. Evalúa la capacidad de cada persona para identificar actitudes distantes y distanciadas. Hay 5 ítems en total: 5, 10, 11, 15 y 16. 30 El máximo son 30 puntos. Ejemplo del ítem 11. Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente".
- Autorrealización. Se refiere a la pérdida de confianza en el propio sentimiento de competencia y habilidad, así como en la propia capacidad para completar la tarea con éxito. Hay 7 ítems en total: 4, 7, 9, 12, 17, 18 y 19. Puntuación máxima: 42. Como ejemplo el ítem. "17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis alumnos/as, niños/niñas".

Puntuaciones elevadas en las dos primeras subescalas y valores bajos en la tercera son indicativos de síndrome de burnout. Para evaluar el grado de síndrome de burnout, que varía en función de si los síntomas aparecen en una, dos o tres categorías, es necesario realizar un análisis exhaustivo de cada componente. Los resultados de este estudio también indicarán si la desviación entre los resultados y los valores de referencia utilizados para determinar los síntomas del síndrome es mayor o menor. Es posible que la evaluación de estas partes y componentes permita identificar las áreas de fortaleza y crecimiento propias de una encuestada.

5. 3 Cuestionario de Sentido de Coherencia (SOC-13) de Antonovsky, (1993)

Se utilizó la versión abreviada del Cuestionario SOC de Antonovsky de 1993. Consta de trece ítems en una escala Likert de siete puntos (1 siempre y 7 nunca). Su objetivo es conocer el grado de coherencia y calidad de vida de los individuos, sean o no dependientes de los demás. La escala tiene un rango de puntuación de 13 a 91; cuanto mayor es la puntuación, más fuerte es el sentido de coherencia, y viceversa. es una escala multifactorial tiene tres escalas que se correlacionan con las tres dimensiones del constructo:

- Comprensibilidad: se mide mediante las preguntas 2, 6, 8, 9 y 11 del cuestionario; la puntuación del ítem número 2 se invierte en la corrección, ya que está redactado de forma opuesta a los demás ítems. Esto está relacionado con la percepción de que es factible captar lo que está ocurriendo. Por ejemplo, el ítem 2, ¿alguna vez se ha sentido sorprendido por las acciones de alguien a quien creía conocer bien, o tiene con frecuencia la sensación de verse empujado a una circunstancia peculiar y no saber qué hacer?
- Manejabilidad: Compuesto por los ítems 3, 5, 10 y 13, este factor describe el acceso de la persona a los recursos necesarios para hacer frente a las dificultades. La puntuación de los ítems 3 y 10 se invierten, ya que se plantean de forma, que a mayor puntuación menor presencia de la característica sobre que la que se indaga. Por ejemplo, el ítem 10, "¿Tiene la impresión de que no le tratan con justicia?".

- Significatividad: Se evalúa mediante cuatro ítems, que incluyen los números 1, 4, 7 y 12, y los ítems primero y séptimo tienen cada uno una puntuación invertida debido a que se enuncian de manera opuesta. Por ejemplo, ítem 1 “¿Tienes la impresión de que no te interesas por lo que pasa a tu alrededor?”

El rango del alfa de Cronbach, una medida de la fiabilidad interna es de 0,70 a 0,92 puntos. La correlación test-retest, que es de 0,54, indica un alto grado de estabilidad. Según trabajos previos, también demuestra una excelente validez de consenso, contenido y constructo (Antonovsky, 1993; Eriksson & Lindström, 2005; Feldt et al., 2000, 2003; Hakanen et al., 2007; Jellesma et al., 2006; Natvig et al., 2006; Veenstra et al., 2005), Von Bothmer & Fridlund, 2003).

A pesar de que las diferencias son reducidas, parece que los hombres presentan un mayor grado de SOC que las mujeres en la estructura factorial de la escala. (Antonovsky & Sagy, 2001; Eriksson & Lindström, 2005; Jogersen et al., 1999; Natvig et al., 2006). Pero también se han obtenido resultados aceptables en cuanto a la validez discriminativa (Hart et al., 1991) y de predicción (Erikson & Lindström, 2005; Kivimäki et al., 2002; Suominen et al., 2001).

5.4. Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener (1993, 2000)

Es un instrumento elaborado por Diener (1993) y uno de las más utilizados para medir de forma unidimensional la satisfacción con la vida. También cuenta con una validación más antigua en español (Atienza et al., 2000) y otra versión más reciente (Vázquez et al., 2013). Consta de cinco afirmaciones (1,2,3,4,5) de tipo Likert de 7

puntos, desde 1 como "totalmente en desacuerdo" y 7 como "totalmente de acuerdo", Los resultados se clasifican de la siguiente manera: sabiendo que una puntuación más alta indica un mayor grado de satisfacción; de 31 a 35, muy satisfecho; de 26 a 30, satisfecho; de 21 a 25, ligeramente satisfecho; 20, neutral; de 15 a 19, algo insatisfecho; de 10 a 14, insatisfecho; y de 5 a 9, muy insatisfecho. Se trata de una medida de autoinforme que evalúa la SV de forma unidimensional mediante un total de cinco preguntas (por ejemplo, ítem 2, Las circunstancias de mi vida son buenas) evaluadas como una medida ordinal con cinco alternativas de respuesta, que van desde muy en desacuerdo a muy de acuerdo.

Por otra parte, después de realizar el análisis de confiabilidad por medio del alfa de Cronbach se encontró un coeficiente de ,78 satisfactorio para la investigación la escala ha sido ampliamente utilizada en Colombia, entre otros por Gómez, et al., (2007) y Salazar et al., (2016) en población universitaria; Sutter et al., (2014) con cuidadores de personas. Como ejemplo "2. Las circunstancias de mi vida son muy buenas".

5.5. Inventario de Sistema de Creencias (SBI-15R) de Almanza (2000)

Es una escala que fue desarrollada por primera vez en Norteamérica por Holland et al., (1988), y validada en México por Almanza et al., (2000); en la presente tesis fue utilizada la versión española.

Se trata de un cuestionario escala Likert de 15 ítems bifactorial compuesto por dos factores creencias religiosas y apoyo social

religioso con respuestas tipo Likert donde el primero lo componen que van de 0 a 3. Los ítems 1, 2, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 14 y 15, se caracteriza por ser las actividades y creencias relacionadas con la religión y la espiritualidad que conforman la vida de un individuo (Koenig, 2015). Ejemplo ítem 4 “Tengo la certeza de que, de alguna forma, Dios existe”.

El segundo se compone de los elementos 3, 5, 7, 9 y 13, y según Koenig (2015), se refiere a la ayuda social (apoyo, ayuda) prestada a una persona por otras vinculadas a su grupo religioso. Las puntuaciones globales del inventario oscilan entre 0 y 45; se considera que cuanto mayor es la puntuación, más fuerte es el compromiso del adepto con sus actividades religiosas y espirituales y con el apoyo social. Presenta una fiabilidad de 0,926 y 0,916, lo que constituye una señal de alta fiabilidad. Como ejemplo el ítem “7. Disfruto reunirme con personas que comparten mis creencias”.

La religiosidad se refiere a la participación en prácticas y rituales religiosos (como ir a la iglesia, leer la Biblia, etc.), mientras que la espiritualidad se refiere al camino personal de experiencia religiosa de una persona.

5.6. Cuestionario de variables sociodemográficas

Por último, cabe señalar que las variables sociodemográficas arriba descritas, junto con sus condiciones, conformaron el cuestionario de variables sociodemográficas que fue contestado también por las participantes de esta investigación.

6. Procedimiento

Se elaboró una exhaustiva lista de hogares sustitutos, detallando la información de cada persona designada como madre sustituta. La referencia de esta información se llevó a cabo de manera virtual a través de la plataforma Google Meet, considerando la situación de pandemia que afectaba a Colombia. Durante esta sesión, se explicó el propósito del estudio y se solicitó el consentimiento informado por escrito antes de proceder con la recolección de datos. Se hizo hincapié en la necesidad de obtener indicadores sociodemográficos y diversas variables para la investigación.

Para la aplicación de los instrumentos mencionados en la sección anterior, se utilizó el formato de Google Drive y se llevaron a cabo de manera virtual. Esta adaptación se realizó teniendo en cuenta el lenguaje utilizado, la solicitud de información y el tiempo dedicado, ajustándose a las características y circunstancias individuales de cada participante. En promedio, se empleó media hora para el desarrollo de cada instrumento.

En cuanto a la dedicación mostrada en la selección y recopilación de datos, se identificaron ciertas dificultades. Entre ellas, se destacan la reticencia de algunas madres sustitutas a participar en el estudio, otras que percibían un exceso de preguntas, algunas mencionaban cansancio o negativismo, y algunas no disponían de tiempo para participar.

7. Análisis estadístico

Los datos recopilados fueron organizados en una base de datos respaldada por los programas estadísticos SPSS 26 y AMOS. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis descriptivo exhaustivo de los datos sociodemográficos de la muestra, utilizando medidas de tendencia central, frecuencias y dispersión. Además, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para validar o refutar las hipótesis propuestas. Para explorar la relación entre las diversas variables del estudio, se empleó el análisis de correlación lineal, utilizando el coeficiente de correlación como medida para determinar el grado de asociación entre ellas.

7.1. Análisis de Confiabilidad

Para evaluar la consistencia de las escalas psicométricas que conforman el conjunto de datos, se llevará a cabo un análisis de confiabilidad estadística. Al aplicar los modelos de evaluación de confiabilidad, se parte de la suposición de que las observaciones son independientes y que los residuos no presentan correlación entre los elementos; además, se considera que cada par de ítems sigue una distribución normal (IBM, 2022). Una vez establecida la confiabilidad de las escalas, se procederá a analizar la relación entre las variables sociodemográficas y cada dimensión psicométrica.

7.2. Análisis Inferencial

Dada la naturaleza de la investigación empírica, que involucra múltiples variables de respuesta (ansiedad y burnout, sentido de coherencia, satisfacción con la vida y creencias religiosas), y

considerando que estas variables son multidimensionales al estar compuestas por factores observables, se ha optado por utilizar la metodología de modelación por ecuaciones estructurales (SEM).

La modelación por ecuaciones estructurales (SEM) ofrece un marco flexible para analizar datos multivalentes a través de pocos factores latentes no observados. Una de las principales ventajas del SEM en comparación con los modelos de regresión tradicionales radica en su capacidad para abordar los múltiples dominios de las escalas psicométricas como factores latentes con cargas factoriales diferentes para cada pregunta (ítem). Esto permite reflejar de manera más precisa la contribución única de cada pregunta a los distintos dominios.

8. Consideraciones éticas

Este estudio está categorizado como Investigación sin Riesgo de acuerdo con el artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud. La participación fue voluntaria y los sujetos tuvieron derecho a retirarse en cualquier momento; la información suministrada se manejó de manera confidencial; no se solicitó información personal que permitiera identificar a los miembros de la población (como nombre o número de cédula). Y, además, los resultados se utilizaron exclusivamente para el estudio.

El investigador encargado del estudio gestionó los datos de los cuestionarios cumplimentados, que mantuvo y documentó con el rigor adecuado. La información de los cuestionarios se facilitó a los participantes como parte del consentimiento informado.

Capítulo VI

Resultados

En relación con cada uno de los objetivos planteados, la investigación arrojó los siguientes resultados. para este proceso investigativo, que guardan relación con medir la relación entre la ansiedad, burnout, sentido de coherencia, creencias religiosas y variables sociodemográficas.

Para facilitar la comprensión, los datos se han ordenado en las siguientes categorías: análisis de puntuación y fiabilidad de los instrumentos, análisis detallado de las variables de estudio, variaciones relacionadas con las variables sociodemográficas (edad, estado civil, nivel de estudios, experiencia laboral y número de hijos), investigación de la conexión entre las estrategias de afrontamiento y los efectos de la prestación de cuidados.

1. Fiabilidad de los instrumentos

1.1. Medida de ansiedad: Escala de ansiedad de Zung (1971)

La escala de ansiedad en este estudio tuvo una consistencia interna de $\alpha = .658$ con una estructura bidimensional (Tabla 2), similar pero con un factor menos que en el estudio de La Ossa et al., (2009),

quienes reportaron tres factores que explican el 40,1% de la variabilidad total y encontraron una fiabilidad de $\alpha = 0,77$ para esta escala en un estudio con una muestra de 221 estudiantes de medicina y psicología.

La escala es un cuestionario formado por 20 frases relacionadas con la ansiedad. La puntuación final se obtiene acumulando los puntajes de las preguntas. Se considera como una preocupación persistentes y excesivas por actividades o eventos, incluso asuntos comunes de rutina. La preocupación es desproporcionada con respecto a la situación actual, es difícil de controlar y afecta la forma en que te sientes físicamente.

Tabla 2. Fiabilidad de la medida de ansiedad (Escala de ansiedad de Zung).

Factor	Dimensión	Alfa de Cronbach	Ítems
Zung_Global	Global	0,658	20
Zung_F1	Afectiva	0,709	5
Zung_F2	Psicosomática	0,700	15

1.1.1. Dimensión afectiva

La dimensión afectiva está compuesta por los cinco preguntas (ítems 1, 2, 3, 4 y 5). Hace referencia a la incapacidad y dificultad para mantener la atención y concentración. Presenta un alfa de Cronbach de 0,709, con una media (M) de 7,12 y una desviación

desviación estándar (*DE*) igual a 2,25. La curva presenta cierta simetría en la distribución de sus puntuaciones (Figura 7).

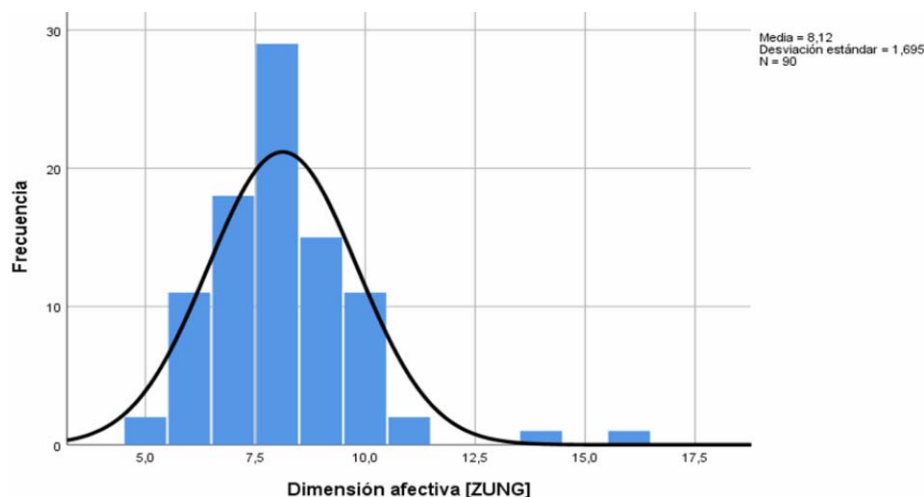


Figura 7. Histograma de la dimensión afectiva de la escala Zung.

1.1.2. Dimensión psicósomática

La dimensión psicósomática está compuesta por quince preguntas (desde el ítem 6 hasta el 20). Se refiere a las percepciones de los síntomas corporales causados por la activación del sistema nervioso autónomo, como la aceleración del pulso. Se manifiesta a nivel físico, pero su origen se encuentra en el plano psicológico, de esta manera, la enfermedad abarca la combinación de factores biológicos, ambientales, sociales y psicológicos. Siendo el Alfa de Cronbach igual a 0,70, la media (*M*) igual a 22,47 y la desviación estándar (*DE*) igual a 4,13. Al observar la curva presenta una simetría en la distribución (Figura 8).

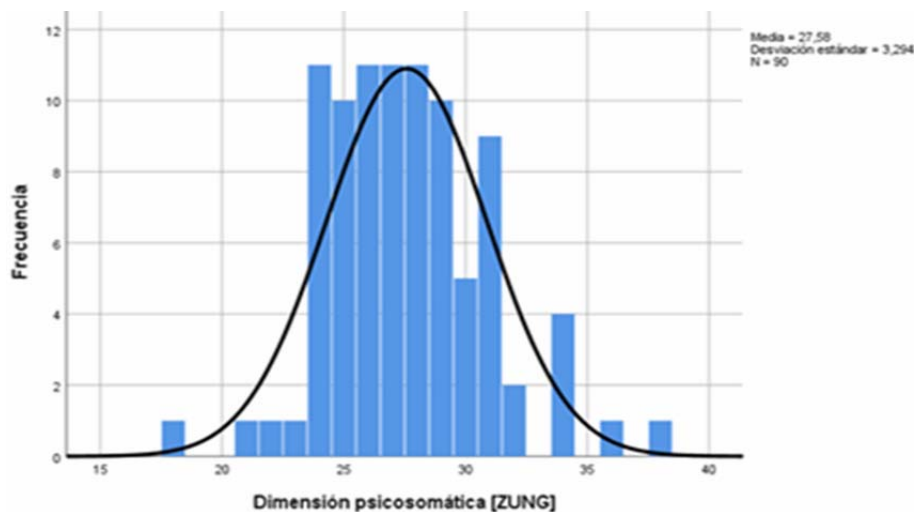


Figura 8. Histograma de la dimensión psicósomática de la escala Zung.

1.2. Medida de burnout: Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS)

El cuestionario MBI-HSS tiene tres dimensiones y veinte ítems. Evalúa la frecuencia y gravedad del síndrome de burnout y puntúa en función de la acumulación lineal de las puntuaciones de cada dimensión. La estructura tridimensional del cuestionario tiene una consistencia interna de $\alpha = 486$, una media (M) de 3,08 y una desviación estándar (DE) de 4,05 (Tabla 3).

Tabla 3. Fiabilidad de la medida de ansiedad (Maslach Burnout Inventory, MBI-HSS).

Factor	Dimensión	Alfa de Cronbach	Ítems
MBI_Global	Burnout	0.486	20
MBI_F1	Cansancio emocional	0.804	9
MBI_F1	Despersonalización	0.343	4
MBI_F2	Realización personal	0.836	7

1.2.1. Cansancio emocional

Consta de ocho preguntas: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14 y 20, Evalúa la sensación de tener las reservas emocionales agotadas debido a obligaciones laborales. La puntuación más alta es de 48 puntos, con una media (*M*) de 15,4 y una desviación estándar (*DE*) de 6,6. Presenta una asimetría positiva (Figura 9).

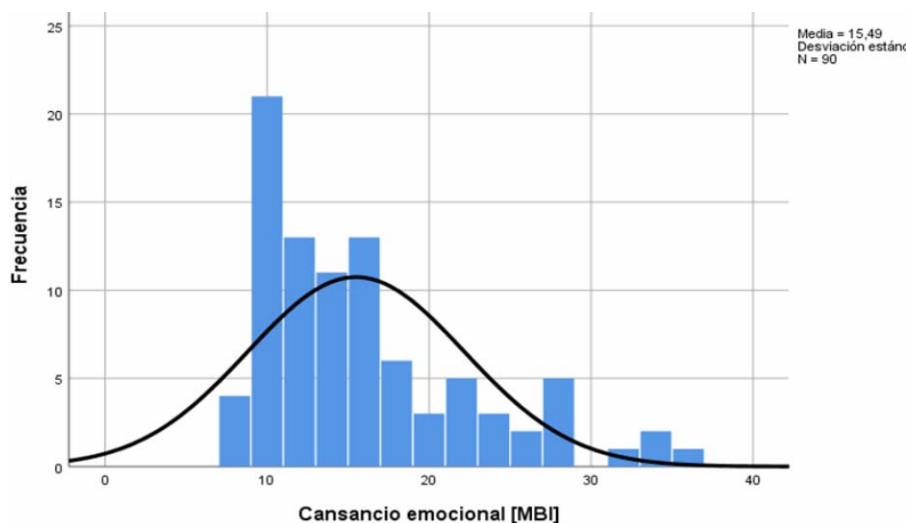


Figura 9. Histograma de la dimensión cansancio emocional de la escala MBI.

1.2.2. Despersonalización

Consta de cinco ítems 5, 10, 11, 15 y 16. Evalúa el grado en que cada persona puede identificar actitudes desviación estándares apego y frialdad. Cuanto más experimente la madre sustituta la despersonalización y el burnout, mayor será su puntuación en esta subescala. Tiene una media (M) de 6,2 y una desviación estándar (DE) igual a 3,0. El cuidador puede obtener hasta 30 puntos. La asimetría es positiva (Figura 10).

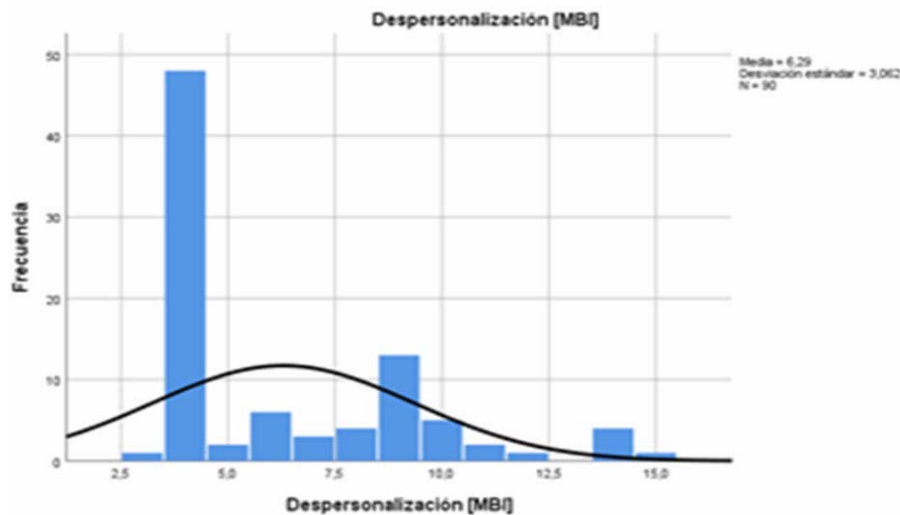


Figura 10. Histograma de la dimensión despersonalización de la escala MBI.

