



Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud

ISSN: 0121-0807

ISSN: 2145-8464

Universidad Industrial de Santander

Alonso-Rodríguez, Martha Lucía; Chaparro-Díaz, Lorena; Carreño-Moreno, Sonia
Soledad, ansiedad, depresión y adopción del rol del cuidador
de personas con enfermedad crónica en San Gil, Colombia
Revista de la Universidad Industrial de Santander.
Salud, vol. 55, 2023, Enero-Diciembre, pp. 1-12
Universidad Industrial de Santander

DOI: <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23056>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343876253012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Soledad, ansiedad, depresión y adopción del rol del cuidador de personas con enfermedad crónica en San Gil, Colombia

Loneliness, anxiety, depression and adoption of the role of the caregiver of people with dependency in San Gil, Colombia

Martha Lucía Alonso-Rodríguez¹ ; Lorena Chaparro-Díaz² ; Sonia Carreño-Moreno² 

*malonso@unisangil.edu.co

Forma de citar: Alonso Rodríguez ML, Chaparro Díaz L, Carreño Moreno S. Soledad, ansiedad, depresión y adopción del rol del cuidador de personas con enfermedad crónica en San Gil, Colombia. Salud UIS. 2023; 55: e23056. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23056> 

Resumen

Introducción: los cuidadores de personas con enfermedad crónica adoptan un nuevo rol que puede implicar respuestas como ansiedad, depresión y soledad. **Objetivo:** describir y correlacionar las variables de adopción del rol del cuidador, depresión, ansiedad y soledad en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la provincia de Guanentina, en San Gil, Santander (Colombia), durante el año 2021. **Método:** estudio descriptivo, analítico de corte transversal realizado con 112 cuidadores familiares de personas con enfermedades crónicas. Se utilizó una ficha de caracterización y los instrumentos: Escala adopción del rol del cuidador ROL, escala de soledad de UCLA (University of California at Los Ángeles) y Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HADS. **Resultados:** el perfil de los cuidadores fue predominantemente mujer; de 49 años en promedio; casadas, solteras o en unión libre; grado máximo de escolaridad bachiller; de ocupación hogar y nivel socioeconómico medio bajo y bajo. Se encontraron niveles altos de ansiedad en el 18,3 % de ellas, depresión en el 4,3 % y soledad en el 0,9 %, además, se evidenciaron niveles de adopción del rol del cuidador satisfactorios en el 100 %. Se encontró una correlación débil entre ansiedad, depresión y soledad y una correlación inversa entre estas variables con la adopción del rol del cuidador. De igual manera, se encontró una correlación directa entre la edad del paciente y los meses de diagnóstico con las horas de cuidado al día. Por último, se halló carácter predictivo de la ansiedad y la depresión sobre la adopción del rol, de la ansiedad y la adopción del rol sobre la depresión, y de la soledad y la depresión sobre la ansiedad. **Conclusiones:** los cuidadores tenían niveles de ansiedad, depresión y soledad normales que, al correlacionarse entre sí y con la adopción del rol del cuidador, validan la idea de que, si se interviene a los cuidadores en su trayectoria con orientaciones sobre su rol en cuanto a las labores, la organización y las respuestas se puede contribuir en la disminución de la ansiedad, depresión y soledad. **Discusión:** la correlación directa observada entre la soledad, depresión y ansiedad es coherente con lo reportado en estudios previos con cuidadores. Acorde con lo reportado por la literatura el desempeño satisfactorio del rol facilita los desenlaces en los cuidadores, en este caso, la moderación de la ansiedad, depresión y soledad.

Palabras clave: Soledad; Ansiedad; Depresión; Cuidadores; Familia.

¹ Fundación Universitaria de San Gil. Santander, Colombia.

² Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Abstract

Introduction: Caregivers of people with chronic disease adopt a new role that may involve responses such as anxiety, depression, and loneliness. **Objective:** To describe and correlate the variables of adoption of the role of caregiver, depression, anxiety and loneliness in family caregivers of people with chronic disease in the Guantánima province in San Gil, Santander (Colombia), during the year 2021. **Methods:** Descriptive study, cross-sectional analysis carried out with 112 family caregivers of people with chronic diseases. A characterization sheet and the ROL, UCLA and HADS instruments were used. **Results:** the profile of the caregivers was predominantly female and average age of 49 years; married, single or in civil union; maximum degree of high school education; of household occupation and low and low-middle socioeconomic level. High levels of anxiety were found in 18,3% of them, depression in 4,3% and loneliness in 0,9%, in addition, satisfactory levels of adoption of the caregiver role were evidenced in 100%. A weak correlation was found between anxiety, depression and loneliness and an inverse correlation between these variables with the adoption of the caregiver role. Similarly, a direct correlation was found between the patient's age and the months of diagnosis with the hours of care per day. Finally, anxiety and depression were found to be predictive of role adoption, of anxiety and role adoption on depression, and of loneliness and depression on anxiety. **Conclusions:** the caregivers had normal levels of anxiety, depression and loneliness that, when correlated with each other and with the adoption of the caregiver role, validate the idea that, if caregivers are intervened in their trajectory with guidance on their role in terms of the tasks, the organization and the answers can contribute in the reduction of anxiety, depression and loneliness. **Discussion:** The direct connection observed between loneliness, depression and anxiety is consistent with what has been reported in previous studies with caregivers. In accordance with what has been reported in the literature, satisfactory performance of the role facilitates the outcomes in caregivers, in this case, the moderation of anxiety, depression and loneliness.

Keywords: Loneliness; Anxiety; Depression; Caregivers; Family.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe de 2020 revela que las principales causas de muerte en la población son las cardiopatías, demencias y diabetes¹. Teniendo en cuenta lo anterior, subrayan la necesidad de prestar una mayor atención en el ámbito mundial a la prevención y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las neumopatías crónicas, así como reducir los traumatismos en todas las regiones del mundo, tal como se establece en la agenda para los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas¹. Acorde con el más reciente informe de “The Lancet” en 2020² sobre la carga global de enfermedad, los factores que más contribuyeron al su incremento fueron las enfermedades crónicas en la población adulta mayor, en particular la enfermedad isquémica del corazón, diabetes, isquemias cerebrales, enfermedad renal crónica y cáncer de pulmón. Además, en los últimos 30 años, se reportó un incremento de la carga de enfermedad del 58,5 % para VIH/SIDA y del 24,4 % para diabetes.

En el caso colombiano, el informe de indicadores básicos en salud de 2021³ reportó que, en la cohorte de 45 a 64 años de edad, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares ocupan

el primer y tercer lugar de mortalidad, con un 16,06 % y un 5,41 % respectivamente; mientras que, en la cohorte de 64 años y más, en orden consecutivo, las primeras causas de mortalidad son las enfermedades isquémicas del corazón con un 21,4 %, enfermedades respiratorias crónicas con un 9,76 %, las cerebrovasculares con un 7,22 % y las hipertensivas con un 4,9 %. Como respuesta a la mortalidad por enfermedades crónicas, el gobierno de Colombia estableció en su informe de indicadores SINERGIA una tasa de 230 muertes prematuras por cada 100 000 personas entre 30 y 70 años e hizo un llamado al fortalecimiento de las rutas integrales de atención en salud y el fortalecimiento de los estilos de vida saludable⁴.

La enfermedad crónica trae consigo impactos colaterales que no solo afectan a quien la padece sino también a su núcleo familiar cercano, en particular, los cuidadores familiares. Debido a las demandas de cuidado a largo plazo que tienen las personas con enfermedades crónicas y el desarrollo de dicho cuidado bajo el dominio familiar ante la falta de un sistema nacional de cuidados, los cuidadores familiares son con frecuencia mujeres, con bajos ingresos económicos, con bajo apoyo familiar y social y sin la preparación suficiente para desarrollar su rol⁵.

Durante los periodos de aislamiento preventivo obligatorio en el marco de la pandemia por COVID-19, los cuidadores familiares fueron un recurso importante para la provisión de cuidados directos y seguimiento en el hogar para las personas con enfermedad crónica. En algunos casos, estos cuidados fueron provistos en condiciones precarias y sin acceso a apoyo social, lo que determinó una reducción en los niveles de bienestar mental y un aumento en la percepción de sobrecarga⁶. El impacto se derivó de la percepción de vulnerabilidad ante el virus y de la inseguridad en la provisión de cuidados por parte del cuidador; la carga por el exceso de actividades que desarrollar, tales como el mantenimiento del hogar y los cuidados directos; la falta de acceso directo al sistema y con ello, la limitada interacción con los profesionales de salud⁷.