1.2.3. Realización personal

Dispone de siete preguntas (ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18 y 19). Evalúa los niveles de autoeficacia y realización personal de los individuos en el trabajo. Como resultado de la relación inversa de la puntuación con la intensidad del burnout, las puntuaciones más altas indican mejores niveles de realización personal. Dicho de otro modo, el sujeto está más influenciado cuanto más baja es la puntuación de realización. Presenta una media (M) de 40,08 y una desviación estándar (DE) de 4.158. La puntuación máxima posible de 42 puntos. El gráfico de la dimensión realización personal muestra una asimetría negativa (Figura 11).

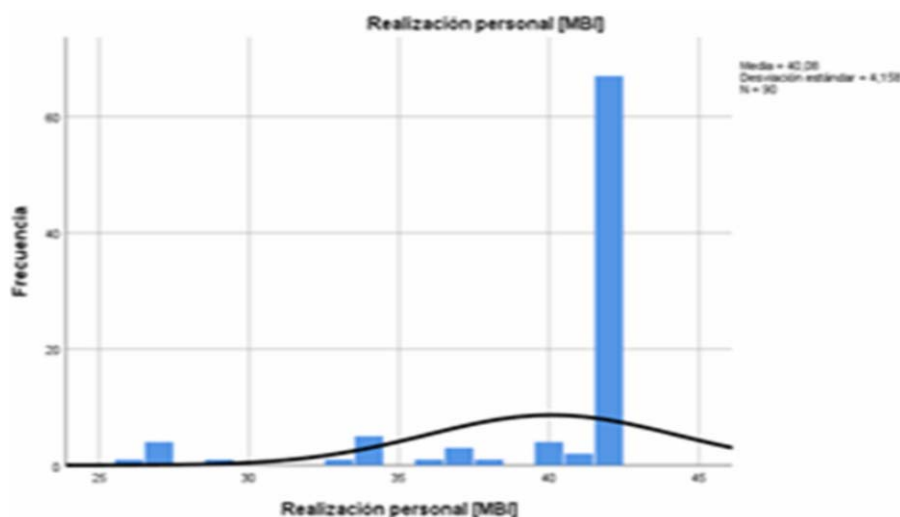


Figura 11. Histograma de la dimensión realización personal de la escala MBI.

1.3. Medida de sentido de coherencia: Cuestionario de Sentido de Coherencia (SOC 13)

Consiste en adoptar diversas estrategias que redundan en un balance positivo entre pérdidas y ganancias asociadas a la edad. Con una fiabilidad de 0.831 en Alfa de Cronbach. El sentido de coherencia se evalúa por la escala (SOC 13) conformada por 13 ítems y una estructura de tres dimensiones: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad (Tabla 4).

Tabla 4. Fiabilidad de la medida de sentido de coherencia (Cuestionario de Sentido de Coherencia, SOC 13).

Factor	Dimensión	Alfa de Cronbach	Ítems
SOC_Global	Sentido de coherencia	0.831	13
SOC_F1	Comprensibilidad	0.660	5
SOC_F2	Manejabilidad	0.693	4
SOC_F3	Significatividad	0.713	4

1.3.1. Comprensibilidad

Se compone de cinco ítems (2,6,8,9,11). La comprensibilidad se refiere al grado en que un individuo puede comprender los estímulos que experimenta actualmente y los que puede encontrar en el futuro. Se trata del elemento cognitivo del constructo. La asimetría es negativa (Figura 12), con una media (M) de 4,0 y una desviación estándar (DE) de 1.2.

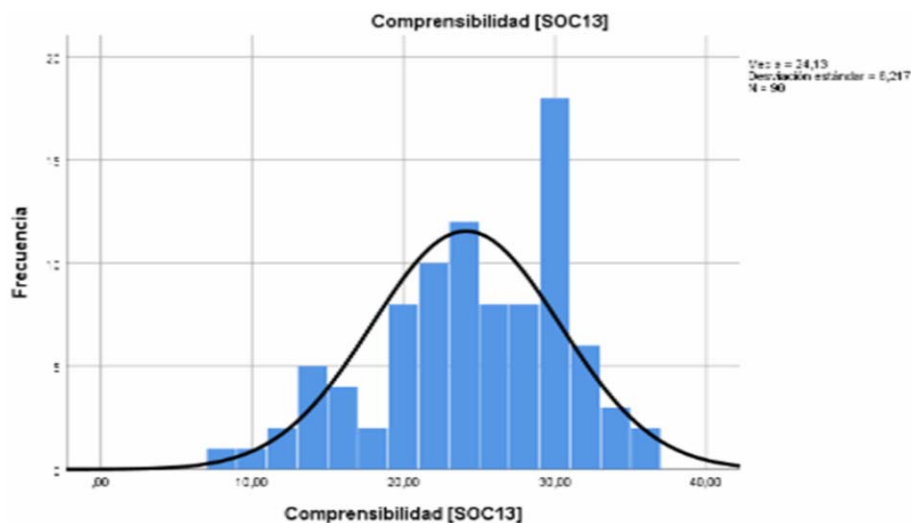


Figura 12. Histograma de la dimensión comprensibilidad de la escala SOC13.

1.3.2. Manejabilidad

Se compone de cuatro ítems (ítems 3, 5, 10 y 13). El nivel de conciencia que tienen las personas de que disponen de recursos suficientes para satisfacer las necesidades de su entorno se conoce como manejabilidad. Pueden estar a cargo de estos recursos, o puede que lo esté otra persona. Esta dimensión representa la parte conductual, instrumental o de comportamiento del concepto, con una media (M) de 4,8 y una desviación estándar (DE) 1,3. La distribución de las puntuaciones presenta cierta simetría negativa (Figura 13).

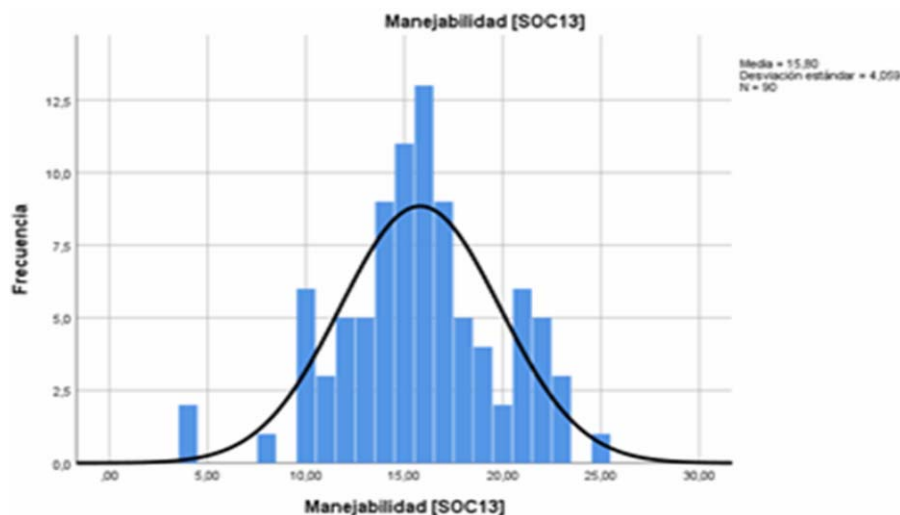


Figura 13. Histograma de la dimensión manejabilidad de la escala SOC13.

1.3.3. Significatividad

Se compone de cuatro ítems (ítems 1, 4, 7 y 12). La significatividad se refiere al valor que el sujeto otorga a lo que acontece, independientemente de la forma en la que ocurra. Es darse cuenta de que la vida es importante y merece nuestra dedicación, de que merece la pena superar los obstáculos y de que merece la pena vivirla. Tiene un carácter emocional y es considerada la dimensión motivacional. Con una media (M) de 5,0 y una desviación estándar de 1,40. Al observar las gráficas de las dimensiones del sentido de coherencia encontramos que la curva de compresibilidad y significatividad presentan una asimetría positiva, la manejabilidad presenta una asimetría negativa (Figura 14).

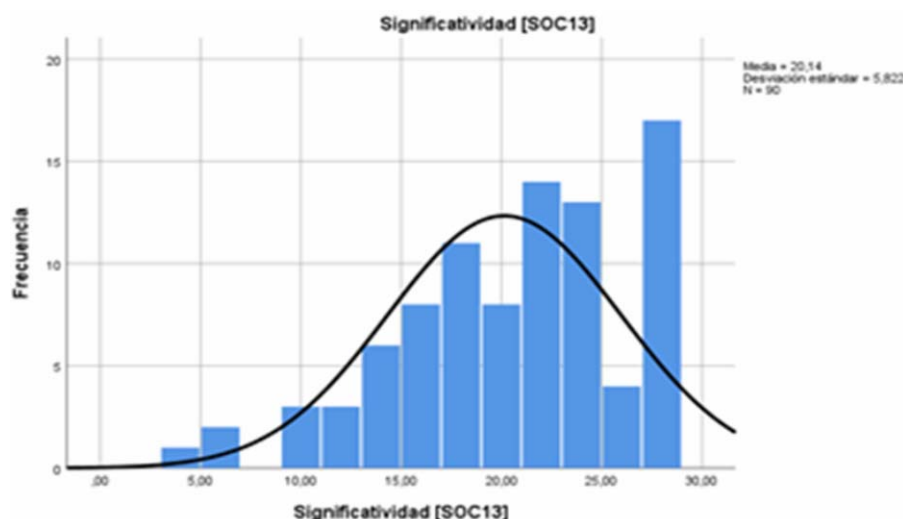


Figura 14. Histograma de la dimensión significatividad de la escala SOC13.

1.4. Medida de satisfacción con la vida: Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

Es una escala univariada compuesta por cinco elementos (ítems 1, 2, 3, 4 y 5). La satisfacción con la vida hace referencia a una apreciación personal de la calidad de las experiencias propias y se relaciona con un sentimiento personal de bienestar o de felicidad, ya que se trata de la percepción personal acerca de la propia situación en la vida, partiendo de los propios objetivos, expectativas.

Desde la psicología se puede entender como una valoración cognitiva personal que realiza una persona de la vida y de los dominios de la misma, atendiendo a la calidad de su vida, a las expectativas y aspiraciones, a los objetivos conseguidos, basada en los

propios criterios de la persona. Con una fiabilidad de 0.782 en Alfa de Cronbach. Con una media (*M*) de 22.1 y una DE de 2.4 (Tabla 5).

Tabla 5. Fiabilidad de la satisfacción con la vida (SWLS).

Factor	Dimensiones	Alfa de Cronbach	Ítems
SWLF_F	Global	0.782	5

La distrucción gráfica muestra una curva con una ligera asimetría negativa (Figura 15).

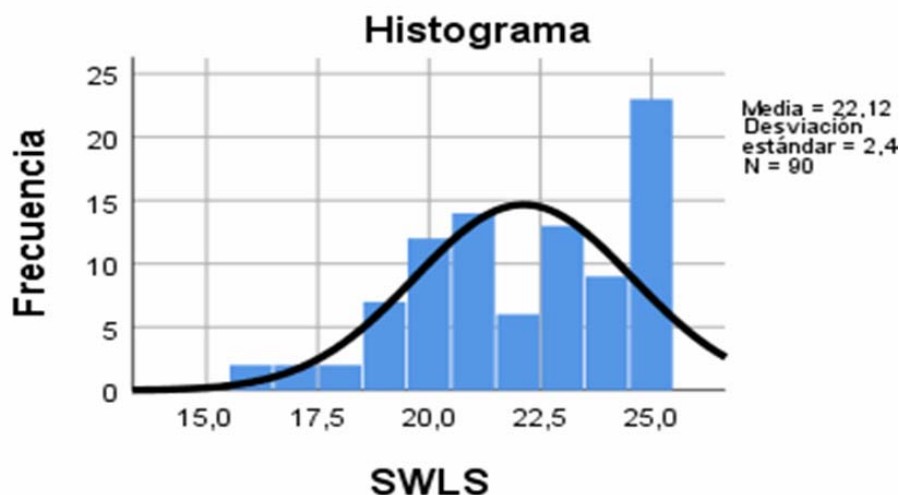


Figura 15. Histograma de la escala de satisfacción con la vida SWLS.

1.4. Medida de sistema de creencias religiosas: Inventario de Sistema de Creencias (SBI-15R)

Las creencias religiosas son nociones que los seguidores de una determinada religión consideran ciertas. Una religión incluye tanto las ideas religiosas como la puesta en práctica de estas creencias a través desviación estándar, terminadas actividades ritualizadas (también conocidas como ritos o rituales religiosos, o culto en un sentido más restrictivo). El practicante cree que puede hablar con un Dios utilizando estos conceptos. Con un alfa de Cronbach de 0,902 (Tabla 6).

Tabla 6. Fiabilidad de la medida sistema de creencias religiosas (Inventario de Sistema de Creencias, SBI-15R).

Factor	Dimensión	Alfa de Cronbach	Ítems
SBI_Global	Sistema de Creencias religiosas	0.902	15
SBI_F1	Espiritualidad	0,924	10
SBI_F2	Soporte social	0,812	5

1.4.1. Dimensión espiritualidad.

Se compone de los ítems (ítems 1, 2, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 14 y 15). Hace referencia a la experiencia interior más profunda de la persona, que la conduce a dotar de sentido y propósito a las propias acciones y existencia, sean cuales sean las condiciones externas, lo que significa aprender cómo encontrar disfrute en la experiencia cotidiana. Con una media (M) de 37.6 y una desviación estándar (DE) de 4.7. La curva muestra una asimetría negativa (Figura 16).



Figura 16. Histograma de la dimensión espiritualidad de la escala SBI-15R.

1.4.2. Dimensión soporte social.

Se compone de cuatro ítems (3, 5, 7, 9 y 13) El término "apoyo social" describe la ayuda, el ánimo y el apoyo que un individuo recibe de una comunidad de individuos que pertenecen a la misma religión. Con una media (M) de 15.9 y una desviación estándar (DE) de 3,40. Las dimensiones del sistema creencias religiosas presenta una asimetría positiva (Figura 17).

Al ejecutar el contraste de confiabilidad entre las cinco escalas psicométricas en estudio y sus correspondientes subdimensiones, con un alfa de Cronbach promedio de 73.0%: el cual es válido para la investigación empírica.



Figura 17. Histograma de la dimensión soporte de la escala SBI-15R.

2. Análisis del ajuste de las madres sustitutas

2.1. Ansiedad en madres sustitutas

Para medir los niveles de ansiedad de las madres sustitutas se utilizó la escala ZUNG, que consta de 20 afirmaciones en las que se pide a los individuos que valoren sus sentimientos en un momento dado.

Mediante la combinación de los resultados obtenidos en numerosos estudios la escala de la auto evaluación de la ansiedad (EAA) se interpreta cada puntuación de la siguiente manera: de menos de 45 indica que no hay ansiedad, 45-59 indica presencia de ansiedad mínima, 60 -74 señala la presencia de ansiedad severa (Zung, 1971).

En el caso específico de este trabajo, presentan niveles normales de ansiedad un 97,8% de las madres sustitutas; el 1,1% ansiedad leve y el 1,10% ansiedad ligeramente moderada (Tabla 7). El puntaje presenta una media de 35,7 una desviación de 4,2.

Tabla 7. Distribución de las puntuaciones en ansiedad de las madres sustitutas en función del punto de corte (Escala Zung).

Niveles de ansiedad	Índice	<i>N</i>	%	% acumulado
Normal	< 45	88	97,8	97,8
Leve-moderado	45-59	2	2,2	100,0
Alto	60-74	0	0	0
Total		90	100,0	

2.2. Burnout en madres sustitutas

Se utilizó el Cuestionario del Inventario de Burnout de Maslach (MBI-HSS), que mide tres aspectos del síndrome de burnout por medio de tres subescalas. El MBI-HSS es un cuestionario utilizado para evaluar a profesionales de servicios humanos, como trabajadores sanitarios, terapeutas, madres de acogida y otros especialistas del cuidado. La subescala que mide el cansancio emocional evalúa la percepción subjetiva de agotamiento. La subescala de despersonalización evalúa la capacidad de la persona para reconocer

actitudes de frialdad y desapego, con una puntuación máxima de 30. La última subescala es la de autorrealización, que mide los sentimientos de autoeficacia y autorrealización en el trabajo (Gil-Monte, 2005).

En el caso de la primera subescala (cansancio emocional), la puntuación máxima es de 48, con una media de 15,4 y una desviación de 6,6 con puntuaciones mínimas y máximas de 8 y 48, respectivamente; la media de la subescala despersonalización fue de 6,2 con un puntaje mínimo de 6 y un máximo 30. Por último, la subescala de realización personal tuvo como puntuación una media (M) de 40,0 y un valor mínimo de 6; el valor máximo obtenido en esta escala fue 42 (Tabla 8).

Tabla 8. Distribución por puntos de corte para cada una de las dimensiones del burnout (Escala MBI-HSS).

Subescala	Número de ítems	Puntaje por ítems	Puntaje por subescala
Agotamiento emocional	8	0 - 6	0 - 48
Despersonalización	5	0 - 6	0 - 30
Realización personal	7	0 - 6	0 - 42

De acuerdo con los resultados de la aplicación del MBI-HSS, el perfil de burnout por dimensión ofrece detalles interesantes. En las dos dimensiones perjudiciales de burnout (es decir, a más agotamiento emocional y despersonalización, mayores niveles de burnout), parece haber dos tendencias distintas. Por un lado, en despersonalización se

observa que prácticamente tres cuartas partes de las madres sustitutas reportan bajos niveles . Pero, por otro lado, en despersonalización los niveles bajos representan un porcentaje inferior (algo más del 50%), siendo los niveles medios de despersonalización de un 30%. Finalmente, en realización personal (a mayores puntuaciones, menor burnout) la tendencia es más parecida incluso a la de la primera dimensión. En este sentido, más de un 80% de las cuidadoras reportan altos niveles de realización personal (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución de las puntuaciones en burnout de las madres sustitutas por dimensión (Escala MBI-HSS).

	F1	N	%	F2	N	%	F3	N	%
Bajo	8 - 12	68	75,6	3 - 4	51	56,7	26 - 31	7	7,8
Medio	13 - 16	13	14,4	5 - 7	26	28,9	32 - 36	10	11,1
Alto	17 - 35	9	10,0	8 - 15	13	14,4	37 - 42	73	81,1
Total		90	100,0		90	100,0		90	100,0

Nota: F1 MBI-HSS (agotamiento emocional), F2 MBI-HSS (despersonalización) y F3 MBI-HSS (realización personal)

Los niveles de burnout pueden analizarse en bajos, medios y altos (Gil-Monte, 2005). Analizando las puntuaciones generales de burnout (por dimensión global en vez de por subescala), se aprecia que la mayoría de las madres sustitutas reportan niveles medios que podrían considerarse medios (el 40% de ellas). Casi un tercio reporta niveles bajos (31,1%). Más de dos tercios de las cuidadoras, por tanto,

presenta niveles medio-bajo. Sin embargo, casi un tercio presenta niveles de burnout considerados como altos (Tabla 10).

Tabla 10. Distribución de los niveles generales de burnout de las madres sustitutas (Escala MBI-HSS).

Burnout (factor global)	Punto de corte	<i>N</i>	%	% acumulado
Bajo	22 – 49	28	31,1	31,1
Medio	50 – 63	40	44,4	44,4
Alto	64 - 79	22	24,4	24,4
	Σ	90	100,0	

2.3. Sentido de coherencia en madres sustitutas

Para conocer el sentido de coherencia de las madres de hogares sustitutos se aplicó cuestionario SOC-13. El cuestionario consta de 13 ítems en su versión original y en español (Antonovsky, 1987; Virués-Ortega et al., 2007). El cuestionario autoadministrado consta de 13 ítems con una escala de respuesta tipo Likert con un rango de 1 a 7. Sumando los números de la escala de Likert para cada uno de los 13 ítems del cuestionario se obtiene la puntuación. Cabe destacar que cinco de los ítems tienen un significado negativo o en sentido contrario a la escala, lo que permite asimismo identificar posibles patrones de repuesta inconsistentes. Por ejemplo, altas puntuaciones en los ítems invertidos implican bajo sentido de coherencia, por lo que

sus puntuaciones altas deben corresponderse con puntuaciones bajas en los ítems redactados en el mismo sentido que la escala, y viceversa.

Dado que la puntuación más alta del cuestionario de 13 ítems es 35, el total de las puntuaciones de los ítems individuales nos proporciona un número que representa el sentimiento de coherencia del encuestado; cuanto más alta es la puntuación, más fuerte es el sentimiento de coherencia (Malagón y Aguilera, 2010). El 44,4% de las madres sustitutas presentan un nivel de coherencia medio, el 31,1% un puntaje bajo, y el 24,4% presentan un alto sentido de coherencia (Tabla 11).

Tabla 11. Distribución de las puntuaciones en sentido de coherencia de las madres sustitutas en función del punto de corte (Escala SOC-13).

Sentido de coherencia	Punto de corte	<i>N</i>	%	% acumulado
Bajo	22 - 49	28	31,1	31,1
Medio	50 – 63	40	44,4	44,4
Alto	64 - 79	22	24,4	24,4
	Σ	90	100,0	

Asimismo, el cuestionario también evalúa las dimensiones conceptuales teóricas del SOC (Malagón y Aguilera, 2010), que son comprensibilidad con 5 ítems, manejabilidad con 4 ítems y significatividad con cuatro ítems. Las madres de hogares sustitutos

presentan una puntuación media de 47,8% en compresibilidad, 20,0% alto y 32,2% bajo. En manejabilidad las madres de hogares presentan un puntaje medio de 36,7% , 34,4% bajo y 28,90% alto respectivamente. En tanto que en significatividad ostenta un puntaje medio de 45,6%, y 23,3% alto y 31,1 % bajo. Lo anterior indica que las madres de hogares sustitutos presentan un puntaje medio en sentido de coherencia revelando alta capacidad para asimilar y modificar experiencias y sucesos como la habilidad de entender a otras personas y de controlar los propios pensamientos y emociones (véase Tabla 12).

Tabla 12. Distribución por puntos de corte para cada una de las dimensiones del sentido de coherencia de las madres sustitutas (Escala SOC -13).

Niveles	Punto corte F1	N	%	Punto corte F2	N.	%	Punto corte F3	N	%
Bajo	8 - 21	29	32,2	4 – 14	31	34,4	4 -17	28	31,1
Medio	22- 29	43	47,8	15 - 17	33	36,7	18 -24	41	45,6
Alto	30- 35	18	20,0	18 - 25	26	28,9	25 -28	21	23,3
Total		90	100,0		90	100,0		90	100,

Nota: F1 SOC -13 (Comprensibilidad), F2 SOC -13 (Manejabilidad), F1 SOC -13 (Significatividad)

2.4. Satisfacción vital en madres sustitutas

El grado de satisfacción vital se evaluó mediante la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS). Las encuestadas respondieron a través de una escala de Likert de valoración de 7 puntos, donde 1 puede representar “muy en desacuerdo” y 7 “muy de acuerdo”. Las puntuaciones resultantes pueden ir de entre 5 y 35, donde las más altas indican que una persona percibe que las áreas de su vida que considera importantes van bien, mientras que las puntuaciones bajas indican lo contrario.

Se observa que la muestra en estudio presenta puntuaciones de 60.0% (54 madres) como ligeramente satisfechas, 25.6% (23 madres) como satisfechas y 14.4% (13 madres) como insatisfechas ellas percibe que las áreas de su vida que considera importantes no están bien. La muestra presenta una media (M) de 22.12 y una DE 2.4 con un puntaje mínimo de 16 y un máximo de 25. Bajos niveles de ansiedad y burnout presentan niveles altos de satisfacción con la vida. Como resultado encontramos que una ansiedad y burnout bajo produce una mayor satisfacción con la vida (Tabla 13).

Tabla 13. Distribución de las puntuaciones en satisfacción con la vida de las madres sustitutas en función del punto de corte (Escala SWLS).

Satisfacción con la vida	Punto de corte	<i>N</i>	%	% acumulado
Insatisfecho	45	13	14,4	14,4
L. satisfecho	50	54	60,0	74,4
Satisfecho	52	23	25,6	100,0
	Σ	90	100,0	

2.5. Sistema de creencias de madres sustitutas

Para conocer el grado de creencia de los padres adoptivos en sus actividades religiosas y espirituales, Holland y otros (1998) crearon el Inventario del Sistema de Creencias (SBI-15R). En México, Almanza et al., (2000) publicaron la versión en español. Este inventario consta de 15 bienes, cada uno de los cuales tiene un sistema de puntos con una escala de respuesta tipo likert que va de 0 a 3. Tiene dos componentes: Con un puntaje máximo de 30 puntos, el Factor I evalúa las creencias y prácticas religiosas y espirituales (CPRE) mediante 10 ítems.

La comunidad que comparte estos puntos de vista (SSR) es la fuente del componente II, que calcula el apoyo social religioso a partir de cinco elementos. El rango total de puntos es de 0 a 15. Por último, las puntuaciones totales del inventario abarcan un rango de 0 a 45

puntos. Las puntuaciones más altas indican convicciones religiosas y espirituales más fuertes, así como un mayor apoyo social a la religión.

La suma de las puntuaciones de los distintos ítems arroja un número que indica el grado de convicción sobre las creencias y prácticas religiosas y espirituales, así como sobre el apoyo social religioso. Esto tiene sentido dado que la puntuación máxima en el cuestionario de 15 ítems es 45, lo que significa que cuanto mayor es la puntuación, mayor es el nivel de convicción. La desviación de la muestra es ($DE = 6,6$) y su media es ($M = 46,0$).

El 51,1% de las madres de hogares sustitutos presentan puntuación media de convicción de las creencias religiosas, 26,7% bajo nivel de convicción en tanto que el 22,2% de la muestra presenta un alto nivel de convicción sobre las creencias y prácticas religiosas y espirituales (véase Tabla 14).

Tabla 14. Distribución de las puntuaciones en sistema de creencias religiosas de las madres sustitutas en función de la convicción del punto de corte (Escala SBI-15R).

Convicción en las creencias	Punto de corte	<i>N</i>	%	% acumulado
Menor convicción de las creencias	21	26	26,7	26,7
Media convicción de las creencias	24	46	51,1	77,8
Alta convicción de las creencias	25	20	22,1	100,0
	Σ	90	100,0	

La religiosidad parece ser un constructo diferente de la espiritualidad, si bien pueden presentar una relación alta (Sánchez et al., 2009; Vinacia, 2009). Al observar los resultados encontramos que el 44,4% de la muestra presenta alta religiosidad, referida a la participación en las actividades y rituales de la religión, por ejemplo, asistir a la iglesia, leer los libros sagrados como la biblia) y el 18,9% baja religiosidad. Cerca de un tercio de las participantes presenta religiosidad media (Tabla 15).

Tabla 15. Distribución de las puntuaciones en sistema de creencias de las madres sustitutas en función de la dimensión religiosidad (Escala SBI-15R).

Dimensión Religiosidad	Punto de corte	<i>N</i>	%	% acumulado
Bajo	12	17	18,9	18,9
Medio	39	33	36,7	55,6
Alto	40	40	44,4	100,0
	Σ	90	100,0	

Por otro lado, la espiritualidad representa en cierta media el camino subjetivo de experiencia religiosa de un individuo (Sánchez et al., 2009; Vinacia, 2009). La espiritualidad puede surgir incluso en personas no religiosas. En los últimos veinte años se han encontrado evidencias cada vez más fuertes que plantean que, aunque las personas en su cotidianidad no presenten ideas o prácticas religiosas sí pueden hacerlo ante situaciones de crisis o enfermedad, lo cual se asocia con la percepción de pérdida de control personal frente a situación imprevista. En el caso del presente estudio, el 36,7% presenta espiritualidad baja, pero el 28,9% alto sentido de espiritualidad (Tabla 16).

Tabla 16. Distribución de las puntuaciones en sistema de creencias de las madres sustitutas en función de la dimensión espiritualidad (Escala SBI-15R).

Dimension Espiritualidad	Punto de corte	<i>N</i>	%	% acumulado
Bajo	8 - 15	33	36,7	36,7
Medio	16 - 18	31	34,4	71,1
Alto	19 - 20	26	28,9	100,0
	Σ	90	100,0	

3. Variables del estudio en función de las características sociodemográficas

En este apartado, se contrasta la dependencia de las variables sociodemográficas con cada dimensión de las escalas psicométricas. Debido a que las distribuciones de frecuencia no provienen, necesariamente, de una distribución normal, se usaron contrastes no paramétricos. En concreto: cuando la comparación es con variables nominales se empleó la prueba de Kruskal-Wallis, y cuando lo es con variables escalares se usó el coeficiente de correlación de Spearman. Los contrastes de hipótesis se evaluaron con una confiabilidad del 95%.

3.1. Estado civil

Los resultados de la prueba de significación revelaron que el estado civil no afectaba a las variables del estudio (Tabla 17). Sin embargo,

el estado civil puede ser especialmente relevante para el burnout. Los valores fueron estadísticamente significativos ($p < .05$) en la dimensión cansancio emocional.

Tabla 17. Prueba de significación Kruskal-Wallis en función del estado civil

Variable	Valor Kruskal-Wallis	Valor signif.
Ansiedad afectiva	0,966	0,617
Ansiedad psicósomática	3,353	0,187
Cansancio emocional	9,343*	0,009
Despersonalización	1,383	0,501
Realización personal	1,205	0,547
Comprensibilidad	0,047	0,977
Manejabilidad	2,909	0,233
Significatividad	0,296	0,863
Satisfacción con la vida	3,209	0,201
Espiritualidad	2,481	0,289
Soporte social	3,102	0,2012

3.2. Nivel académico

Los resultados de la prueba de significación revelaron que el nivel académico no tenía una incidencia particular en las variables del estudio. Sin embargo, el nivel académico puede ser especialmente relevante para la ansiedad, al igual que sucedió con el estado civil. Los valores fueron estadísticamente significativos ($p < .05$) en la dimensión de ansiedad psicósomática, pero no en la emocional ($p > 0,05$). También hubo relación estadísticamente significativa ($p < .05$) entre el nivel académico y en sentido de coherencia en la dimensión de manejabilidad (Tabla 18).

Tabla 18. Prueba de significación Kruskal-Wallis en función del nivel académico.

Variable	Valor Kruskal-Wallis	Valor signif.
Ansiedad afectiva	2,045	0,360
Ansiedad psicósomática	7,160*	0,028
Cansancio emocional	2,403	0,301
Despersonalización	0,066	0,967
Realización personal	0,331	0,848
Comprensibilidad	0,033	0,984
Manejabilidad	7,192*	0,027
Significatividad	1,768	0,413
Satisfacción con la vida	2,146	0,342
Espiritualidad	0,069	0,966
Soporte social	3,589	0,166

3.3. Estrato socioeconómico

Los resultados de la prueba de significación revelaron que el estrato socioeconómico no mostraba relación con ninguna de las variables del estudio (Tabla 19).

Tabla 19. Prueba de significación Kruskal-Wallis en función del estrato socioeconómico.

Variable	Valor Kruskal-Wallis	Valor signif.
Ansiedad afectiva	1,842	0,606
Ansiedad psicósomática	3,744	0,290
Cansancio emocional	1,625	0,654
Despersonalización	0,361	0,948
Realización personal	5,880	0,118
Comprensibilidad	6,617	0,085
Manejabilidad	2,733	0,435
Significatividad	4,435	0,218
Satisfacción con la vida	0,484	0,922
Espiritualidad	0,395	0,941
Soporte social	3,560	0,313

3.4. Experiencia laboral

Tendencia similar en el análisis de la experiencia laboral se observó al examinar su posible patrón de distribución en las variables del estudio. Pero cabe destacar el efecto de la experiencia laboral sobre el sentido de coherencia, en concreto, sobre la significatividad ($p <$

0,05). En este sentido, los datos apuntan a que la experiencia laboral podría incidir negativamente en el sentido de coherencia (Tabla 20).

Tabla 20. Prueba de significación Kruskal-Wallis en función de la experiencia laboral.

Variable	Valor Kruskal-Wallis	Valor signif.
Ansiedad afectiva	0,097	0,363
Ansiedad psicósomática	0,081	0,448
Cansancio emocional	0,040	0,708
Despersonalización	-0,040	0,709
Realización personal	0,099	0,354
Comprensibilidad	-0,144	0,176
Manejabilidad	-0,186	0,080
Significatividad	-0,207*	0,050
Satisfacción con la vida	-0,179	0,092
Espiritualidad	0,073	0,494
Soporte social	0,012	0,911

3.5. Edad

Respecto a la edad de las madres sustitutas, se encontraron correlaciones significativas con tres de las variables del estudio ($p < 0,05$). En específico, la correlación es directa con el cansancio emocional y la dimensión psicossomática de la ansiedad; pero es inversa con la comprensibilidad (véase Tabla 21).

Tabla 21. Correlación de Spearman entre la edad y las variables del estudio.

Variable	Correlación	Valor signif.
Ansiedad afectiva	0,180	0,221*
Ansiedad psicossomática	0,090	0,036
Cansancio emocional	0,224*	0,034
Despersonalización	0,046	0,669
Realización personal	-0,021	0,843
Comprensibilidad	-0,246*	0,020
Manejabilidad	-0,192	0,069
Significatividad	-0,118	0,269
Satisfacción con la vida	-0,179	0,092
Espiritualidad	0,084	0,431
Soporte social	0,042	0,697

En otras palabras, se observa que, a más edad, mayores son los niveles de cansancio emocional y de ansiedad psicosomática, pero también menores los niveles de comprensibilidad. En este sentido, estos resultados parecen apuntar a que la edad cronológica (el paso del tiempo como madre sustituta o cuidadora) puede ser más bien un factor de riesgo.

4. Relaciones entre variables

A continuación se exponen los resultados de los análisis para identificar los patrones de reacción entre las variables del estudio de tesis doctoral.

4.1. Ansiedad y síndrome de Burnout

Los patrones de correlación de ansiedad y burnout mostraron algunos resultados interesantes (Tabla 22). En ese sentido, como se esperaba, la relación entre las dos dimensiones de la ansiedad fue positiva y estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Por otro, no hubo relación entre el burnout y la ansiedad ($p > 0,05$). Sin embargo, la relación entre las dimensiones del burnout entre sí fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabla 22. Correlación entre ansiedad y burnout.

Variable	1	2	3	4	5
(1) Ansiedad afectiva [ZUNG]	1				
(2) Ansiedad psicossomática [ZUNG]	0,384**	1			
(3) Cansancio emocional [MBI]	-0,072	-0,134	1		
(4) Despersonalización [MBI]	-0,050	-0,141	0,357**	1	
(5) Realización personal [MBI]	-0,095	-0,081	0,661**	0,273**	1

4.2. Ansiedad y sentido de coherencia

Los patrones de correlación de ansiedad y coherencia indicaron también algunos resultados interesantes (Tabla 23). La relación entre las dos dimensiones de la ansiedad fue negativa y estadísticamente con el sentido de coherencia, pero únicamente con la dimensión comprensibilidad ($p < 0,05$). A mayor ansiedad afectiva y psicossomática, menos niveles de comprensibilidad. Por otro lado, la dimensión de la coherencia manejabilidad se relacionó positivamente con significativa ($p < 0,05$), por lo que las tres dimensiones podrían ser ligeramente independientes.

Tabla 23. Correlación entre ansiedad y coherencia.

Variable	1	2	3	4	5
(1) Ansiedad afectiva [ZUNG]	1				
(2) Ansiedad psicósomática [ZUNG]	0,146	1			
Comprensibilidad [SOC13]	-,554**	-,257*	1		
Manejabilidad [SOC13]	-0,027	0,120	0,137	1	
Significatividad [SOC13]	-0,104	-0,069	0,146	,357**	1

4.3. Síndrome de Burnout y coherencia

En el análisis de las relaciones entre burnout y coherencia, ninguna de las dimensiones de burnout mostró relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) con la coherencia (Tabla 24).

Tabla 24. Correlación entre burnout y coherencia.

Variable	1	2	3	4	5	5
Cansancio emocional [MBI]	1					
Despersonalización [MBI]	0,146	1				
Realización personal [MBI]	-,554**	-,257*	1			
Comprensibilidad [SOC13]	-0,027	0,120	0,137	1	,357**	
Manejabilidad [SOC13]	-0,104	-0,069	0,146	,357**	1	,273**

5. Resultados de los análisis de inferencia

A continuación, se presentan los modelos estructurales que fueron diseñados para analizar la contribución específica de los factores de riesgo individuales y del grupo en cada uno de los factores ansiedad, burnout, satisfacción con la vida, sentido de coherencia y creencias religiosas. Teniendo presente las limitaciones propias de los estudios transversales, los modelos se construyeron a partir de los logros alcanzados en los modelos de regresión. Hay que tener en cuenta, además que, para su validación empírica, es necesario que estén basados en teorías y/o resultados empíricos que permitan su posterior validez (Bisquerra, 1989).

El diagnóstico de la bondad de ajuste de un modelo estructural, que examina si el modelo es preciso y útil para los objetivos del estudio, es discutible. Según Batista y Coenders (2000), un modelo "correcto" es

el que describe con exactitud las conexiones entre variables mediante la inclusión de las restricciones y los supuestos implícitos que satisface la población. Como resultado, un modelo correcto puede predecir con exactitud la realidad.

5.1 Modelo hipotético

Para la estimación de los modelos se hipotetizó el modelo clásico de 3 factores de (Carver et al., 1989; Coolidge et al., 2000). El modelo plantea la existencia de tres variables predictoras (satisfacción con la vida, sentido de coherencia y creencia religiosas) que influyen en el nivel de ansiedad y burnout del individuo. A su vez el burnout y la ansiedad influye de manera directa sobre la magnitud de los síntomas psicosomáticos y también de manera indirecta, modulado por el nivel de cansancio emocional.

A nivel empírico, se buscó estimar un modelo donde las escalas sicométricas actuaran como factores latentes y las sub-dimensiones como variables observadas. Sin embargo, este modelo estructural no converge a nivel algorítmico porque contiene relaciones causales de doble jerarquía (Figura 18).

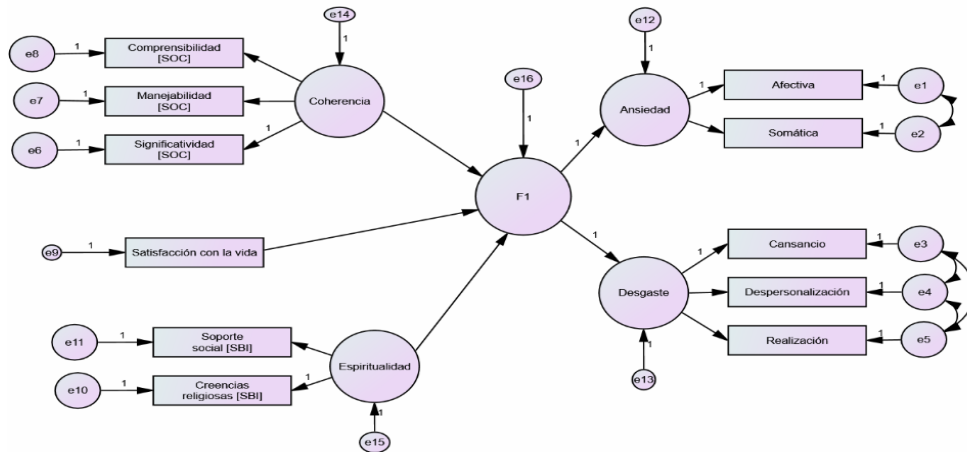


Figura 18. Variables predictoras (satisfacción con la vida, sentido de coherencia y creencia religiosas).

Se crearon una serie de modelos generales reformulados eliminando cada factor de riesgo cuyo coeficiente de regresión estructural no era estadísticamente significativo ($p > 0,05$) porque los modelos generales construidos con todos los predictores significativos obtenidos previamente mediante regresión lineal no mostraban índices de bondad de ajuste satisfactorios.

5.2 Estimación para la ansiedad

Los resultados de las cargas factoriales y sus valores estadísticos aparecen en la Tabla 25.

Tabla 25. Cargas factoriales estimadas del modelo de ansiedad.

Relación causal	Estimación	Error	C.R.	Valor
	n	estándar		-p

			r			
<i>Ansiedad</i>	←	<i>SOC</i>	-0.006	.015	-.417	.676
<i>Ansiedad</i>	←	<i>SWLS</i>	-0.154*	.071	-	.031
			2.152			
<i>Ansiedad</i>	←	<i>SBI</i>	0.016	.027	.613	.540
<i>Dim.</i>	←	<i>Ansieda</i>	1.000*			
<i>Afectiva</i>		<i>d</i>				
<i>Dim.</i>	←	<i>Ansieda</i>	0.971	.783	1.240	.215
<i>Psicosomática</i>		<i>d</i>				
<i>a</i>						

Se observa que en la estimación estructural de la escala de Zung se encontró que solamente la satisfacción con la vida es el factor psicométrico determinante que disminuye la ansiedad. El sentido de coherencia y la espiritualidad no tiene aportes con suficiente carga factorial. En particular, dentro del constructo de ansiedad la dimensión afectiva es más relevante que la dimensión psicosomática (Figura 19).