A nivel general los cuidadores son vistos por los profesionales de salud como un agente para proveer cuidados, pero no para recibirlos. El hecho de desconocer al cuidador familiar (CF) como un sujeto de cuidado hace que no se tengan en cuenta sus necesidades y que no se encuentren preparados para asumir su nuevo rol, por lo que puede presentarse insuficiencia del rol o una transición no saludable⁸, a la par que imposibilita que se tengan buenas estrategias de afrontamiento⁹. Frente a estas últimas, se ha encontrado que aquellas basadas en la emoción no facilitan la labor de cuidado y ponen en riesgo la salud mental de los cuidadores¹⁰. En el marco del desconocimiento de la dimensión global del rol del cuidador, se da un fenómeno particular de esta población conocida como el síndrome del cuidador, una condición que no se tipifica como patológica, pero que desencadena resultados adversos en la salud de los cuidadores, que se caracteriza por una fatiga crónica, deterioro de la calidad de vida y de la salud mental¹¹.

Lo anterior puede generar ansiedad, entendida como un estado de agitación, inquietud y zozobra del ánimo que, en el caso del cuidador, tiende a presentarse en las etapas iniciales y en cada crisis de la enfermedad del receptor de cuidado. Altos niveles de ansiedad pueden estar asociados con la aparición de depresión, que es un trastorno mental frecuente que tiene consecuencias catastróficas de acuerdo con el nivel de gravedad¹². Asimismo, la soledad es una experiencia personal y subjetiva que contrasta con la condición de aislamiento físico; surge como una respuesta ante la falta de una relación particular, lo que implica un desequilibrio en el nivel deseado y logrado de interacción socioafectiva¹³. Las consecuencias de la soledad pueden afrontarse de manera negativa o positiva dependiendo del grado de control que el sujeto ejerce sobre el déficit relacional¹³.

La literatura ha abordado la ansiedad en los cuidadores que cuidan personas especialmente con demencia o con personas mayores. Así, investigaciones han encontrado prevalencias del 42,6 %¹⁴, que por lo general se analizan por separado de otras variables influyentes. De igual forma, la soledad ha sido poco estudiada, aunque se cree que está asociada al hecho de ser mujer, soltera y con nivel educativo bajo¹⁵. Por otra parte, se estima que uno de cada tres cuidadores sufre de depresión y en muchos casos esta se encuentra infradiagnosticada debido a la falta de atención a estas personas¹⁶. Cabe resaltar que hay componentes actitudinales de los CF que se encuentran relacionados con estas tres variables, como lo son el estado cognitivo positivo que implica que los cuidadores puedan reconocer los efectos positivos del cuidado¹⁷ o la existencia de conductas disruptivas (ej. agresividad o maltrato) que están relacionadas con la aparición de enfermedades en los cuidadores¹⁸, por lo que si se intervienen se estaría favoreciendo la salud emocional y física de los CF.

Considerando lo anterior, el objetivo de este trabajo es describir y correlacionar las variables de adopción del rol del cuidador, depresión, ansiedad y soledad en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la provincia Guanentina, en San Gil (Santander, Colombia), durante el año 2021. Dado que la adopción del rol como variable es una construcción conceptual reciente, las hipótesis de este estudio son exploratorias, es decir, se quiere determinar si la adopción del rol puede funcionar como variable dependiente o independiente; dado que, una de las hipótesis de este estudio es que entre mejor sea el desempeño del rol, menores niveles autorreportados de ansiedad, depresión y soledad tendrá el cuidador; mientras que, por otra parte, se cree que un cuidador con percepción de soledad y autorreporte de ansiedad, depresión y soledad, podría tener un desempeño insatisfactorio de su rol.

Materiales y métodos

Diseño

El presente es un estudio descriptivo, analítico de corte transversal que se condujo de abril a agosto de 2021 en el municipio de San Gil del departamento Santander (Colombia).