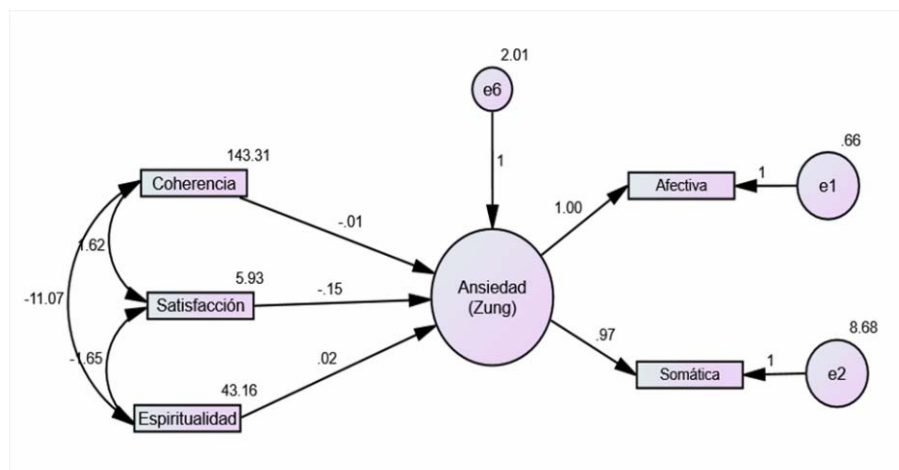


Figura 19. Modelo de predicción de la ansiedad de las madres sustitutas.

5.3 Estimación para el Burnout

Los resultados de las cargas factoriales y sus valores estadísticos aparecen en la Tabla 26.

Tabla 26. Cargas factoriales estimadas del modelo de burnout.

Relación causal			Estimación	Error estándar	C.R.	Valor-p
Desgaste	←	SOC	-0.044	0.038	-1.152	0.249
Desgaste	←	SWLS	0.132	0.146	0.904	0.366
Desgaste	←	SBI	0.014	0.044	0.316	0.752
Cansancio emocional	←	Desgaste	1.000*			
Despersonalización	←	Desgaste	0.213*	0.093	2.302	0.021
Realización	←	Desgaste	-1.509	0.942	-1.601	0.109

personal

De forma análoga, para la inferencia estructural de la escala de Burnout, se tiene que ninguna escala psicométrica tiene suficiente carga factorial para influenciar el desgaste laboral (Figura 20). Y, de las tres dimensiones componentes del desgaste laboral son relevantes el cansancio emocional y la despersonalización.

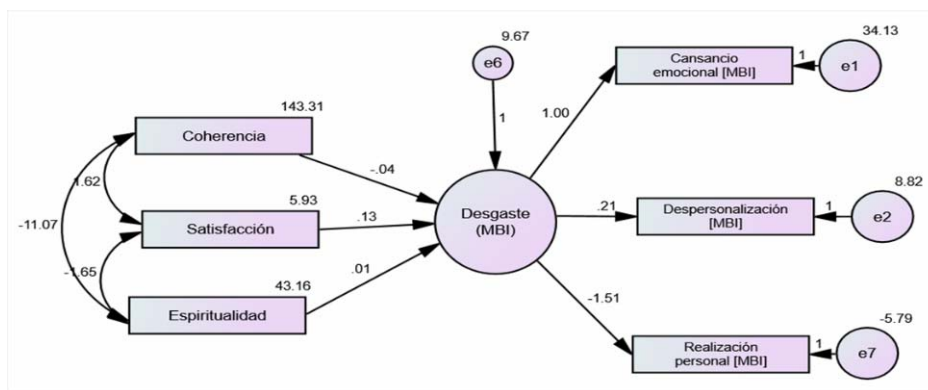


Figura 20. Modelo de predicción del burnout de las madres sustitutas.

Capítulo VII

Discusión

El estudio confirma el problema al que nos enfrentamos en la actualidad: la dependencia que sufren algunas personas respecto de otras para realizar las AVD y la carga a la que se ven sometidos aquellos que han de atender y suministrarles los cuidados.

El propósito de este estudio era determinar los niveles de satisfacción vital, agotamiento y ansiedad entre las madres sustitutas, así como entre las madres cuyos hijos están en protección del ICBF, como conocer si las condiciones sociodemográficas, las creencias religiosas y estrategias que utilizan las madres de hogares sustitutos para cuidar, proteger y garantizar entornos saludables a niños, niñas y adolescentes como para ellas, puede verse reflejado en el estado físico y emocional de las cuidadoras informales (Bohórquez et al., 2014; Etxeberria, 2016; García y Angulo, 2016).

Según los perfiles sociodemográficos de los cuidadores publicados por diversos autores, el cuidador tipo es una mujer de edad intermedia, con un nivel de estudios medio, sin empleo externo, que convive con el niño o adolescente, recibe ayuda para el cuidado, mantiene relaciones positivas con la persona cuidada y percibe la salud de ésta como normal (Barbosa de Oliveira, 2007; García et al., 2004; García

et al., 2003; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005; Teel y Carson, 2003).

De acuerdo con los resultados arrojados en la presente investigación se observa que participaron 90 personas adultos de sexo femenino, en su mayoría amas de casa con rango de edad que va de 25 a 75 años, con una media de (49.0 y DE: 9.63) divididos en 5 grupos según edad. Se observa que el 36.7 % de las encuestadas se encuentra entre los 46 y 55 años de edad, se cree que puede haber un periodo de sensibilización, aunque no parezca afectar a la aparición de la ansiedad y el síndrome, porque el cuidador sería especialmente susceptible de padecerlo durante los primeros años de inscripción en el programa, ya que sería el momento en que se produce el cambio de las expectativas idealistas a la práctica cotidiana. Durante este tiempo, se reconoce que las recompensas económicas, profesionales y personales no son las prometidas o esperadas (Ramos, 2006).

Los médicos, las enfermeras, las madres sustitutas y los trabajadores de los servicios de urgencias son susceptibles de sufrir preocupación y agotamiento porque sus trabajos están estrechamente ligados al sufrimiento humano. Se caracterizan por ser profesionales de la ayuda propensos a la ansiedad y al burnout debido al entorno en el que trabajan, propicio para que se desencadenen diversos factores que lo producen, como: exceso de pacientes, largas jornadas laborales, remuneración inadecuada y entornos de trabajo poco adecuados, entre otros.

Por tal motivo es muy probable que la ansiedad y el síndrome de burnout sea una manifestación prevalente en el personal de cuidado

informal, del ICBF, y es posible que este personal esté en riesgo de experimentar una variedad de problemas de salud tanto físicos, psicológicos como laborales.

Según Tyrer (1982, citado por Riveros et al., (2007)), la ansiedad se considera una "reacción adaptativa de emergencia" que se desarrolla en respuesta a diversos acontecimientos que la persona considera peligrosos y para los que se activan los sistemas de defensa. Para medir los niveles de ansiedad en las madres de hogares sustitutos se utilizó la escala de Zung la muestra presentó estado normal y niveles de ansiedad leve y moderado, como lo evidencian las puntuaciones de 97,8% y 1,1%. Según Yuste et al., (2004), estos resultados pueden estar influidos por el modo de vida que estas personas llevan en casa, donde se ocupan de sus necesidades básicas como la alimentación, la vivienda y la atención sanitaria, lo que permite reducir las preocupaciones y los síntomas de ansiedad. Estos cambios pueden incluir problemas de salud, preocupación por la economía, cambios en el entorno familiar y agotamiento físico, que pueden llevar a una preocupación excesiva. Estos resultados son similares con los encontrados por Chapi (2012), quien encontró que a mayor satisfacción con la vida se evidencian menores indicadores de ansiedad.

Al realizar el estudio de esta variable, encontramos que no se registra ansiedad en las madres sustitutas del estudio, estos resultados se contradicen con los encontrados por García (2014), quien encontró ansiedad marcada en los jóvenes de su estudio; ello se debe muy probablemente a que las edades de la población de estudio son

diferentes. La ausencia de ansiedad en la muestra de estudio se debe probablemente a la edad de las madres, asimismo, a que la mayoría han terminado estudios de básica secundaria y universitarios y son independientes.

Por otro lado, las conclusiones de la investigación de García (2017) son similares, ya que la mayoría de los alumnos se concentran en preocupaciones inmediatas sin que éstas sean perjudiciales o desadaptativas; no afectan negativamente a la concentración ni a la eficacia, ni contribuyen a la aparición de otras enfermedades. El 72,57% de los 175 adolescentes alcanza un nivel de ansiedad total leve. Mientras que el 46% de la muestra presenta niveles moderados de ansiedad, quizás debido a la muestra, el estudio realizado por Erazo del Castillo (2021) en adolescentes de 13 a 17 años sólo varía del presente estudio en el resultado de ansiedad total. En concordancia con lo anterior los resultados fueron similares a los realizado por Carvajal et al., (2011) donde trabajaron con adultos mayores que habían experimentado abandono familiar y descubrieron que el contexto y la resiliencia que estas personas poseían eran herramientas que facilitaban la adaptación a esta condición, cambiando sus historias de vida, continuando con sus vidas y enfrentando las limitaciones o adversidades que pudieran presentarse, disminuyendo así en la población los niveles de ansiedad y estrés.

Comparable al examen de la correlación entre los niveles de ansiedad y las variables demográficas, parece que los solteros sufren más desgaste emocional, menos realización personal y más despersonalización en comparación con los casados o los que

conviven. En cuanto a la conexión entre el síndrome MBI y quienes no tienen una relación estable, sigue habiendo desacuerdo entre los expertos.

Lo anterior se asemeja a lo encontrado en el estudio el 67.8% son casadas en menor número viven en unión libre. Del mismo modo, tener hijos o no hace a estas personas potencialmente menos susceptibles al síndrome porque los padres tienden a ser individuos más estables y maduros, y tener hijos y una familia les ayuda a ser más maduros emocionalmente y capaces de manejar problemas y conflictos personales. Además, con el apoyo de su familia, tienen más los pies en la realidad. (Quiroz y Saco, 2003).

En cuanto a la escolaridad, el 56.7% tienen educación superior (Licenciados, técnicos, tecnológico y educación superior). El 95.6% de las encuestadas llevan entre uno y veinte años, siendo la mayoría con escasas posibilidades de trabajo lo cual las obliga a realizar este tipo de trabajo informal. Los resultados son similares a los del estudio realizado por Quiceno y Vinaccia (2011), donde la mayoría son casadas y con estudios a nivel medio. El papel doméstico que tradicionalmente han desempeñado las mujeres como cuidadoras difícilmente puede mantenerse con la misma intensidad y dedicación que en nuestro pasado reciente debido a la progresiva mejora de los niveles educativos de las mujeres y al aumento de la proporción de población femenina que participa en empleos remunerados.

Con respecto al estrato socioeconómico se encontró que este factor incide en que las mujeres casadas participantes tengan ansiedad o no. Los niveles de ansiedad fueron menores en los estratos alto y a

comparación del estrato bajo y medio que obtuvo leve y moderado nivel de ansiedad. Esto coincide con lo que Faisal-Cury y Menezes (2007), encontraron en las mujeres casadas participantes en su estudio, donde concluyeron que la prevalencia de ansiedad y fue alta y esto se asociaba a factores de riesgo sociodemográficos y socioeconómicos. Con un nivel socio económico medio bajo, los resultados del estudio son similares al encontrada en el estudio del Imsero (2005), donde la edad promedio fue de 52.9 años, Los hallazgos El 70%, de madres sustitutas obtenidos por García-Calvente et al., (1999), García-Calvente et al., (2004), García-Calvente et al., (2007) y La Parra (2001) coinciden con estos resultados. A pesar de sus diferencias, Larrañaga et al., (2008) encontraron que las mujeres tenían un estatus socioeconómico más alto.

El Síndrome de burnout se propone como un síndrome de estrés crónico propio de aquellas carreras de servicios que se centran en proporcionar cuidados intensivos a largo plazo a personas dependientes o necesitadas. Del mismo modo, considerando que los trabajadores de servicios que desempeñan funciones asistenciales o sociales presentaban la mayor tasa de Síndrome de Burnout, el deterioro de su vida laboral tiene efecto sobre su vida personal y social (Gil-Monte y Peiró, 1999). Otra justificación para el estudio del burnout, es el creciente aumento en Colombia en la última década de las instituciones de servicio del sector público en que la calidad de la atención es una variable crítica para el éxito de estas instituciones (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2000).

Teniendo en cuenta los resultados de esta investigación, se encontró que el porcentaje de madres de hogares sustitutos (cuidador informal) presentan indicios de burnout es de (26,1%) diferente a lo encontrado en algunas otras profesiones de México, como en médicos de Guadalajara en donde se encontró una presencia de 42,3% (Aranda, et. al., 2004); en policías del personal penitenciario de España se obtuvo 43,6% (Hernández, et. al., 2006), en tanto en policías de Chile un 44,4% (Briones, 2007). Sin embargo, hay diferencias en las dimensiones en las cuales se presenta indicios de burnout, en la muestra (cuidador informal) se presentó un mayor porcentaje, en despersonalización (11,7%) después en cansancio emocional (8,1%), y en menor grado en realización personal (6,3%). En cambio, los médicos de manera general obtienen puntuaciones mayores en el agotamiento emocional que en las otras dos dimensiones, esto se puede deber al contacto directo que presentan en su trabajo (Aranda et. al., 2004; Aranda, 2006; Lozano, et al., 2008).

En una muestra de 929 profesores peruanos que trabajan en los grados primario y secundario, Fernández (2008) también informa de resultados comparables, demostrando una correlación positiva sustancial entre la carga de trabajo y el cansancio emocional (burnout). Por lo tanto, el agotamiento y la creencia de la madre sustituta de que carece de la resistencia esencial para seguir desempeñándose al más alto nivel en la institución serán mayores cuando la carga de trabajo, en el caso de esta investigación, se perciba a través de una mayor presión del programa.

Fernández (2008) también señala que las deplorables circunstancias laborales y la falta de reconocimiento profesional y social de la profesión docente en la sociedad peruana tienen un impacto en cómo los instructores ven su propia profesión y su significado en la sociedad contemporánea. Según Fernández (2008), la falta de satisfacción de estas necesidades psicológicas fundamentales en los profesores de la escuela pública, así como su falta de eficacia profesional, podría atribuirse a las opiniones negativas de los propios profesores sobre sus propias habilidades como docentes y su capacidad para realizar las tareas necesarias para su trabajo.

Dada la relación bien establecida entre la sobrecarga de trabajo y el agotamiento en el sector sanitario, es lógico que este elemento disminuya el calibre de los servicios prestados por estos empleados tanto a nivel cualitativo como cuantitativo. Aunque algunos autores han hecho referencia a ello, no parece existir una correlación directa entre la cantidad de horas dedicadas a interactuar con los pacientes y la aparición del burnout. Aunque la investigación no lo deja claro, también se ha mencionado el salario como un factor que influye en la aparición del burnout entre los trabajadores (Ibáñez et al., 2004).

En un estudio de 398 profesores de una universidad francesa, Fernet et al., (2012) descubrieron que la autonomía de los profesores disminuía a medida que aumentaba su carga de trabajo. Es decir, los profesores no sentirían que tienen la capacidad de hacer sus propios juicios o actuar con un sentimiento de agencia si sienten que su trabajo es demasiado exigente y que no están preparados para manejar la cantidad de expectativas puestas en ellos en la escuela.

Nuestros datos también contrastan con los encontrados por Lozano et al., (2008) para quien la profesión policiaca mostraba los niveles más altos de realización personal frente a las otras (personal sanitario, docente y población general), es decir, presentaron un menor burnout debido a dicha dimensión. Esto se puede deber a características culturales tanto de la población como de la muestra.

La disminución de logro personal en el ámbito laboral está estrechamente relacionada con factores estresantes en el trabajo, particularmente, por falta de apoyo social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente Leiter (1992). Los factores de cansancio emocional y escolarización fueron los únicos que mostraron una relación.

Numerosos estudios han examinado los factores demográficos y su relación con el burnout; Gold (1985), por ejemplo, sostiene inequívocamente que cuanto más joven es el trabajador, mayor es la prevalencia del burnout. Williams (1989) descubrió que la relación entre la edad y la despersonalización y el desgaste emocional es inversa. Oliver (1993) descubrió que la condición afecta más al grupo de instructores más jóvenes y que el nivel de apego disminuye gradualmente con la edad. Según Manassero et al., (1996), existen variaciones de edad "resultados estadísticamente relevantes" en la dimensión Cansancio Emocional, siendo los instructores entre 30 y 40 años los más agotados emocionalmente. En conclusión, nuestros hallazgos apoyan a Donohoe et al., (1993); Guerrero (1998); Moreno et al (1996), Oliver (1993) y Vega (1995), en que la edad es un factor en el síndrome de burnout.

Estado civil: parece que los solteros experimentan más agotamiento emocional, menos realización personal y mayor despersonalización que los casados o los que viven con parejas estables. Sin embargo, no existe un consenso universal respecto a esta asociación, aunque el síndrome se ha vinculado más fuertemente a las personas sin pareja estable. En una línea similar, tener hijos o no implica que estos individuos pueden ser más resistentes al síndrome debido a la propensión que tienen los padres a ser individuos más estables y maduros. Además, tener hijos y una familia significa que estos individuos están mejor preparados para manejar problemas personales y conflictos emocionales y para ser más realistas con el apoyo de sus familias. (Quiroz y Saco 2003).

En el trabajo se halló que la dimensión de cansancio emocional depende significativamente el estado civil. No obstante, para las demás escalas psicométricas y sus dimensiones (ansiedad, coherencia, espiritualidad y satisfacción con la vida) fue encontrado que ninguna depende del estado civil de la madre sustituta. Los resultados de la investigación son similares a los encontrados por Cordeiro (2001). Los profesores casados son más propensos a experimentar burnout. Mientras que Guerrero (1998) encontró que los casados se sienten más realizados personalmente en el trabajo y que los solteros están más agotados emocionalmente, Roca et al., (1996) analizaron el síndrome en funcionarios sanitarios y encontraron diferencias significativas entre solteros y casados en cuanto a su nivel de burnout. Según Moreno et al., (1992), los instructores sin cónyuge se encuentran entre las categorías más afectadas por la enfermedad. Afirman que la

estabilidad y el apoyo de la pareja son un preventivo del burnout. Según Seltzer y Numerof (1988), las personas divorciadas, viudas o solteras son más susceptibles al síndrome de burnout que las casadas.

Del mismo modo, tener hijos aumenta la resistencia de una persona al síndrome porque los padres suelen ser individuos más estables y maduros, y tener hijos aumenta la capacidad de una persona para afrontar conflictos emocionales y problemas personales, así como su capacidad para ser más realista con el apoyo de la familia (Quiroz y Saco, 2003). El estudio no encontró diferencias estadísticamente significativas entre el número de hijos y la sensibilidad al burnout, lo que sugiere que el número de hijos no tiene una influencia importante en el riesgo de burnout.

A nivel muestral del estudio, se encontró que las madres sustitutas con mayor experiencia están menos afectadas por el Cansancio emocional y la Despersonalización. Estos datos corroboran, en parte, la propuesta de Oliver (1993), que advierte que a lo largo de los años en los profesionales se va dando una progresiva adaptación a la problemática laboral, disminuyendo la vulnerabilidad al estrés laboral. Se ha encontrado relación entre la variable escolaridad con otros índices del burnout (Moreno et al., 2006), sin embargo, la escolaridad mínima era de licenciatura a comparación de la presente investigación en donde el nivel máximo era básica secundaria.

Desde el punto de vista del género, las mujeres son el grupo más vulnerable, posiblemente en este caso como madre de un cuidador informal o sustituto del hogar, debido a diversos factores, entre ellos la doble carga de trabajo que suponen las obligaciones laborales y

familiares, así como la decisión de seguir determinadas especializaciones profesionales que afianzan aún más a las mujeres en sus funciones (Barría, 2002). Las mujeres obtuvieron peores resultados en la categoría de autorrealización, pero esto no parecía ser un factor de riesgo para el burnout. En contraste con el hallazgo de Aranda (2006) de que el género es un factor de riesgo, estos resultados están en línea con los estudios de Aranda et al., (2004) y Briones (2007). En cuanto a la variable edad, nuestros resultados se alinean con los hallazgos de Aranda et al., (2006) y Pando et al., (2006).

Hay que dejar claro que, aunque se presente un bajo índice de burnout hay que tomar los resultados con ciertas reservas, ya que sólo con este instrumento no puede ser determinante (Aranda et al., 2006).

Podemos demostrar que, entre los cuidadores de niños y adolescentes dependientes, la percepción de coherencia puede tener un papel protector significativo contra la sobrecarga subjetiva, la ansiedad y el agotamiento. Los hallazgos del estudio sugieren que el sentimiento de coherencia puede ser un indicador útil de los efectos emocionales perjudiciales del cuidado familiar de niños dependientes. Estos hallazgos también señalan la importancia de llevar a cabo más estudios en relación a las terapias que tratan de fomentar la coherencia. El Grupo Langeland (2013) deberían llevar a cabo investigaciones a largo plazo que relacionen el SOC con los efectos perjudiciales del cuidado familiar y examinar el papel moderador o interactivo que desempeña el género en esta conexión. Nuestros resultados sugieren que un sentimiento de coherencia puede mitigar significativamente los efectos emocionales perjudiciales de cuidar a

personas dependientes. Los resultados coinciden con los descubrimientos anteriores de otras investigaciones. realizados en una población más amplia (Eriksson y Lindstrom, 2005). También con aquellos realizados con personas que prestan cuidados (Hsiao et al., 2015); Lo Sterzo y Orgeta. 2015).

Como ya hemos visto, la hipótesis salutogénica que estableció Antonovsky (1987) considera el SOC como una capacidad para reducir el estrés. Nuestros hallazgos apoyan la teoría de que el SOC afecta a cómo se valoran los estresores y los recursos, ya que un mayor SOC en nuestro estudio está relacionado con menos efectos emocionales negativos asociados al estrés. Por lo tanto, los factores estresantes pueden percibirse como no perjudiciales en presencia del SOC en la medida en que se entienden como predecibles y explicables. Además, aceptar el problema, actuar para abordarlo y reforzar la identificación de esos recursos puede contribuir a mejorar la gestión de los recursos propios y ajenos.

Según las investigaciones de Andruszkiewicz et al., (2017); Moreno, Carlos A. Salazar, et al., (2021); Potier et al., (2018), el SOC demostró puntuaciones altas. Esto puede explicarse por la teoría salutogénica, según la cual hay personas que, a pesar de experimentar momentos de extrema dificultad y estrés, tienden a ver estas circunstancias de forma más positiva cuando el SOC es alto. Como resultado, pueden adaptarse a las circunstancias difíciles con mayor facilidad y consiguen mantener o alcanzar el bienestar (Possebon et al. 2017; Slootjes et al., 2017).

Del mismo modo al analizar la relación entre los niveles del SOC y su relación con variables sociodemográficas se pudo apreciar que en las madres de hogares sustitutos el SOC aumenta en la tercera y cuarta edad; presentándose la mayor puntuación entre los 46 – 55 años de edad por otra parte, también se precian cambios temporales o fluctuaciones, los cambios que se dan pueden estar influidos por factores personales, ambientales, económicos, estado de salud etc., en cuanto al estado civil y nivel de escolaridad las casadas con dos hijos y un nivel medio de escolaridad presentan un mejor SOC. El estrato socioeconómico colombiano bajo (1 y 2), medio (3) y (4) alto para la investigación el nivel medio bajo presenta mejor sentido de coherencia. A pesar de presentar un buen SOC, el estrato no es un factor determinante de las puntuaciones psicométricas. El SOC y la espiritualidad no tienen aportes con suficiente carga factorial.

Las investigaciones demuestran que las actividades y creencias religiosas y espirituales no se ven afectadas en absoluto por factores sociodemográficos como la experiencia laboral, el nivel educativo y el estado civil. Por otro lado, la edad tiene una correlación positiva tanto con el respaldo de la comunidad religioso como con el afrontamiento religioso. Esto significa que cuanto mayor es un paciente, o los adultos que se acercan a la senectud en este caso, más probable es que hable de su situación actual, busque el apoyo de otras personas de su propia comunidad religioso - espiritual o participe en las actividades y rituales de su propio grupo de orientación. Los estudios revelan una asociación entre el aumento de los niveles apoyo social basado en la

religión y estrategias de afrontamiento basadas en la religión y la vejez. (Aukst-Margetić et al., 2005)

El estudio también revela una correlación negativa entre el nivel educativo y las creencias y prácticas religioso-espirituales la exploración de respaldo social basado en la religión y las tácticas religiosas para enfrentar los desafíos. Entre ellas se incluyen rituales y actividades como la oración, la meditación, el uso de objetos espirituales, el debate sobre la actualidad y la ayuda mutua. Según las investigaciones, tener creencias espirituales puede mejorar la salud y dar mayor significado a las tareas cotidianas (Wilding, 2007).

Junto con las medidas de salud física y mental, uno de los marcadores de la calidad de vida "realizada" que demuestra el grado de bienestar de las personas es la satisfacción vital.

En el estudio, el 25,6% de los participantes indicaron que estaban satisfechos con sus vidas, lo que coincide con los hallazgos de Quinceno y Vinaccia (2014), que encontraron niveles moderados de satisfacción vital, pero no con los de Grimaldo (2012), que identificaron una satisfacción vital óptima. El hecho de que el instrumento de evaluación utilizado en el primer estudio fuera diferente al utilizado por el autor y que el estudio de Grimaldo se realizara con participantes que tenían entre 14 y 17 años puede explicar los paralelismos o diferencias que se han identificado. Del mismo modo, su situación socioeconómica, el lugar donde residen y la forma en que se divierten son factores que influyen en su baja calidad de vida. (estratos 1 y 2), es decir, consideran que no tienen los

recursos económicos necesarios, sus familias son extensas que impide el desarrollo, cohesión y funcionalidad familiar.

Las personas en buena forma física suelen tener mayores niveles de satisfacción vital. La resiliencia psicológica y la excelente salud mental son rasgos que también tienen en común las personas satisfechas. Es interesante señalar que, al menos según los estándares utilizados en los modernos tests de inteligencia, el placer vital no influye en el cociente intelectual. Las habilidades sociales, por otro lado, pueden discriminar entre satisfechos e infelices. Una buena empatía y asertividad social suelen ir asociadas a un alto grado de satisfacción. Los estudios realizados en los países occidentales indican que tener hijos no mejora la calidad de vida de una persona casada. Sin embargo, entre los ricos, la calidad de las relaciones con sus hijos es un indicador importante del placer de vivir. La capacidad de afrontar los retos de la propia vida es objeto de las asociaciones más significativas.

Según las conclusiones del presente estudio, los niveles de satisfacción vital no estaban relacionados con la religión practicada; en cambio, niveles más altos de práctica religiosa organizativa, mejor salud física y mental, y mejor funcionamiento emocional estaban asociados a niveles más altos de satisfacción vital. En conclusión, aunque parece estar asociado a la realización de actividades recomendadas por la propia organización religiosa, el grado de satisfacción vital no parece estar ligado a la práctica de la religión declarada. Las personas con un empleo remunerado tienden a tener

una mayor satisfacción vital. Las amas de casa, sin embargo, están igualmente satisfechas.

En consonancia con Moyano y Ramos, 2007, las mujeres declararon altos niveles de felicidad vital, y no hubo diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción vital en función del sexo. Además, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción vital en función del género, de acuerdo con (Cardona y Agudelo, 2007) y (Javaloy, 2007).

La estrategia de muestreo no probabilística y el tamaño limitado de la muestra son los defectos del estudio; sin embargo, estas y otras restricciones incitan al investigador a realizar nuevas investigaciones en las que estas limitaciones puedan controlarse más fácilmente. y generar más aportes empíricos en favor de la línea de investigación ansiedad, burnout, satisfacción con la vida y sentido de coherencia en ICBF, Colombia.

Capítulo VIII

Conclusiones

A partir de los objetivos previamente establecidos y tras revisar los resultados de la investigación, podemos hacer las siguientes inferencias:

El perfil de la madre sustituta o cuidadora revela que es una señora de mediana edad con estudios básicos, que no tiene trabajo fuera de casa, tiene uno o dos hijos, vive con el niño o el adolescente y cuenta con apoyo para cuidarlos.

Los estudios sobre madres sustitutas del ICBF con edades que abarcan desde los 25 y los 75 años revelan una prevalencia de ansiedad baja y normal, así como, en menor medida, signos del síndrome de burnout. Las madres de hogares sustitutos que participaron en el estudio demostraron una reacción adaptativa ante situaciones que consideraban potencialmente arriesgadas, según los resultados de investigación.

Del constructo Ansiedad la dimensión afectiva es más relevante que la dimensión psicosomática.

Lo anterior implica que las madres de hogares sustitutos del ICBF no sufren afectaciones emocionales claves para el ejercicio de su atención.

La satisfacción vital es el componente psicométricamente determinante que disminuye la ansiedad. La espiritualidad y el sentido de coherencia no presentan cargas factoriales significativas sobre la ansiedad.

De las tres dimensiones componentes del Burnout son relevantes el cansancio emocional y la despersonalización. Ninguna escala psicométrica tiene suficiente carga factorial para influenciar el Burnout.

Aunque está vinculado a la observancia de los rituales recomendados por la propia institución religiosa, el grado de satisfacción vital no está relacionado con la religión practicada.

Considerando que las madres de hogares sustitutas o de acogida del ICBF que expresan altos grados de coherencia vital y satisfacción con la vida, también manifiestan bajos niveles de ansiedad y agotamiento, sería práctico idear y poner en práctica técnicas que potenciaran la sensación de coherencia, reduciendo así los niveles de ansiedad y agotamiento.

Además, la cantidad de tiempo que llevan trabajando en el servicio o su edad no parecen tener ningún efecto sobre si experimentan o no ansiedad o agotamiento en este grupo. Según los resultados de la investigación, existía una correlación negativa entre la edad de los participantes y sus puntuaciones en cada una de las tres subescalas, así como sus puntuaciones globales en el inventario.

El servicio del programa debe caracterizarse por una visión humanista que permita a los usuarios percibir la calidad del servicio,

es decir, el servicio debe ofrecer una atención esmerada a la población en situación de vulnerabilidad.

El conocimiento de los fenómenos demográficos, tanto en su intensidad como en su alcance, debe permitir organizar los recursos de forma razonable y planificada para anticiparse a las demandas que se derivan del estudio de la realidad. Y es que el conocimiento de los fenómenos demográficos permite la organización de los recursos. Para cumplir este objetivo social, la planificación estratégica exige una distribución equitativa de las tareas domésticas entre los integrantes de la familia, así como la complementariedad de los cuidados informales y formales. Esto es esencial para evitar el conflicto existente entre las preocupaciones privadas y públicas de las mujeres.

Se cumplieron los objetivos e hipótesis planteados en la investigación.

Capítulo IX

Referencias

- Aguirre-Dávila, E. (2015). Prácticas de crianza, temperamento y comportamiento prosocial de estudiantes de educación básica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (1), pp. 223-243.
- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 40(1), 99-106.
<https://www.redalyc.org/pdf/284/28440110.pdf>
- Almanza, J., Monroy, M., Bimbela, A., Payne, D. K., & Holland, J. C. (2000). Spanish version of the systems of belief inventory (SBI-15-R): Cross cultural research on spiritual and religious beliefs. In *Psychosomatics* (Vol. 41, No. 2, pp. 158-158). 1400 K ST, NW, STE 1101, Washington, DC 20005 USA: Amer Psychiatric Press, INC.
- Álvarez, E., y Fernández, L. (1991). El Síndrome de " Burnout" o el desgaste profesional. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 11(39), 257-265.
<http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15231/15092>

- Amar, J. J. A., García, D. T., y Aarón, A. B. (2007). Impacto de los programas de hogares de bienestar en la superación de la pobreza y el desarrollo de los niños en Colombia. *Investigación & Desarrollo*, 15(1), 124-149.
<https://www.redalyc.org/pdf/268/26815105.pdf>
- Andruszkiewicz, A., Basińska, M. A., Felsmann, M., Banaszekiewicz, M., Marzec, A., & Kędziora-Kornatowska, K. (2017). The determinants of coping with pain in chronically ill geriatric patients—the role of a sense of coherence. *Clinical Interventions in Aging*, 315-323.
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/CIA.S118136>
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. Elsevier.
- Ansorena, A., Reinoso, J. C., y Cagigal, I. R. (1983). El constructo ansiedad en Psicología: una revisión. *Estudios de psicología*, 4(16), 30-45.
- Antonovsky, A. (1974). Conceptual and metodological problems in the study of resistance resources and stressfull life events. In B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (Eds.), *Stressfull life events: their nature and effects* (pp.245-255). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Antonovsky, A. (1979). Sense of coherence scale. *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, 175.

https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=jI6890-fNBUC&oi=fnd&pg=PA127&dq=Unraveling+the+mystery+of+health:+How+people+manage+stress+and+stay+well.+San+Francisco+Josey-Bass&ots=oOXgds0kv&sig=Qy1BiKV5155mbTuE5NpkbT5mYbs&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

- Antonovsky, A. (1993). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science & Medicine*, 37(8), 969–974. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90427-6](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90427-6)
- Antonovsky, A., & Sagy, S. (2001). The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *The Journal of Social Psychology*, 126 (2), 213-225.
- Antunes, M. D. D. P. (2011). *Factores de risco e de protecção associados à resiliência: estudo comparativo entre adolescentes que vivem com a família e adolescentes acolhidos em lar de infância e juventude* (Doctoral dissertation, Universidade Tecnica de Lisboa (Portugal)).
https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3670/1/Tese_MEE_Marta_Antunes.pdf;estudo
- Aranda, C. (2006). Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Revista costarricense de salud pública*, 15(29), 1-7.
<https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v15n29/3316.pdf>
- Aranda, C., Pando, M., Aldrete, M. G., Guadalupe Salazar, J., y Torres, T. (2004). Síndrome de burnout y apoyo social en los

- médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Guadalajara. México. *Rev. psiquiatr. Fac. Med. Barc*, 196-
- 205.<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-36471>
- Ariès, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen* (pp. 9-77). Madrid: Taurus.
- https://cmapspublic2.ihmc.us/rid=1T8T4PR1F-4GNBGH-3VP6/El_nino_y_la_vida_-familiar.pdf
- Armstrong, P., & Armstrong, H. (2001). *Thinking it through: Women, work and caring in the new millennium*. Halifax: Healthy Balance Research Program.
- Artaso, B., Goñi, A., y Gómez, A. R. (2001). Factores influyentes en la sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia. *Rev Psicogeriatría*, 1(1), 18-22.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12, 314-319.
- <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7597/7461>
- Aukst-Margetić, B., Jakovljević, M., Margetić, B., Bišćan, M., & Šamija, M. (2005). Religiosity, depression and pain in patients with breast cancer. *General hospital psychiatry*, 27(4), 250-255.
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834305000605>
- Ávila, A. (2003). La psicología de la religión. *Estella: Verbo Divino*.
- <https://verbodivino.es/hojear/738/para-conocer-la-psicologia-de-la-religion.pdf>

- Baines, E. (1984). Caregiver stress in the older adult. *Journal of Community Health Nursing*, 1(4), 257-263.
- Baltes, M. M. y Wahl, H. (1990). Dependencia en los ancianos. En L.L. Carstensen y B.A. Edelstein (Eds.), *Gerontología clínica. Intervención psicológica y social*. Barcelona: Martínez-Roca
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
<https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-47.
<https://doi.org/10.1037//0003-066x.37.2.122>
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad* (Vol. 74). Anaya-Spain.
- Baratta, A. (2008). *Democracia y derechos del niño*. Unicef. Bogotá.
- Barbosa de Oliveira, W. (2007). *La actividad física como soporte biopsicosocial en un grupo de mujeres cuidadoras informales de ancianos dependientes* (tesis doctoral). Granada.
<https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/1505/16680686.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Barlow, D. H., Durand, V. M., y Núñez Herrejón, J. L. (2001). *Psicología anormal: un enfoque integral*.
- Barría J. (2002). Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile. *Revista electrónica*; 6(4).
https://www.researchgate.net/profile/Javier-Barria-3/publication/35482345_Sindrome_de_Burnout_en_asistentes_s

ociales_del_Servicio_Nacional_de_Menores_de_la_Region_Metropolitana/links/546f5a540cf24af340c08724/Sindrome-de-Burnout-en-asistentes-sociales-del-Servicio-Nacional-de-Menores-de-la-Region-Metropolitana.pdf

- Bartolomucci, A., & Leopardi, R. (2009). Stress and depression: preclinical research and clinical implications. *PloS one*, 4(1), e4265.
- Batista, J. M., y Coenders, G. (2000). Modelos de ecuaciones estructurales: modelos para el análisis de relaciones causales. *Modelos de ecuaciones estructurales: modelos para el análisis de relaciones causales*, 0-0.
- Bazo, M. T. (1998). Vejez dependiente, políticas y calidad de vida [Políticas sociosanitarias, Cuidados informales de salud, Sistema mixto de cuidados]. *Papers: revista de sociologia*, 143-161.
- Beck, A. T. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclee de brouwer.
- Biegel, D. E., Sales, E., & Schulz, R. (1991). *Family caregiving in chronic illness: Alzheimer's disease, cancer, heart disease, mental illness, and stroke*. Sage Publications, Inc.
<https://psycnet.apa.org/record/1991-97199-000>
- Bilkei-Gorzo, A., Rácz, I., Michel, K., Darvas, M., Maldonado, R., & Zimmer, A. (2008). A common genetic predisposition to stress sensitivity and stress-induced nicotine craving. *Biological psychiatry*, 63(2), 164-171.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0006322307001448>

- Biró, E., Baiajti, I., Adány, R., & Kósa, K. (2009). Determinants of mental wellbeing in medical students. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 28, 24-30.
- Birren, J. E., & Schroots, J. J. F. (1996). *History, concepts, and theory in the psychology of aging*. In J. E. Birren, K. W. Schaie, R. P. Abeles, M. Gatz & T. A. Salthouse (Eds.), *The handbooks of aging. Handbook of the psychology of aging* (pp. 3–23). Academic Press
- Bisquerra, R. (1989). *Métodos de investigación educativa: guía práctica*. Barcelona: Ceac.
- Biurrun, A., Artaso, B., y Goñi, A. (2003). Apoyo social en cuidadores familiares de enfermos con demencia. *Geriatrka*, 19(5), 181-187.
- Blanchard-Fields, F., & Coats, A. H. (2008). The experience of anger and sadness in everyday problems impacts age differences in emotion regulation. *Developmental psychology*, 44(6), 1547. <https://psycnet.apa.org/record/2008-16008-003>
- Blazer, D. (2012). Religion/spirituality and depression: What can we learn from empirical studies?. *American Journal of Psychiatry*, 169(1), 10-12.
- Bohórquez, M. R., Lorenzo, M., y García, A. J. (2014). Actividad física como promotor del autoconcepto y la independencia personal en personas mayores. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 9(2), 481-491. <https://www.redalyc.org/pdf/3111/311131093009.pdf>

- Bradley, H. B. (1969). Community-based treatment for young adult offenders. *Crime & Delinquency*, 15(3), 359-370.
- Briones, M. (2007). Presencia de síndrome de burnout en poblaciones policiales vulnerables de carabineros de Chile. *Ciencia y trabajo*, 9 (24), 43-50.
- Brown, A.S. (1996). The social processes of aging and old age. New Jersey: Prentice Hall.
- Buendía, J., Ramos, F. (2001): Empleo, Estrés y Salud. Madrid: Pirámide.
- Bunn, F., Sworn, K., Brayne, C., Iliffe, S., Robinson, L., & Goodman, C. (2013). Contextualizing the findings of a systematic review on patient and carer experiences of dementia diagnosis and treatment: a qualitative study. *Health Expectations*, 18 (5), 740-753.
- Burke, R. J., & Richardson, A. M. (2000). Psychological burnout in organizations. *Handbook of organizational behavior*, 2, 327-368.
- Butterworth, P., Pymont, C., Rodgers, B., Windsor, T. D., & Anstey, K. J. (2010). Factors that explain the poorer mental health of caregivers: results from a community survey of older Australians. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44 (7), 616-624.
- Buunk, B., y Schaufeli, W. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En Schaufeli, W., Maslach, C. y Marek, T. (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research (pp. 53-69). London: Taylor & Francis.

- Byrne, D. (1964). Repression-sensitization as a dimension of personality. *Progress in experimental personality research*, 72, 169-220.
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la terapia cognitiva*. Buenos Aires. <http://fundacionforo.com.ar/pdfs/archivo23.pdf>.
- Cannon, W. B. (1931). Again the James-Lange and the thalamic theories of emotion. *Psychological Review*, 38(4), 281–295. <https://doi.org/10.1037/h0072957>
- Cano, A., y Miguel, J.J. (1990a). *Evaluación mediante autoinforme de la reactividad cognitivo-fisiológica-motora ante diferentes situaciones: Diferencias individuales y situacionales*. Libro de Comunicaciones del II Congreso del C.O.P. Area 7. Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 94-101.
- Cano-Vindel, A. (1989). *Cognición, emoción y personalidad: un estudio centrado en la ansiedad*. Madrid: Universidad Complutense.
- Cano-Vindel, A. (1995). *Orientaciones en el estudio de la emoción*. En E. G. Fernández-Abascal (Ed.). *Manual de Motivación y Emoción* (pp. 337–383). Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces.
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., & Miranda-Castillo, C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. *Health and quality of life outcomes*, 7, 1-5.
- Cardona, D., y Agudelo, H. B. (2007). Satisfacción Personal como Componente de la Calidad de Vida de los Adultos de

- Medellín. *Revista de salud pública*, 9(4), 541-549.
<https://www.scielo.org/pdf/rsap/v9n4/v9n4a06.pdf>
- Carmel, S., & Bernstein, J. (1989). Trait-anxiety and sense of coherence: A longitudinal study. *Psychological reports*, 65(1), 221-222.
- Carrión, D., César, P., Calle, S., y Silvana, L. (2017). “*Ansiedad y consumo de tabaco en los estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica, de la universidad nacional de Chimborazo, periodo abril-septiembre 2016*” (Bachelor's thesis, Universidad Nacional de Chimborazo, 2017).
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/3415/1/UNACH-EC-FCS-PSC-CLIN-2017-0007.pdf>
- Carvajal, C, V., Castaño, R, B., Noguera, L, G., & Klimenko, O. (2011). Promotion of the resilient attitude in older persons in situations of family abandonment: *Revista Psicoespacios*, 5, (6), 27-46.
<http://www.iue.edu.co/revistas/iue/index.php/Psicoespacios>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Castillo Riquelme, V., Cabezas Maureira, N., Vera Navarro, C., & Toledo Puente, C. (2021). Ansiedad al aprendizaje en línea: relación con actitud, género, entorno y salud mental en universitarios. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 15(1).