Muestra

Se realizó un muestreo de tipo intencional en el que se incluyeron cuidadores familiares de personas en situación de dependencia que fueron atendidos en

el Municipio de San Gil a través de los servicios integrales de atención a la persona con discapacidad de la administración municipal. Para el estudio, se hizo un cálculo del tamaño de la muestra considerando un análisis de regresión lineal con un alfa de 0,05, poder del 90 % y tamaño de efecto de 0,3, lo que determinó la necesidad de 112 cuidadores. Asimismo, se reclutó un total de 115 cuidadores familiares que cumplieron con los criterios de tener 18 años o más, estatus mental intacto determinado por la prueba Pfeiffer y ser el cuidador familiar principal.

Medidas

Para caracterizar la muestra se utilizó la encuesta de caracterización de la diada¹⁹, que se trata de un instrumento que indaga acerca de las variables demográficas, de dedicación al cuidado y de autovaloración de la carga. La escala cuenta con ítems para la valoración de aspectos del paciente y del cuidador que son relevantes en las respuestas de estos ante la experiencia de cronicidad. Esta encuesta cuenta con adecuada validez de contenido para el contexto colombiano, valorada a partir de aceptables índices de acuerdo entre jueces evaluadores para la importancia, claridad y suficiencia de los ítems.

La adopción del rol se midió con el instrumento Adopción del rol de cuidador familiar del paciente crónico (ROL, por su acrónimo en español)¹⁹⁻²⁰. Este instrumento fue diseñado para cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en el contexto colombiano y cuenta con una estructura de tres factores: respuestas ante el rol, organización del rol y labores del rol. El instrumento mide el proceso de transición del rol del cuidador y su estructura factorial se determinó a partir de rotaciones ortogonales. El alfa de Cronbach de ROL es superior a 0,8 para la escala global y sus dimensiones. Para su interpretación, se establece que a mayor puntaje mayor es el nivel de adopción del rol. Puntajes entre 22 y 60 determinan una adopción insuficiente, mientras que de 61 a 77 una adopción básica y de 78 o más una adopción satisfactoria.

La autopercepción de soledad fue medida con la escala UCLA²¹. Este es un instrumento de 10 ítems que cuenta con una estructura unidimensional que explicó el 71,6 % de la varianza en una rotación varimax. En cuanto a la consistencia interna, la escala cuenta con un alfa de Cronbach de 0,94. El UCLA tiene rangos de

clasificación que indican ausencia de soledad cuando hay menos de 20 puntos, soledad moderada entre 20 y 30 puntos y soledad severa con 31 puntos o más. En su versión original, su interpretación indica que a mayor puntaje menor es la soledad; no obstante, por interpretabilidad, para este estudio, las puntuaciones fueron invertidas.

Finalmente, los síntomas depresivos y ansiosos fueron objetivados con la escala HADS²², la cual cuenta con 14 ítems, 7 para ansiedad y 7 para depresión, con una escala Likert de 0 a 3 puntos y un total de 21 puntos en cada dimensión. La escala ha sido ampliamente utilizada en entornos tanto comunitarios como no psiquiátricos y ha exhibido rangos de sensibilidad de entre 0,74 y 0,84, además de una especificidad de entre 0,78 y 0,8. Su estructura de dos factores está comprobada mediante una rotación varimax con una varianza explicada del 42,5 %, además, cuenta con un alfa de Cronbach global de 0,83. Para su interpretación, se considera que a mayor puntaje mayor es el nivel de ansiedad o depresión, siendo normal de 0 a 7 puntos, dudoso de 8 a 10 puntos y problema clínico con 11 o más puntos.

Análisis de datos

Las variables de caracterización y los rangos de niveles de las variables fueron analizados a partir de conteos y proporciones. Además, las variables centrales del estudio fueron tratadas con media, desviación estándar, mínimo, máximo e intervalos de confianza del 95 %. Las correlaciones fueron calculadas con coeficiente de Pearson previo requisito de ajuste a modelo normal. Se construyeron tres modelos de regresión lineal múltiple. Para todas las pruebas inferenciales, se consideraron valores significativos con $p < 0,05$.

Dadas las hipótesis exploratorias del estudio, los tres modelos se construyeron con las variables de adopción del rol, ansiedad, depresión y soledad. El modelo uno tuvo como variable dependiente la adopción del rol, para el modelo dos la depresión y para el modelo tres la ansiedad. Como medida de bondad de ajuste de los modelos se consideró el coeficiente de determinación o R cuadrado que ilustró la varianza explicada por cada uno de los modelos. Se realizaron diagnósticos de colinealidad, admitiendo los tres modelos planteados ya que ninguno tuvo un factor de inflación de varianza superior a 1,5 y tampoco un test de Durbin Watson inferior a 1,8.