- Castro, B. (2008). Los inicios de la asistencia social en Colombia. *CS*, (1), 157-188.
- Cattell, R. B. (1983). *Intelligence and national achievement*. Institute for the study of man Incorporated.
- Cattell, R. B., & Scheier, I. H. (1958). The nature of anxiety: A review of thirteen multivariate analyses comprising 814 variables. *Psychological Reports*, 4(3), 351-388E.
- Cattell, R. B., & Scheier, I. H. (1961). The meaning and measurement of neuroticism and anxiety.
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (1998). Avances y resultados. <https://www.cis.es/cis/opencms/ES/index.html>
- Cerquera, M. A., Granados, J. F., Galvis, A., y Mayra, J. (2014). Relación entre estrato económico y sobrecarga en cuidadores de pacientes con Alzheimer. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 42, 127-137. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194230899009>
- Cerri, C. (2015). Dependencia y autonomía: una aproximación antropológica desde el cuidado de los mayores. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 15(2), 111-140. <https://atheneadigital.net/article/view/v15-n2-cerri/1502-pdf-es>
- Chapi, J. L. (2012). Una revisión psicológica a las teorías de la agresividad. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala*, 15(1). <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/3090>
- 5
- Cheng, S. T., Lau, R. W., Mak, E. P., Ng, N. S., Lam, L. C., Fung, H. H., Lai, J. C., Kwok, T., & Lee, D. T. (2012). A benefit-finding

- intervention for family caregivers of persons with Alzheimer disease: study protocol of a randomized controlled trial. *Trials*, 13 (98).
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3413525/>
- Cherniss, C. (1980). *“Professional Burnout in Human Service Organizations”*. New York: Praeger.
- Cherniss, C. (1993). *The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout*. En Schaufeli, W., Morey, T. y Maslach, C (eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 135-149). Washington DC:Hemisphere.
- Chertok, J. A. (1995). *La estrategia del amor*. Editado por: Fin de Siglo.
- Ciendua, M. (1997). *Incidencia del proyecto hogares comunitarios de bienestar en la vida cotidiana de las madres comunitarias*. (Maestria en desarrollo rural. Pontificia Universidad Javeriana). Bogotá.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012) *The Anxiety and Worry Workbook: The Cognitive Behavioral Solution* New York: The Guilford Press
- Clark, D.A., & Beck, A.T. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York:John Wiley & Sons.
- Cole, D.A., Peeke, L., Dolezal, S., Murray, N., & Canzoniero, A. (1999). A longitudinal study of negative affect and self-perceived competence in young adolescents. *Journal of*

- Personality and Social Psychology*, 77(4), 851–862.
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.77.4.851>
- Coleman (1996) Igualdad de Oportunidades en Educación
<https://oysiao.jlmirall.es/?p=3014>
- Colombia, Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitución Política de Colombia*, Santa Fe de Bogotá: Legis.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos, (2013). Derechos Humanos Documento de posición conjunta. Ginebra, 2004. Conferencia en IV Encuentro de Rehabilitación Basada en Comunidad Constitución Política de Colombia 1991.
- Consejo Europeo. (1998). Consejo Europeo de Viena.
https://www.europarl.europa.eu/summits/wiel_es.htm
- Contador, I., Fernández, B., Hernández, M., Menezes de Lucena, V., y Ramos, F. (2006). Resiliencia y el modelo burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18(4), 791-796.
- Coolidge, F. L., Segal, D. L., Hook, J. N., & Stewart, S. (2000). Personality disorders and coping among anxious older adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 157–172.
[https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(99\)00046-8](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(99)00046-8)
- Cooper, C., Balamurali, T.B., & Livingston, G. (2007). A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 19, 175-195.

- Cordeiro, J. (2001). Prevalencia del síndrome de Burnout en el profesorado de primaria de la zona de la Bahía de Cádiz. (Tesis Doctoral. Universidad de Cádiz).
- Cox, T., Kuk, G., y Leiter, M. (1993). *Burnout, health, work stress, and organizational healthiness*. En Schaufeli, W., Maslach, C. y Marek, T. (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 177-193). London: Taylor & Francis.
- Crespo y López, (2008) El estrés en cuidadores de mayores dependientes <https://www.psicoterapialasal.com/blog/el-estres-en-cuidadores-de-mayores-dependientes-crespo-lopez-2008/>
- Crespo, M., López, J., Gómez, M. M., y Cuenca, T. (2003). ¿El cuidador descuidado? *Jano*, 65, 516-517
- Crespo, M., y López, J. (2003). *Estrés*. Madrid: Síntesis.
- Crespo-López, M., y López-Martínez, J. (2005). Estrés y estado emocional en cuidadores de familiares mayores con y sin demencia. *Revista española de Geriatria y Gerontología*, 40, 55-61.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X05750745>
- Creswell, J. (2008, febrero). Mixed Methods Research: State of the Art. [Power Point Presentation]. University of Michigan. Recuperado de sitemaker.umich.edu/creswell.workshop/files/creswell_lecture_slides.ppt
- Darling, C. A., McWey, L. M., Howard, S. N., & Olmstead, S. B. (2007). College student stress: The influence of interpersonal

relationships on sense of coherence. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 23(4), 215–229. <https://doi.org/10.1002/smi.1139>

De la Huerta R. C., y Corona, J. (2003). *Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer*. (Tesis). México, DF: Facultad de Psicología, UNAM.

De la Ossa, S., Martínez, Y., Herazo, E., & Campos, A. (2009). Study of internal consistency and factor structure of three versions of the Zung's rating instrument for anxiety disorders. *Colombia Médica*, 40(1), 71-77.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342009000100006&lng=en&tlng=en

Deambrosio, M., Gutiérrez de Vázquez, M., Arán-Filippetti, V., y Román, F. (2018). Efectos del maltrato en la neurocognición: un estudio en niños maltratados institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(1), 239-253.
<https://doi.org/10.11600/1692715x.16114>

Decreto 1084 de 2015. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Inclusión Social y Reconciliación. D.O No. 49.523. 26 de mayo de 2015.
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_1084_2015.htm

Decreto 1137 de 1999. Por el cual se organiza el Sistema Administrativo de Bienestar Familiar, se reestructura el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y se dictan otras

disposiciones. D.O. No. 43.623, 29 de junio de 1999.

https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_1137_1999.htm

Decreto 1336 de 2018. Por medio del cual se adiciona el

Decreto 1084 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Inclusión Social y Reconciliación, y se reglamentan los esquemas de financiación y cofinanciación entre la Nación y las entidades territoriales para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia. D.O No. 50.667. 27 de julio de 2018.

https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_1336_2018.htm

Decreto 1356 de 2018. Por medio del cual se adiciona el Decreto 1084

de 2015, Único Reglamentario del Sector de Inclusión Social y Reconciliación, y se reglamenta el literal c del artículo 9 de la Ley 1804 de 2016, sobre el seguimiento y evaluación de la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre. Departamento Administrativo Para La Prosperidad Social.

https://www.icbf.gov.co/system/files/decreto_1356_de_2018_primera_infancia.pdf

Decreto 1416 de 2018. Por medio del cual se modifica el Decreto

4875 de 2011 y se dictan otras disposiciones. 3 de agosto de 2018.

https://www.icbf.gov.co/system/files/decreto_1416_de_2018_primera_infancia_0.pdf

Decreto 1471 de 1990. Por el cual se establece la estructura orgánica.

D.O. No. 39.457. 9 de julio de 1990.

https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_1471_1990.htm

Decreto 1710 de 2020. Por el cual se adopta el Mecanismo

Articulador para el Abordaje Integral de las Violencias por Razones de Sexo y Género, de las mujeres, niños, niñas y adolescentes, como estrategia de gestión en salud pública y se dictan disposiciones para su implementación. 19 de diciembre de 2020.

<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/573203/887555/DECRETO+1710+DEL+19+DE+DICIEMBRE+DE+2020.pdf/c559fea2-4674-4e64-937e-3484331840d1>

Decreto 2081 de 2019. Por medio del cual se modifica el

Decreto 4690 de 2007, modificado por los decretos 0552 de 2012, 1569 de 2016 y 1833 de 2017 por el cual se crea la Comisión Intersectorial para la prevención del reclutamiento, la utilización y la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes por grupos armados al margen de la ley y por grupos delictivos organizados. DO No. 51.141. 18 de noviembre 2019.

https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_2081_2019.htm

Decreto 2388 de 1979. Por el cual se reglamentan las Leyes 75 de 1968, 27 de 1974 y 7 de 1979. D.O. No. 35360. 29 de septiembre de 1979.

<https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/decreto2388de1979.pdf>

Decreto 2968 de 2010. Por el cual se crea la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos. D.O. No. 47.793. 6 de agosto de 2010.

https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_2968_2010.htm

Decreto 4875 de 2011(modificado por el Decreto 1416 de 2018).

https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=45144

Decreto 859 de 1995. Por el cual se crea el Comité Interinstitucional para la erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Menor Trabajador. D.O No. 41865, 26 de mayo de 1995.

https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_0859_1995.htm

Decreto 936 de 2013. Por el cual se reorganiza el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, se reglamenta el inciso primero del artículo 205 de la Ley 1098 de 2006 y se dictan otras disposiciones. D.O No. 48.786. 10 de mayo de 2013.

https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_0936_2013.htm

Decreto 987 de 2012. Por el cual se modifica la estructura del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar “Cecilia de la Fuente de Lleras” y se determinan las funciones de sus dependencias. D.O No. 48.430. 14 de mayo de 2012.

https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_0987_2012.htm

Decretos 4155 de 2011. Por el cual se transforma la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional (Acción Social) en Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, perteneciente al Sector Administrativo de Inclusión Social y Reconciliación, y se fija su objetivo y estructura. D.O No. 48.242. 3 de noviembre de 2011. https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_4155_2011.htm

Decretos 4156 de 2011. Por el cual se determina la adscripción del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y se dictan otras disposiciones. DO No. 48.242. 3 de noviembre de 2011. https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_4156_2011.htm

Dejo, M. (2007). Sentido de coherencia, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25, 64-71

Del Ser, T., y Peña-Casanova, J. (1994). Objetivos y métodos de la evaluación de la demencia. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona. Prous Editores.

Delgado, E. (2001). *Aprendizaje hoy teoría investigación experiencia*. Editorial: La Colmena

Delgado, E., Suarez, O., de Dios, R., Valdespino, I., Sousa, Y., y Braña, G. (2014). Características y factores relacionados con sobrecarga en una muestra de cuidadores principales de

- pacientes ancianos con demencia. *Semergen-Medicina de Familia*, 40 (2), 57-64.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. doi:10.1037/0033-2909.95.3.542.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist*, 55(1), 34.
<https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Diener, E., Inglehart, R., & Tay, L. (2012). Theory and validity of life satisfaction scales. *Social Indicators Research*.
doi:10.1007/s11205-012-0076.
- Diener, E., Wolsic, B., & Fujita, F. (1995). Physical attractiveness and subjective well-being. *Journal of personality and social psychology*, 69(1), 120. <https://psycnet.apa.org/record/1995-40426-001>
- Domínguez, C. Morano (2000). Autoestima: Peligro de sobredosis narcisista.
https://repositorio.uahurtado.cl/static/pages/docs/2000/n488_56.pdf
- Donohoe, E., Nawawi, A., Wilker, L., Schindler, T., & Jette, D. U. (1993). Factors associated with burnout of physical therapists in Massachusetts rehabilitation hospitals. *Physical Therapy*, 73(11), 750-756.

- Dunkin, J. J., & Anderson-Haley, C. (1998). Dementia caregiver burden. A review of literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*, 51(1), 30-53
- Durán, E., y Valoyes, E. (2009). Perfil de los niños, niñas y adolescentes sin cuidado parental en Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(2), 761-783.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2009000200008
- Durán, M.A. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. 2ª edición. Bilbao: Fundación BBV.
- Edelstein, B. (2000). Clinical Geropsychology. *Clinical Psychology Review*, 20, 681-683
- Ekesdent, M. (2005). Burnout and sleep. Estocolmo: department of public health sciences division of psychosocial factors and health, Karolinska Institutet.
- Enzmann, D., Schaufeli, W. B., Janssen, P., & Rozeman, A. (1998). Dimensionality and validity of the Burnout Measure. *Journal of occupational and organizational psychology*, 71(4), 331-351.
<https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.2044-8325.1998.tb00680.x>
- Erazo del Castillo, G. L. (2021). *Ansiedad durante el confinamiento por COVID-19 en adolescentes entre 13 y 17 años que acuden a un centro de apoyo psicológico* (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/25804/1/FCP-CPIPR-ERAZO%20GABRIELA.pdf>

- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. Nueva York, NY: Norton.
- Erikson, E. K. (1982). *The Life Cycle Completed* New York: Norton.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 460-466.
<https://jech.bmj.com/content/59/6/460.short>
- Espín, A. M. (2012) Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Rev Cubana Salud Pública*
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Espinosa, M., Clerencia, M., Serrano, M., Alastuey, C., Mesa, P., y Perlado F. (1996). Apoyo social, demencia y cuidador. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1996; 31:31-35.
- Espinosa-Medina, A. (2014). Sentido de coherencia y consecuencias del cuidado informal: una revisión sistemática. (Trabajo Fin de Grado. Universidad de Jaén).
<https://crea.ujaen.es/handle/10953.1/1317>
- Etxeberria, X. (2016). El reconocimiento ético de las víctimas de la violencia del mercado. *Pensamiento. Revista de Investigación e Información Filosófica*, 72(274), 1081-1101.
<https://revistas.comillas.edu/index.php/pensamiento/article/view/7700/7521>

- Eysenck, M. W., & Van Berkum, J. (1992). Trait anxiety, defensiveness, and the structure of worry. *Personality and Individual Differences*, 13(12), 1285-1290.
- Faisal-Cury, A., & Rossi, P. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of women's mental health*, 10, 25-32.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-006-0164-6>
- Farías, A. (2003). El difícil camino hacia la construcción del niño como sujeto de derechos. *Revista de derechos del niño*, 2, 187-224.
- Farran, C. J., Miller, B. H., Kaufman, J. E., Donner, E., & Fogg, L. (1999). Finding meaning through caregiving: development of an instrument for family caregivers of persons with Alzheimer's Disease. *Journal of Clinical Psychology*, 55(9), 1107-1125
- Farran, C. J., Paun, O., & Elliott, M. H. (2003). Spirituality in multicultural caregivers of persons with dementia. *Dementia*, 2(3), 353-377.
- Feldt, T., Kinnunen, U., & Maunao, S. (2000). A mediational model of sense of coherence in the work context: A one-year follow-up study. *Journal of Organizational Behavior*, 21(4), 461-476.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1379\(200006\)21:4<461::AID-JOB11>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1379(200006)21:4<461::AID-JOB11>3.0.CO;2-T)
- Feldt, T., Kokko, K., Kinnunen, U., & Pulkkinen, L. (2005). The role of family background, school success, and career orientation in the development of sense of coherence. *European Psychologist*, 10(4), 298-308.

- Fernández, H. (2008). Lecciones de psicología cognitiva. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana, pp. 215.
- Fernández-Capo, M., y Gual-García, P. (2005). Sentido del cuidado y sobrecarga. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40 (2), 24-29. [http://doi.10.1016/S021-139X\(05\)75070-8](http://doi.10.1016/S021-139X(05)75070-8)
- Fernández-Capo, M., y Gual-García, P. (2010). Relación entre el sentido y la satisfacción en el cuidado de un enfermo de Alzheimer. *Nous. Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, 14, 21-31.
- Fernández-Daza, M. P. (2018). El acogimiento familiar en Iberoamérica. *Saúde e Sociedade*, 27, 268-289. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170647>.
- Fernández-Daza, M. P., y Fernández-Parra, A. (2013). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 12(3), 797-810. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy12-3.pccp>
- Fernet, C., Austin, S., & Vallerand, R. J. (2012). The effects of work motivation on employee exhaustion and commitment: An extension of the JD-R model. *Work & Stress*, 26(3), 213-229.
- Fichas de Análisis de Jurisprudencia-Sentencias de Tutela. (2017). Sentencia: T-177-17. Resumen de selección de reglas. https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resumen%20reglas_v9.htm
- Fizzoti, E., y Salustri, M. (2007). Psicología de la religión. Con antología de textos fundamentales. Barcelona: Claret.

- Flannery, R. B., & Flannery, G. J. (1990). Sense of coherence, life stress and psychological distress: a prospective methodological inquiry. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 415-420
- Folbre, N. (2004). A theory of the misallocation of time. En Folbre, N. & Bittman, M. (Eds.), *Family time. The Social Organization of Care*. London y Nueva York: Routledge.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social science & medicine*, 45(8), 1207-1221.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953697000403>
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2003). Positive psychology from a coping perspective. *Psychological Inquiry*, 14(2), 121-125.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2006). Convención sobre los derechos del niño. 20 de noviembre de 1989.
<https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Frankl, V. E. (1999). *El hombre en busca de sentido último*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1894). *Obsesiones y fobias*. NoBooks Editorial.
- Freudenberg, N. (1983). General properties of endothelial cells. *Fluid dynamics as a localizing factor for atherosclerosis*, 145-158.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159- 165.
- Freudenberger, H. J. (1977). Burn-out: Occupational hazard of the child care worker. *Child care quarterly*.

- Frigerio, A. (2007). Repensando el monopolio religioso del catolicismo en la Argentina. *Ciencias sociales y religión en América Latina*, 87-118.
- Gabatz, R. I. B., Schwartz, E., Milbrath, V. M., Carvalho, H. C. W. D., Lange, C., & Soares, M. C. (2018). Formation and disruption of bonds between caregivers and institutionalized children. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 2650-2658.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0844>
- Gallagher, D., Rose, J., Rivera, P., Lovett, S., & Thompson, L. W. (1989). Prevalence of depression in family caregivers. *The Gerontologist*, 29 (4), 449-456
- Gallant, M., & Connell, C. (1998). The stress process among dementia spouse caregivers. *Res Aging* 1998; 20: 267-297
- García (2017), Ciencia, tecnología y género. <https://repositorio.conacyt.gov.py/xmlui/bitstream/handle/20.500.14066/4262/CTS-M.Gonzalez-modulo-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García Méndez, E. (1994). Derecho de la infancia-adolescencia en América Latina: de la situación irregular a la protección integral. Forum Pacis.
- García, et al., (2003). El SEUE: un instrumento para conocer la satisfacción de los estudiantes universitarios con su educación. *Acción pedagógica*, 12(2), 16-27.
- García, F. G., y Angulo, J. (2016). Análisis de rasgos de personalidad positiva y bienestar psicológico en personas mayores practicantes de ejercicio físico vs no practicantes. *Revista*

- Iberoamericana de Psicología del ejercicio y el deporte, 11(1), 113-122.
- García, J. (2004). Estudios descriptivos. *Nure Investigación*, nº7
- García, M. R., Gómez Nicolalde, R. V., Cosme Arias, F. D., Mena Pila, F. M., Yandún Yalamá, S. V., & Realpe Zambrano, Z. E. (2017). Estudio comparativo de las capacidades físicas del adulto mayor: rango etario vs actividad física. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(1), 1-11.
- García, M. R., y Robles, H. (2011). Personalidad resistente y sentido de coherencia como predictores de burnout en personal sanitario de cuidados intensivos. *Ansiedad y Estrés*, 17 (2-3), 99-112.
- García, R. (2014). Niveles de Ansiedad según la Escala de Zung en los pacientes que acuden a la consulta de emergencia del hospital Regional de Loreto Julio-septiembre 2013. (Tesis. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana). Iquitos, Perú.
https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/3709/Ricardo_Tesis_Titulo_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- García-Calvente, M. M., Del Rio Lozano, M., y Eguiguren, A. P. (2007). Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. *Inguruak*, 44, 291-308.
- García-Calvente, M. M., Mateo Rodríguez, I., y Maroto Navarro G. (2004). El impacto de cuidar en las mujeres y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 83-92.
- García-Calvente, M. M., Mateo, I., y Gutiérrez, P. (1999). Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada, España:

- Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer.
- García-Calvente, M. M., Mateo-Rodríguez, I., y Eguiguren, A. P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18 (2), 83-92
- García-Viniegras, C. R., y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista cubana de medicina general integral*, 16(6), 586-592.
- Garrido, V. (2000). El perfil psicológico aplicado a la captura de asesinos en serie. El caso de JF. *Anuario de psicología jurídica*, 10(1), 25-47
- Garrosa, E., Blanco-Donoso, L. M., Moreno-Jiménez, B., González, A., Fraca, M., y Meniz, M. J. (2014). Evaluación y predicción del work engagement en voluntarios: el papel del sentido de la coherencia y la reevaluación cognitiva. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(2), 530-540.
- Gaugler, J. E., Edwards, A. B., Femia, E. E., Zarit, S. H., Stephens, M. A. P., Townsend, A., & Greene, R. (2000). Predictors of institutionalization of cognitively impaired elders: family help and the timing of placement. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 55 (4), 247-255
- Gaugler, J. E., Zarit, S. H., & Pearlin, L. I. (1999). Caregiving and institutionization: perceptions of family conflict and socioemotional support. *The International Journal of Aging and Human Development*, 49(1), 1-25.

- Gil Monte, P. R., & Carretero, N. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 21(1-2), 107-123.
- Gil-Monte P. R. & Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 15(2), 261-268.
<https://revistas.um.es/analesps/article/view/30161/29361>
- Gil-Monte, P. R. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural. *Información psicológica*, (91-92), 4-11.
- Gil-Monte, P. R., & Zúñiga-Caballero, L. C. (2010). Validez factorial del "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo"(CESQT) en una muestra de médicos mexicanos. *Universitas Psychologica*, 9(1), 169-178.
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1997). A longitudinal study on burnout syndrome in nursing professionals. *Quaderni di Psicologia del Lavoro*, 5 (Feelings work in Europe), 407-414
- Glanz, K., Maskarinec, G., & Carlin, L. (2005). Ethnicity, sense of coherence, and tobacco use among adolescents. *Annals of behavioral medicine*, 29(3), 192-199.
https://link.springer.com/article/10.1207/s15324796abm2903_5
- Gold, Y. (1985). The relationship of 6 personal and life history variables to standing on 3 dimensions of the Maslach Burnout Inventory in a sample of elementary and junior high school

- teachers. *Educational and Psychological Measurement*, 45 (2) 377
- Golembiewski, R., Munzenrider, R., & Carter, M. (1988): Phases of progressive burnout and their work site covariants. Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19 (4) 461-481
- Gómez, V., Villegas, C., Barrera, F., y Cruz, J. (2007). Factores predictivos de bienestar subjetivo en una muestra colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 311-325.
<http://www.redalyc.org/pdf/805/80539208.pdf>
- González M.T., Landero R. (2006). Síntomas psicósomáticos y estrés en estudiantes de psicología. *Rev. Psicol. Soc.* 2006; 21(2):141-52
- González, C. (1993). La obesidad como factor de riesgo cardiovascular en México: estudio en población abierta. *Rev. invest. clín*, 13-21
- Grimaldo, M. (2012). Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud. *Psicología y Salud*, Vol. 22, Núm. 1: 75-8
- Grinberg, J. (2015). Entre la pediatría, el psicoanálisis y el derecho: apuntes sobre la recepción, reelaboración y difusión del «maltrato infantil» en Argentina. *Revista de Estudios Sociales*, (53), 77-89. <https://doi.org/10.7440/res53.2015.06>
- Grossberg, G.T. y Desai, A.K. (2003). Management of Alzheimer's Disease. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58^a (4), 331-353

- Guerrero, E. (1998). "Burnout" o desgaste psíquico y afrontamiento del estrés en el profesorado universitario. (Tesis doctoral. Universidad de Extremadura).
- Hakanen, J. J., Feldt, T., & Leskinen, E. (2007). Change and stability of sense of coherence in adulthood: longitudinal evidence from the healthy child study. *Journal of Research in Personality*, 41 (3), 602-617
- Haley, W.E., Levine, E.G., Brown, S.L., & Bartolucci, A.A. (1987). Stress, appraisal, coping and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychology and Aging*, 2 (4), 323-330
- Hanns, L. (2001). *Diccionario de términos alemanes de Freud*. Buenos Aires: Lumen
- Harrison, W. (1983). A social competence model of burnout. En Farber, B. (Ed.), *Stress and burnout in the human services professions* (pp. 29-39). New York: Pergamon Press.
- Hart, S. N., & Brassard, M. R. (1991). Psychological maltreatment: Progress achieved. *Development and Psychopathology*, 3(1), 61-70.
- Harwood, D. G., Barker, W. W., Ownby, R.L., Bravo, M., Agüero, H., & Duara, R. (2000). Predictors of positive and negative appraisal among Cuban American caregivers of Alzheimer's disease patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15 (6), 481-487
- Hawranik, P. G., & Strain, L. A. (2000). Health of Informal Caregivers: Effects of gender, employment, and use of home

- care services. Winnipeg: University of Manitoba Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, R., & Baptista-Lucio, P. (2017). Selección de la muestra.
- Hebert, R. S., Weinstein, E., Martire, L. M., & Schulz, R. (2006). Religion, spirituality and the well-being of informal caregivers: a review, critique, and research prospectus. *Aging & Mental Health*, 10, 497-520.
- Hernández Rodríguez, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594.
- Hernández-Sampieri, R. (1996). *Metodología de investigación*. México McGraw- Hill
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista-Lucio, P. (2006). Análisis de los datos cuantitativos. *Metodología de la investigación*, 407-499.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista-Lucio, P. (2010). *Metodología de la. Ciudad de México: Mc Graw Hill*, 12, 20.
- Herrán, A., Hoyuela, F., Parrilla, M., y Vázquez Barquero, J. (2007). Trastornos de ansiedad. *Psiquiatría en Atención Primaria*. 2a ed. Madrid: Aula Médica, 269-98.
- Hobfoll, S., & Freedy, J. (1993). Conservation of re-sources: A general stress theory applied to burnout. En Schaufeli, W., Maslach, C. y Marek, T (Eds.) *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-129). London: Taylor & Francis.

- Hodge, D. R., & Sun, F. (2012). Positive feelings of caregiving among Latino Alzheimer's family caregivers: Understanding the role of spirituality. *Aging & Mental Health*, 16, 689-698.
- Hoffman, E., McCabe, K., & Smith, V. L. (1996). Social distance and other-regarding behavior in dictator games. *The American economic review*, 86(3), 653-660.
- Holland, J. C., Kash, K. M., Passik, S., Gronert, M. K., Sison, A., Lederberg, M., ... & Fox, B. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 7(6), 460-469.
- Holmes, T. H. y Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213 – 218.
- Horgas A. L., Wahl, H. W., & Baltes, M. M. (1996). Dependency in Late Life. En L.L. Carstensen, B.A. Edelstein y L. Dornbrand (Eds.), *The practical handbook of clinical gerontology*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1996
- Hsiao, C. Y., Lu, H. L., & Tsai, Y. F. (2015). Factors influencing mental health nurses' attitudes towards people with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 272-280.
- Hunter, D., y Macpherson, I. (1993). Influencia de los cuidadores informales sobre la provisión de servicios y las decisiones de asignación. En A. Jamieson & Illsley, R. (Eds.), *Comparación de políticas europeas de atención a las personas ancianas*. Barcelona: SG Editores/ Fundación de Caja de Madrid.

- Ibáñez, N., Vilaregut, A., y Abio, A. A. (2004). Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería clínica*, 14(3), 142-151.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862104738735>
- Igna, C.V., Julkunen, J., & Ahlström, R. (2008). Sense of coherence relates with smoking. *Journal of Health Psychology*, 13 (8), 996-1001
- Imsero. (2005). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Imsero.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2007). Documento Conpes DNP – 109. Bogotá D.C.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2010)). Informe de gestión.
https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/informedegestion2010junio13de2011_2010_0.pdf
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO. (2004). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco de la Dependencia. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Izal, M., y Montorio, I. (1994). Evaluación de medio y del cuidador del demente. En T. del Ser y J. Peña (Eds.), *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia* (pp.202-222). Barcelona: Prous.

- Jacobzone, S., & Jenson, J. (2000). Care Allowances for the Frail Elderly and Their Impact on Women Care-Givers. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, 41: OECD.
- Javaloy, F. (2007). *Bienestar y felicidad de la juventud española*. Madrid: Injuve.
- Jellesma, F. C., Rieffe, C., Terwogt, M. M., & Kneepkens, C. F. (2006). Somatic complaints and health care use in children: Mood, emotion awareness and sense of coherence. *Social Science & Medicine*, 63(10), 2640-2648.
- Jiménez, D. (2009). Responsabilidad penal juvenil en Colombia: de la ideología tutelar a la protección integral. *Diálogos de Derecho y Política*, (1), 7-17.
- Jorge, E., y González, C. (2017). Estilos de crianza parental: una revisión teórica. *Informes Psicológicos*, 17(2), 39-66.
<https://doi.org/10.18566/infpsic.v17n2a02>
- Joseph, A. E. & Hallman, B. C. (1998). Over the hill and far away: distance as a barrier to the provision of assistance to elderly relatives. *Social Science & Medicine*, 46(6), 631-639
- Junshehg, L., Ying, Z., Leiping, B., & Biao, S. (2006). The relationship between sense of coherence and coping style among adolescent. *Psychological Science*, 29 (5), 1007-1010
- Keith, J. (1992). Care-taking in cultural context: anthropological queries. En H. Kendig, A Hashimoto, y L.C. Coppard, Family support for the elderly. *The international experience*. Oxford University Press.

- Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J., Nurmi, J.E., Feldt, T., Keltikangas-Järvinen, L., & Pentti, J. (2002). Sense of coherence as a mediator between hostility and health. Seven-year prospective study on female employees. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 239-247
- Koenig, H. G. (1990). Research on religion and mental health in later life: A review and commentary. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 23-53.
- Koenig, H. G. (2015). Religion, spirituality, and health: a review and update. *Advances in mind-body medicine*, 29(3), 19-26.
- Kohlmann, C. W. (1993). Development of the repression-sensitization construct: With special reference to the discrepancy between subjective and physiological stress reactions. In *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology* (pp. 184-204). Springer, New York, NY.
- Kramer, B. J. (1993). Expanding the conceptualization of caregiver coping: The importance of relationship-focused coping strategies. *Family relations*, 383-391.
- Kramer, B. J. (1997). Differential predictors of strain and gain among husbands caring for wives with dementia. *The Gerontologist*, 37(2), 239-24
- Kramer, B. J., & Thompson Jr, E. H. (Eds.). (2001). *Men as caregivers: Theory, research, and service implications* (Vol. 13). Springer Publishing Company.
- La Parra, D. (2001). Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gaceta*

Sanitaria, 15(6), 498-505.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911101716123>

Lambrenos, K., Weindling, A. M., Calam, R., & Cox, A. D. (1996). El effect of a child' disability on mother's mental health. *Archives of Disease in Childhood*, 74,115-120

Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. In Research in psychotherapy conference, 3rd, May-Jun, 1966, Chicago, IL, US. American Psychological Association.

Lang, P. J. (1979). A bio□informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16(6), 495-512.

Lange, C. G. ([1885] 1922). The emotions: A psychophysiological study. In C. G. Lange & W. James (Eds.), *The emotions* (pp. 33–90). Baltimore: Williams & Wilkins.

Langeland, E., Robinson, H. S., Moum, T., Larsen, M. H., Krogstad, A. L., & Wahl, A. K. (2013). Promoting sense of coherence: Salutogenesis among people with psoriasis undergoing patient education in climate therapy. *BMC psychology*, 1, 1-8.
<https://link.springer.com/article/10.1186/2050-7283-1-11>

Langius, A., Björvell, H., & Antonovsky, A. (1992). The sense of coherence concept and its relation to personality traits in Swedish samples. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 6, 165-171

Larrañaga, E., Yubero, S., y Cerrillo, P. (2008). Estudio sobre los hábitos lectores de los universitarios españoles. *Madrid:*

- Cepli/SM. https://www.researchgate.net/profile/Elisa-Larranaga/publication/286756246_Estudio_sobre_los_habitos_de_lectura_de_los_universitarios_espanoles/links/5848574308aeda696825e4ab/Estudio-sobre-los-habitos-de-lectura-de-los-universitarios-espanoles.pdf
- Lawton, M. P., Moos, M., Kleban, M. H., Glicksman, A., & Ro-Vine, M. (1991). A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, P181-P189.
- Lazarus, R. (2000). Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. Bilbao: Desclee Brouwer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress appraisal and coping. New York: Springer
- Lazarus., R., y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca
- Leblanc, A. J., Driscoll, A. K., & Pearlin, L. I. (2004). Religiosity and the expansion of caregiver stress. *Aging & Mental Health*, 8, 410–421.
- Leiter, M. (1992). Burnout as o developmental process: consideration of models W.B. En M. Shaufeli, C. Maslach, & T. Morek (Eds) *Profesional Burnout recent develapmental in theory and research*. New york: Taylor Francis.
- Levi, L., y Anderson, L. (1980). La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida. México: Manual modern.
- Levin, E. (2000). La función del hijo: espejos y laberintos de la infancia. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Ley 1098 de 2006. Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. D.O No. 46.446. 8 de noviembre de 2006.
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1098_2006.htm
- Ley 1098 de noviembre de 2006.
<https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/codigoinfancialey1098.pdf>
- Ley 1146 de 2007. Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente. D.O No. 46685. 10 de julio de 2007.
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=25669>
- Ley 1361 de 2009. Por medio de la cual se crea la Ley de Protección Integral a la Familia. D.O 47.552. 3 de diciembre de 2009.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=38145>
- Ley 1804 de 2016. Por la cual se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones. D.O No. 49.953. 2 de agosto de 2016.
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1804_2016.htm
- Ley 489 de 1998. Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio

de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. D.O. No. 43.464. 30 de diciembre de 1998.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=186>

Ley 60 de 1993. Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. D.O N. 40987. 12, agosto, 1993.
<https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1789477>

Ley 7 de 1979. Por la cual se dictan normas para la protección de la niñez, se establece el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, se reorganiza el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y se dictan otras. D.O No. 35.191. 1 de febrero de 1979.
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0007_1979.htm

Ley 75 de 1968. Por la cual se dictan normas sobre filiación y se crea el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. D.O. No. 32.682. 31 de diciembre de 1968.
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0075_1968.htm

Liberalesso, A. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y la vejez: hacia una psicología positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (1-2), 55-74.

- Liew, T. M., Luo, N., Ng, W. Y., Chionh, H. L., Goh, J., & Yap, P. (2010). Predicting gains in dementia caregiving. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*, 29 (2), 115-122
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 979-984
- Llobet, V. (2011). Las políticas para la infancia y el enfoque de derechos en América Latina: algunas reflexiones sobre su abordaje teórico. *Fractal: Revista de Psicología*, 23(3), 447-460. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922011000300002>
- Lo Sterzo, E., & Orgeta V. (2015). Illness representation and sense of coherence in dementia caregiving. *J Health Psychol.* 22:722–32.
- López et al., (2013) Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(3), 1038-1059.
- López, E. (2005). La educación emocional en la educación infantil. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, vol. 19, núm. 3, diciembre, 2005, pp. 153-167
Universidad de Zaragoza
- López, J., López-Arrieta, J., & Crespo, M. (2005). Factors associated with the positive impact of caring for elderly and dependent relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 81-94
- López, J., y Rodríguez, M. I. (2008). Una respuesta a la crítica de Freud a las religiones. *ITER*, 47, 59-78.
- López-Martínez, C., Frías-Osuna, A., y del Pino-Casado, R. (2019). Sentido de coherencia y sobrecarga subjetiva, ansiedad y

- depresión en personas cuidadoras de familiares mayores. *Gaceta Sanitaria*, 33 (2), 185-190
- Losada, A., Moreno-Rodríguez, R., Cigarán, M., Peñacoba, C., y Montorio, I. (2006). Análisis de programas de intervención psicosocial en cuidadores de pacientes con demencia. *Inf. psiquiátr*, 173-186.
- Losada, B. A., Izal, M., Pérez, G., y Montorio, I. (2003). Optimización de las intervenciones psicoeducativas grupales con cuidadores de personas mayores. *Rev Act Socio*; 4:8-11.
- Lozano, L. M., Cañadas de la Fuente, G. A., Martín, M. E., Pedrosa, I., Cañadas, G. R., Suárez J., ... & García Cueto, E. (2008). Descripción de los niveles de Burnout en diferentes colectivos profesionales. *Aula Abierta*, 36 (1-2).
- Malagón-Aguilera, M. C. (2010). SOC a la professió infermera. (Trabajo final de Máster, Universitat de Girona). <http://dugi.doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/3210/MalagonCarmen.pdf?sequence=6>
- Manassero, M.; Fornés, J; Fernández, M; Vázquez, A., y Ferrer, M. (1996). Burnout en la enseñanza: análisis de su incidencia y factores determinantes. *Revista de Educación*, 306, 35-41
- Marchant, M. (2014). Vínculo y memoria: acompañamiento terapéutico con niños internados. Cuarto Propio.
- Margalit, M., & Eysenck, S. (1990). Prediction of coherence in adolescence: Gender differences in social skills, personality and family climate. *Journal of Research in personality*, 24, 510-524

- Martínez, A. I. R. (2012). Estrés, ansiedad y estilos de afrontamiento de padres con hijos internos en Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías*, 1(1).
- Martínez-Monteagudo, M. C., Inglés, C. J., Cano Vindel, A., & García-Fernández, J. M. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Ansiedad y Estrés*, 18(2-3), 201-219
- Martire, L. M., & Schulz, R. (2000). Informal caregiving to older adults: Health effects of providing and receiving care. In A. Baum, R. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 447-493). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Maslach, C. (1976). Burned- Out. *Journal of Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. In G. Sanders & J. Suls (Eds), *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach burnout inventory manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Pines, A. (1977). The burn-out syndrome in the day care setting. *Child care quarterly*, 6, 100-113.
- Matsushita, M., Ishikawa, T., Koyama, A., Hasegawa, N., Ichimi, N., Yano, H., Hashimoto, M., Fujii, N., & Ikeda, M. (2014). Is sense

- of coherence helpful in coping with caregiver burden for dementia? *Psychogeriatrics*, 14, 87-92
- McCrae, R. R. (1982). Age differences in the use of coping mechanisms. *Journal of Gerontology*, 37(4), 454-460.
- McCubbin, H., & Patterson, J. (1983). The family stress process: the double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage and Family*, 6, 7-37.
- Miller, A. (1987). Cognitive styles: An integrated model. *Educational psychology*, 7(4), 251-268.
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2000). *Resultados de la VIII encuesta de caracterización socioeconómica nacional*. Documento N° 12 situación de los adultos mayores en Chile.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2005). Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración No. 59
- Mitchell, J. M., & Kemp, B. J. (1996). The Older Adult Disability Scale: Development and validation. *Rehabilitation Psychology*, 41(3), 187.
- Morales, Retamal, C. (2014). La subjetividad internada, análisis crítico del sistema de protección residencial en Chile. *De Familias y Terapias*, (23), 1-27.
- Moreno, B., Oliver, C. y Aragonese, A. (1992). Configuración específica de estrés asistencial en profesores de BUP. Memoria de Investigación CIDE.
- Moreno, C. A. S., Castillo, M. M. A., Armendáriz-García, N. A., Gómez-Meza, M. V., Casas, M. E. S., & Burciaga, L. V. B.

- (2021). Sentido de coherencia asociado al bienestar psicológico y social en adultos mayores. *Apuntes de Psicología*, 39(1), 19-26.
- Moreno, J., Meda, L., Rodríguez, M., Palomera, Ch. & Morales, M. (2006). El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y Salud*, 16(1), 5-13.
- Moreno-Gaviño, L., Bernabeu-Wittel, M., Álvarez-Tello, M., Rincón-Gómez, M., Bohórquez, P., Cassani, M., Ollero, M., y García-Morillo, S. (2008). Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. *Atención Primaria*, 40 (4), 193-198.h
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708703147>
- Moreno-Jiménez et al (1995). Prevención y control del estrés laboral. *Ansiedad y Estrés*, 1, 255-276.
- Moyano, E., y Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum (Talca)*, 22(2), 177-193.
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-23762007000200012&script=sci_arttext&tlng=pt
- Muela, J.A., Torres, C.J., Peláez, E.M. (2002). Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema*, 14 (3), 558-563

- Najman, J. M., & Levine, S. (1981). Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: a review and critique. *Social Science & Medicine. Part F: Medical and Social Ethics*, 15(2-3), 107-115.
- Nater, U. M., Moor, C., Okere, U., Stallkamp, R., Martin, M., Ehlert, U., & Kliegel, M. (2007). Performance on a declarative memory task is better in high than low cortisol responders to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 32, 758-763
- Natvig, G. K., Hanestad, B. R., & Samdal, O. (2006). The role of the student: salutogenic or pathogenic? *International Journal of Nursing Practice*, 12, 280-287
- Navarro, V. (2004). El estado de bienestar en España. (pp. 15-32). Madrid: Tecnos.
- Netto, N. R., Goh, Y. N. J., & Yap, L. K. P. (2009). Growing and gaining through caring for a loved one with dementia. *Dementia*, 8 (2), 245-261
- Neugarten, B. L. (1968). Adult personality: Toward a psychology of the life cycle. *Middle age and aging*, 137, 147.
- Nintachan, P., & Sompongse, P. (2000). The sense of coherence and trait-anxiety of nursing students at Ramathibodi School of Nursing: a four year follow up study during academic year 1994–1997. *Rama Nursing Journal*, 6, 119-32.
- Nogueira, A. (2017). La protección convencional de los Derechos de los Niños y los estándares de la corte IDH sobre medidas especiales de protección por parte de los Estados partes respecto de los niños, como fundamento para asegurar

- constitucionalmente los Derechos de los niños y adolescentes.
Ius et Praxis, 23(2), 415-462.
- Noonan, A. E., & Tennstedt, S. L. (1997). Meaning in caregiving and its contribution to caregiver well-being. *The Gerontologist*, 37 (6), 785-794
- O’Kane, C., Claudia, M., Raluca, V. S., & Evelyn, W. (2006). Child rights situation analysis. Rights-based situational analysis of children without parental care and at risk of losing their parental care: Global literature scan. Brigittenauer Lände: SOS-Kinderdorf International.
- Obando, O. L., Villalobos, M. E., & Arango, S. L. (2010). Resiliencia en niños con experiencias de abandono. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(2), 149-159.
- Oliver, C. (1993). Análisis de la problemática de estrés en el profesorado de enseñanzas medias: el Burnout como síndrome específico. (Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid).
- Olson, L. K. (2003). The not-so-golden years. Caregiving, the frail elderly, and the long-term care establishment. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, Inc
- Organización de las Naciones Unidas. (2009). Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños.
[https://www.acnur.org/\\$leadmin/Documentos/BDL/2010/8064.pdf?\\$le=\\$leadmin/Documentos/BDL/2010/8064](https://www.acnur.org/$leadmin/Documentos/BDL/2010/8064.pdf?$le=$leadmin/Documentos/BDL/2010/8064)
- Organización de las Naciones Unidas. (2010). Directrices específicas para el cuidado alternativo de los niños y adolescentes sin protección parental

- Organización Mundial de la Salud. (2002). World Report on Violence and Health: Summary. Washington, D.C
- Orgeta, V., & Sterzo, E. (2013). El sense of coherence, burden, and affective symptoms in family carers of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 25, 973-980
- Pajuña, Y. (2017). *Relación de la ansiedad infantil en el rendimiento académico en los niños y niñas de segundo y tercer año de Educación Básica de la Escuela "Nicolás Guillen" del Distrito Metropolitano de Quito periodo 2016-2017* (Bachelor's thesis, Quito: UCE). <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13328/1/T-UCE-0010-003-2017.pdf>
- Palummo, J. (2013). La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe. Panamá: Unicef.
- Pando-Moreno, M., Castañeda-Torres, J., Gregoris-Gómez, M., Aguila-Marín, A., Ocampo-de-Aguila, L., & Navarrete, R. M. (2006). Factores psicosociales y síndrome de burnout en docentes de la Universidad del Valle de Atemajac, Guadalajara, México. *Salud en Tabasco*, 12(3), 523-259.
- Parveen, S., Morrison, V., & Robinson, C. A. (2011). Ethnic variations in the caregiver role: a qualitative study. *Journal of Health Psychology*. *Journal of Health Psychology*, 16 (6), 862-872
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological assessment*, 5(2), 164.