Resultados

Características de las personas en situación de dependencia

La **Tabla 1** contiene las características de las personas en situación de dependencia. En esta, se observa que un 55,7 % de los pacientes son de sexo masculino, con promedio de 51,16 años. El 43 % reportó enfermedades cardiovasculares con tiempo de diagnóstico de 224,24 meses en promedio, una baja dependencia en el 73 % y estatus mental intacto en el 75,7 %. Por su parte, se evidenció que el 69,6 % tiene un cuidador único y en el 49,5 % se percibe como carga alta o muy alta para su cuidador.

Características de los cuidadores familiares

La **Tabla 2** presenta las características de los cuidadores participantes del estudio. En ella se destaca que el 81,7 % de los cuidadores son de sexo femenino, con edad promedio de 49 años, casadas en un 34,8 %, con grado máximo de escolaridad primaria o secundaria en un 75,6 %, de ocupación hogar en un 58,3 % y de estrato socioeconómico tres en un 52,2 %. Asimismo, el 32,2 % de los cuidadores se autorreportan enfermos, siendo las enfermedades cardiovasculares las más prevalentes con un 22 %. De igual manera, el 80,9 % cuida a la persona desde el momento de su diagnóstico, en su mayoría son hijos de la persona receptora de cuidados (40,9 %) y cuidan a la persona en promedio 13,3 horas al día.

Tabla 1. Características de las personas en situación de dependencia

Categoría		Recuento	Proporción
Sexo	Femenino	51	44,3 %
	Masculino	64	55,7 %
Edad	Media (desviación estándar)	51,16 (23,5)	
¿Cuántas enfermedades tiene el paciente?	1	86	74,8 %
	2 o más	29	25,2 %
Tipo de enfermedad	Enfermedades cardiovasculares	49	43 %
	Enfermedades congénitas	11	10 %
	Enfermedades mentales	27	23 %
	Enfermedades respiratorias	6	5 %
	Enfermedades neurodegenerativas	9	8 %
	Otras	13	11 %
Meses con el diagnóstico	Media (desviación estándar)	224,24 (192,5)	
PULSES	6 a 8	84	73,0 %
	9 a 11	21	18,3 %
	12 a 24	10	8,7 %
Pfeiffer	Tres a cuatro errores	20	17,4 %
	Cinco a siete errores	7	6,1 %
	Ocho a diez errores	1	0,9 %
	Cero a dos errores	87	75,7 %
¿Tiene un único cuidador?	Sí	80	69,6 %
	No	35	30,4 %
¿Cómo se percibe usted en relación con su cuidador?	Una carga muy alta	12	10,4 %
	Una carga alta	45	39,1 %
	Una carga moderada	39	33,9 %
	Una carga baja	19	16,5 %

Nota. Fuente: Datos de estudio, 2021.

Tabla 2. Características de los cuidadores familiares

Categoría		Recuento	Proporción
Sexo	Femenino	94	81,7 %
	Masculino	21	18,3 %
Edad	Media (desviación estándar)	49 (14,4)	
Estado civil del cuidador	Casado(a)	40	34,8 %
	Separado(a)	15	13,0 %
	Soltero(a)	27	23,5 %
	Unión libre	27	23,5 %
	Viudo(a)	6	5,2 %
Grado máximo de escolaridad del cuidador	Ninguno	8	7,0 %
	Primaria	48	41,6 %
	Secundaria	39	33,9 %
	Técnica o superior	20	17,4 %
Ocupación del cuidador	Hogar	67	58,3 %
	Empleado(a)	24	20,9 %
	Otro	24	20,9 %
Estrato socioeconómico del cuidador	3	60	52,2 %
	2	37	32,2 %
	1	15	13,0 %
	4	3	2,6 %
¿El cuidador tiene alguna enfermedad?	No	78	67,8 %
	Sí	37	32,2 %
¿Cuántas enfermedades tiene el cuidador?	0	78	67,8 %
	1	21	22,6 %
	2 o más	11	9,6 %
¿Cuáles de las siguientes enfermedades tiene el Cuidador?	Enfermedades cardiovasculares	27	23,5 %
	Enfermedades metabólicas	6	5,2 %
	Otras	4	3,5 %
	Ninguna	78	67,8 %
¿Usted cuida a su familiar desde el momento de su diagnóstico?	No	22	19,1 %
	Sí	93	80,9 %
Parentesco con la persona que cuida	Esposo(a)	12	10,4 %
	Hijo(a)	30	26,1 %
	Otro	26	22,6 %
	Padre/Madre	47	40,9 %
Número de horas de cuidado diario	Media (desviación estándar)	13, (8,4)	
¿Cómo percibe la calidad de la relación con su familiar?	Muy buena	67	58,3 %
	Buena	45	39,1 %
	Regular	3	2,6 %