- Pavot, W., & Diener, E. (1993). The affective and cognitive context of self-reported measures of subjective well-being. *Social indicators research*, 28(1), 1-20.
- Paz, A. L. (2014). *La intervención social y sus retos frente al quehacer de las ciencias sociales*. En Grupo de Investigación en Intervención y Responsabilidad Social (Ed.), *Intervención social y el debate sobre lo público: reflexiones conceptuales y casos locales* (91-114). Cali: Editorial Universidad Icesi.
- Peacock, S., Forbes, D., Markle-Reid, M., Hawranik, P., Morgan, D., Jansen, L., ... & Henderson, S. R. (2010). The positive aspects of the caregiving journey with dementia: Using a strengths-based perspective to reveal opportunities. *Journal of Applied Gerontology*, 29(5), 640-659.
- Pearlin, L. I., & Skaff, M. M. (1995). Stressors and adaptation in late life. American Psychological Association.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., y Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30 (5), 583-594
- Pelechano, V., Matud, P., y De Miguel A. (1993). Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de conducta*, 63, 91-149.
- Perdomo, E. A. (2008). Identificación de las condiciones laborales que generan estrés en las madres comunitarias del sector de la comuna 8 de la Ciudad de Neiva. Universidad Surcolombiana. <https://contenidos.usco.edu.co/salud/images/documentos/grados/>

- T.G.Salud-Ocupacional/98.T.G-Elvis-Adneth-Perdomo-Ordóñez-2008.pdf
- Pérez, A. (2006). El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. Tesina. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Pérez, M., Cartaya, M., y Olano, L. B. (2012). Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 28 (4), 509-520. http://scielo.sld.cu/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S08640319201200040007
- Pfeiffer E. (1977). Psychopathology and social pathology. En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.). *Handbook of the psychology of aging* (p.p.650-655). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Pichot, P. (1999). The semantics of anxiety. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 14(S1), S22-S28.
- Pilotti, F. (2017). Globalización y Convención sobre los Derechos del Niño: el contexto del texto. Santiago de Chile.
- Pines, A. (1993). Burnout: An existencial perspective. En Schaufeli, W., Moret, T. y Maslach, C. (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 33-51). Washington DC: Hemisphere
- Pines, A. M., Arosen, E., & Kafry, D. (1981). The research in a burnout from tedium to personal growth. New York: The free press.

- Pinochet, N. (2017). El Sename: crónica de una crisis: una mirada psicoanalítica sobre el sujeto de derecho y la institución de protección de la infancia. *Castalia*, 28(4), 54-68.
<https://doi.org/10.25074/07198051.4.596>
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18, 250-267.
doi:10.1037/0882-7974.18.2.250
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *International psychogeriatrics*, 18(4), 577-595.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *The journals of Gerontology series B: Psychological sciences and social sciences*, 62(2), 126-137.
<https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/62/2/P126/548950>
- Poppius, E., Tenkanen, L., & Kalimo, R. (1999). The sense of coherence, occupation and the risk of coronary heart disease in the Helsinki Heart Study. *Social and Science Medicine*, 49, 109-120.
- Poppius, E., Tenkanen, L., Hakama, M., Kalimo, R., & Pitkänen, T. (2003). The sense of coherence , occupation and all-cause mortality in the Helsinki Heart Study. *European Journal of Epidemiology*, 18, 389-393.

- Possebon, A. P. D. R., Martins, A. P. P., Danigno, J. F., Langlois, C. D. O., & Silva, A. E. R. (2017). Sense of coherence and oral health in older adults in Southern Brazil. *Gerodontology*, 34(3), 377-381.
- Potier, F., Degryse, J. M., Henrard, S., Aubouy, G., & de Saint-Hubert, M. (2018). A high sense of coherence protects from the burden of caregiving in older spousal caregivers. *Archives of gerontology and geriatrics*, 75, 76-82.
- Pöysti, M. M., Laakkonen, M. L., Strandberg, T., Savikko, N., Tilvis, R. S., Eloniemi-Sulkava, U., & Pitkälä, K. H. (2012). Gender differences in dementia spousal caregiving. *International journal of Alzheimer's disease*.
<https://www.hindawi.com/journals/ijad/2012/162960/>
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2014). Calidad de vida, fortalezas personales, depresión y estrés en adolescentes según sexo y estrato. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 155-170.
<https://www.redalyc.org/pdf/560/56031293002.pdf>
- Quiceno, J. M., y Vinaccia, S. (2011). Creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 5(1), 25-36.
- Quiceno, J. M., y Vinaccia, S. (2011). Resiliencia. Una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Revista Pensamiento Psicológico*, 9, 69-82.

- Quiroz, V. R., y Saco, M. S. (2003). Factores asociados al síndrome Burnout en médicos y enfermeras del hospital nacional sur este de ESSALUD del Cuzco. Situa (UNSAAC); XXIII: 11-22. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/situa/2004_n23/factores.htm
- Ramos, B. N. (2006). Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(2), 0-0. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v32n2/spu11206.pdf>
- Reid, S., Aunola, K., Feldt, T., Leinonen, R., & Ruoppila, I. (2005). The relationship between generalized resistance resources, sense of coherence and health among Finnish people aged 65–69. *European Psychologist*, 10, 244–253.
- Reininghaus, U., Craig, T., Gournay, K., Hopkison, P., & Carson, J. (2007). The high secure psychiatric hospitals' nursing staff stress survey 3: identifying stress resistance resources in the stress process of physical assault. *Personality and Individual Differences*, 42, 397-408.
- Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Revista Española de Geriatria y Gerontología, 40 (2), 24-29. [http://doi.10.1016/S021-139X\(05\)75070-8](http://doi.10.1016/S021-139X(05)75070-8)

- Riveros, M., Hernández, H., y Rivera, J. (2007). Niveles de Depresión y ansiedad en estudiantes Universitarios de Lima Metropolitana. (Tesis). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Roca, J., Martínez, O., Cantizano, J., Rico, R., Martínez, A., y Iglesias, M. (1996). Aproximación al estrés profesional (Burnout) en funcionarios públicos de sanidad, guardia civil, justicia y ejército. *Anales de psiquiatría*, 12, 15-22.
- Rodrigo, M. J., y Palacios, J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza.
- Rogero, J. (2010). Los tiempos del cuidado el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Ministerio de Trabajo e inmigración. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Rojas, J. (2010). Historia de la infancia en el Chile Republicano 1810-2010. Junta Nacional de Jardines Infantiles Santacruz, Martha Lucia. Sistematización de la experiencia de RBC.
- Ruth, J. E., & Coleman, P. (1996). Personality and aging: coping and mangement of the Self in later life. En J.E. Birren K.W. Schaie (Eds) *Handbook of the psychology of aging* (4th Ed) (pp.308-322). San Diego: Academic Press.
- Sáiz, P. A., González, M. P., Paredes, B., Martínez, S., & Delgado, J. M. (2001). Personality and use-abuse of cocaine. *Adicciones*, 13(2). https://asayar.es/data/documents/162_5533-COCAINA-monogr.-maque.pdf#page=48

- Salazar, I. C., Caballo, V. E., Arias, B., y Equipo de Investigación, C. I. S. O. (2016). Validez de constructo y fiabilidad del «Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos»(CASO) en Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(2), 98-107.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120053415000631>
- Salkind, N. J. (1999). *Métodos de investigación*. Prentice Hall, 3ra. edición, México, 1999.
- Sánchez et al., (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), 332-339.
- Sánchez, E., Garrido, A., y Alvaro, J. L. (2003). Un modelo psicosociológico para el estudio de la salud mental. *Revista de Psicología Social*, 18(1), 17-33.
- Sánchez, N. P. (2015). Estimación del nivel de ansiedad ante la muerte en los enfermeros de Cuidados Intensivos. *Revista Enfermería del Trabajo*, 5(1), 5-13.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5213015>
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología*, Vol. 2 (pp. 3-52). Madrid: McGraw-Hill
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51. G

- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología iberoamericana*, 21(2), 19-28. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525003.pdf>
- Saunders, J. C. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in mental health nursing*, 24(2), 175-198.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01612840305301>
- Schroots, J. J. F. (1995). Psychological models of aging. *Canadian Journal on Aging*, 14, 44-67
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates and causes. *The Gerontologist*, 35 (6), 771-91
- Segal, H. (1965). Introducción a la obra de Melanie Klein. Buenos Aires: Paidós
- Seira, M., Aller, A., y Calvo, A. (2002). Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural. *Revista española de salud pública*, 76, 713-721.
- Seltzer, J., & Numerof, R. (1988). Supervisory leadership and subordinate Burnout. *Academy of Management Journal*. 31 (2) 439-449
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138(3479), 32-32.

- Sierra, J. C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista malestar e subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Silva da Cruz, E. J., Dias, G. B, & da Silva J. P. (2014). Estudo do Ages and Stages Questionnaires com cuidadores de crianças institucionalizadas. *Psico-USF*, 19(3), 411-420.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712014019003004>
- Siqueira, A. C. & Dell’Aglío, D. D. (2010). Crianças e Adolescentes Institucionalizados: Desempenho Escolar, Satisfação de Vida e Rede de Apoio Social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, (3) 401–415.
- Siqueira, A. C., & Dell’Aglío, D. D. (2006). O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. *Psicologia & Sociedade*; 18(I): 71–80
- Skärsäter, I., Rayens, M. K., Peden, A., Hall, L., Zhang, M., Ågren, H., & Prochazka, H. (2009). Sense of coherence and recovery from major depression: a 4-year follow-up. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(2), 119-127.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883941708000915>
- Skinner, B. F. (1969). Contingencies of reinforcement, a theoretical analysis. New York: Appleton Century Crofts.
- Skinner, B. F. (1977). Ciencia y conducta humana. Barcelona: Fontanella.
- Slootjes, J., Keuzenkamp, S., & Saharso, S. (2017). The mechanisms behind the formation of a strong Sense of Coherence (SOC):

- The role of migration and integration. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(6), 571-580. doi:10.1111/sjop.12400
- Smith, G. R., Williamson, G. M., Miller, L. S., & Schulz, R. (2011). Depression and quality of informal care: A longitudinal investigation of caregiving stressors. *Psychology & Aging*, 26(3), 584-591
- Smyke, A. T., Koga, S. F., Johnson, D. E, Fox, N. A., Marshall, P. J., Nelson, C. A., & Zeanah, C. (2007). The caregiving context in institution-reared and family-reared infants and toddlers in Romania. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 48(2), <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01694.x>
- Sörensen, S., Pinquart, M. y Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*, 42, 356-372
- Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. *Anxiety and behavior*, 1(3), 413-428. https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=45pGBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&dq=Theory+and+research+on+anxiety&ots=C45iQYltb1&sig=6nETZJa6zksWBNloisW2rElufQs&redir_esc=y#v=onepage&q=Theory%20and%20research%20on%20anxiety&f=false
- Spielberger, C. D. (1970). Anxiety, drive theory, and computer-assisted learning.
- Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H., Uutela, A., & Koskenvuo, M. (2001). Sense of coherence as a predictor of subjective state

- of health. Results of 4 years of follow-up of adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 77-86
- Surtees, P., Wainwright, N., Luben, R., Khaw, K.t., & Day, N. (2003). Sense of coherence and mortality in men and women in the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 158, 1202-1209
- Sutter, M., Perrin, P. B., Chang, Y. P., Hoyos, G. R., Buraye, J. A., & Arango-Lasprilla, J. C. (2014). Linking family dynamics and the mental health of Colombian dementia caregivers. *American journal of Alzheimers disorders and other dementias*, 29(1), 67-75. <https://doi.org/10.1177/1533317513505128>
- Tárraga, L., y Cejudo, J. C. (2001). El perfil del cuidador del enfermo de Alzheimer. En R. Fernández-Balesteros y J. Díez (Coords.). Libro blanco sobre la Enfermedad de Alzheimer y trastornos afines, (Vol I, pp. 121-139). Madrid: Caja Madrid Obra Social
- Tarraga, M., y Serrano, J. P. (2016). Estado de Ansiedad y Burnout en trabajadores sanitarios de Albacete. State Anxiety and Burnout in healthcare workers in Albacete. Facultad de Medicina de Albacete.
- Teel, C., & Carson P. (2003). Family experiences in the journey dementiadiagnosis and care. *Journal of Family Nursing*, 9(1), 38-58.
- Teri, L., Truax, P., Logsdon, R., Uomoto, J., & Zarit, S. (1992). Assessment of behavioral problems in dementia: The Revised Memory and Behavior Problems Checklist. *Psychology and Aging*, 7, 622-631.

- Thompson, M., Page, S., & Cooper, C. (1993). A test of Carver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9 (4) 221-236.
- Tix, A. P., & Frazier, P. A. (1998). The use of religious coping during stressful life events: main effects, moderation, and mediation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 411-422.
- Tobal, J. J. M., & Vindel, A. C. (2002). *ISRA: inventario de situaciones y respuestas de ansiedad*. Tea.
<https://pseaconsultores.com/wp-content/uploads/2020/10/ISRA.-Inventario-de-situaciones-y-respuestas-de-ansiedad.pdf>
- Togari, T., Yamazaki, Y., Takayama, T.S., Yamaki, C.K., & Nakayama, K. (2008). Follow-up study on the effects of sense of coherence on well-being after two years in Japanese university undergraduate students. *Personality and Individual Differences*, 44 (6), 1335-1347
- Trujillo, M., Perrin, P.B., Panyavin, L., Peralta, S., Stolfi, M., Morelli, E., & Arango-Lasprilla, J. C. (2015). Mediation of family dynamics, personal strengths, and mental health in dementia caregivers. *Journal of Latina/o Psychology*, 4 (1), 1-17.
<http://doi.org/10.1037/lat0000046>
- Turró, O., Farrés, S., Pérez, A., y Batlle, P. (2017). Evaluación del efecto del sentido de coherencia en la carga percibida y en la adherencia a un programa psicoeducativo para cuidadores informales de personas dependientes. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 1-6.

- Tyrer, P. (1982). Major common symptoms in psychiatry: Anxiety. *Journal of Hospital Medicine*, 27, 109-113.
- Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little Brown
- Vargas, L. I., y Afanador, N. P. (2010). Calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer. *Avances en Enfermería*, 28(1), 116-128.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000100012
- Vázquez, C., Duque, A., & Hervás, G. (2013). Satisfaction with life scale in a representative sample of Spanish adults: validation and normative data. *The Spanish journal of psychology*, 16, 1-15.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención psicosocial*, 3, 87-116.
<https://repub.eur.nl/pub/16195/>
- Veenstra, R., Lindenberg, S., Oldehinkel, A. J., De Winter, A. F., Verhulst, F. C., & Ormel, J. (2005). Bullying and victimization in elementary schools: a comparison of bullies, victims, bully/victims, and uninvolved preadolescents. *Developmental Psychology*, 41(4), 672-382. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.4.672>
- Vega, E. D. (1995). Estudio del Síndrome de Desgaste Profesional entre los médicos de un hospital general (Doctoral dissertation, Universidad de Salamanca).
- Veloso-Besio, C., Cuadra-Peralta, A., Antezana-Saguez, I., Avendaño-Robledo, R., & Fuentes-Soto, L. (2013). Relación

- entre inteligencia emocional, satisfacción vital, felicidad subjetiva y resiliencia en funcionarios de educación especial. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 39(2), 355-366.
- Vermaes, I, Janssens, J., Bosman, A., & Gerris, J. (2005). Parents' psychological adjustment in families of children with spina bifida: A meta-analysis. *BMC Pediatrics*, 5, 1-13
- Villar, F. (2009). Discapacidad, dependencia y autonomía en la vejez. Aresta.
- Villar, R. (2001). La institucionalidad política y el tercer sector en Colombia: notas para una reflexión. Ponencia presentada en III Encuentro de la Red Latinoamericana y del Caribe ISTR-LAC, Buenos Aires, Argentina. <https://www.icbf.gov.co/programas-y-estrategias/direccion-snb/que-es-el-snb>
- Vinaccia, S. & Quiceno, J. M.(2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 5(2), 321-336.
- Vindel, A. C., & Tobal, J. J. M. (1990). La evaluación de la ansiedad: situación presente y direcciones futuras. In *Psicología española en la Europa de los 90. Ciencia y profesión: Valencia, 15 a 20 de abril de 1990* (pp. 90-94). Colegio Oficial de la Psicología de Madrid.
- Virués-Ortega, J., Martínez-Martín, P., del Barrio, J. L., & Lozano, L. M. (2007). Validación transcultural de la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky (OLQ-13) en ancianos mayores de 70 años. *Medicina clínica*, 128(13), 486-492.

- Virues-Ortega, J., Vega, S., Seijo-Martinez, M., Saz, P., Rodriguez, F., Rodriguez-Laso, A., ... & Spanish Epidemiological Studies on Ageing Group. (2017). A protective personal factor against disability and dependence in the elderly: an ordinal regression analysis with nine geographically-defined samples from Spain. *BMC geriatrics*, 17, 1-10.
<https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-016-0409-9>
- Vitaliano, P. P., Echeverria, D., Yi, J., Phillips, P. E., Young, H., & Siegler, I. C. (2005). Psychophysiological mediators of caregiver stress and differential cognitive decline. *Psychology and aging*, 20(3), 402–411.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Young, H. M., Teri, L., & Maiuro, R. D. (1991). Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychology and Aging*, 6, 392—402.
- Vitaliano, P., Zhang, J., & Scalan, J. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 946-972. doi:10.1037/0033-2909.129.6.946
- Vital-Martínez, C. C. (2023). Diversidad religiosa. Con-Ciencia Boletín Científico de la Escuela Preparatoria No. 3, 10(19), 51-52.
- Von Bothmer, M. I., & Fridlund, B. (2003). Self-rated health among university students in relation to sense of coherence and other personality traits. *Scandinavian journal of caring sciences*, 17(4), 347-357.
- Watson, J. B. (1976). El conductismo. Buenos Aires: Paidós.

- Wilding, C. (2007). Spirituality as sustenance for mental health and meaningful doing: a case illustration. *The Medical journal of Australia*, 186 (10), 67-69.
- Williams, C. (1989). Empathy and burnout in male and female helping professionals. *Research in Nursing and Health*, 12 (3) 169-178.
- Winnicott, D. W. (1963). El miedo al derrumbe. En D.W. Winnicott (Ed.). *Exploraciones psicoanalíticas*, 1 (pp. 111-121). Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D.W. (1960). Teoría de la relación entre progenitores e infantes. En D.W. Winnicott (Ed.), *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 47-72). Buenos Aires: Paidós.
- Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. En Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997): *Desgaste psíquico en el trabajo*. Madrid: Síntesis Psicología
- Wolpe, J., Lazarus, A. A., & Fried, R. (1968). Psychophysiological correlates of systematic desensitization of phobias: Preliminary findings. *Conditional Reflex*, 3(2), 139.
- Wong, Q. J., & Rapee, R. M. (2016). The aetiology and maintenance of social anxiety disorder: A synthesis of complementary theoretical models and formulation of a new integrated model. *Journal of affective disorders*, 203, 84-100.
- Wright, K. (1983). *The economics of informal care of the elderly*. Nueva York, NY: Centre for Health Economics
- Yee, J. L., & Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *The Gerontologist*, 40 (2), 147-164.

- Yuste, N. R., Rubio, H, R., y Aleixandre, R, M. (2004). Introducción a la psicogerontología. Madrid: Pirámide
- Zarit, S. H. (1990). Concepts and measures in family caregiving research. En B. Bauer (Ed.), Conceptual and methodological issues in family caregiver research (pp. 1-19). Toronto: University of Toronto
- Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *The Gerontologist*, 26 (3), 260-266
- Zung, W.W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12, 371-379.