Nota. Fuente: Datos de estudio, 2021.

Descripción de las variables de estudio

La **Tabla 3** contiene la descripción de las variables de interés en este estudio. Se destaca que la adopción del rol del cuidador tiene niveles altos y, además, que la depresión, ansiedad y soledad presentan niveles bajos.

En cuanto a los niveles de adopción del rol del cuidador, se destaca que el 100 % de los cuidadores se encontraban en niveles satisfactorios. Los síntomas ansiosos se registraron en niveles dudosos en un 13,9 % y como problema clínico en un 4,4 %; mientras que, los síntomas depresivos fueron dudosos en un 3,5 % y como problema clínico en un 0,8 %. Finalmente, no

se registró autopercepción de soledad en el 99,1 % de los participantes.

Relaciones entre variables

La **Tabla 4** presenta las correlaciones entre las variables de interés en esta investigación. Se registraron correlaciones directas (entre débiles y moderadas) entre la ansiedad, depresión y soledad. Por su parte, se hallaron correlaciones inversas (entre moderadas y débiles) entre la adopción del rol del cuidador con la ansiedad, soledad y depresión. Se observaron, además, correlaciones directas entre la edad del paciente y el número de meses con el diagnóstico con el número de horas de cuidado al día.

Tabla 3. Descriptivos de la ansiedad, depresión, soledad y adopción del rol del cuidador

Variable	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	IC 95 %
Respuestas ante el rol	23	35	32,58	3,00	32,03-33,14
Organización del rol	22	40	35,07	3,47	34,43-35,71
Labores del rol	22	35	34,14	2,05	33,76-34,52
Adopción del rol	79	110	101,79	6,63	100,57-103,02
Ansiedad	0	13	4,94	2,81	4,42-5,46
Depresión	0	11	3,02	2,38	2,58-3,46
Soledad	10	20	10,98	1,96	10,62-11,35

Nota. Fuente: Datos de estudio, 2021.

Tabla 4. Coeficientes de correlación de Pearson entre las variables de estudio

Variable	Adopción del rol	Ansiedad	Depresión	Soledad	Edad del paciente	Meses con el diagnóstico	Nro. de horas de cuidado/día	Edad del cuidador
Adopción del rol	1	-0,354**	-0,370**	-0,263**	0,229*	-0,132	0,297**	-0,034
Ansiedad		1	0,513**	0,343**	0,105	-0,018	-0,025	0,095
Depresión			1	0,283**	0,067	-0,176	0,191*	0,043
Total soledad				1	0,170	0,052	-0,004	-0,126
Edad del paciente					1	-0,062	0,411**	-0,064
Meses con el diagnóstico						1	0,541**	0,331**
Número de horas de cuidado/día							1	0,291**
Edad del cuidador								1

Nota. Fuente: Datos de estudio, 2021.

* p < 0,05 ** p < 0,01.

La **Tabla 5** presenta tres modelos de regresión lineal múltiple que se construyeron con las variables de estudio. Con varianzas explicadas entre 34 y 39 %, los tres modelos de regresión revelaron el carácter predictor

de la ansiedad y depresión sobre la adopción del rol, de la ansiedad y adopción del rol sobre la depresión, y de la soledad y depresión sobre la ansiedad.

Tabla 5. Modelos de regresión

Variable independiente	Modelo 1 Adopción del rol R ² =0.34 F=8.07 p<0.01					Modelo 2 Depresión R ² =0.39 F=9.9 p<0.01				Modelo 3 Ansiedad R ² =0.34 F=8.01 p<0.01			
	B	ET	β	t	^B	ET	β	t	B	ET	β	t	
Ansiedad	-0,42	0,22	-0,18	-1,91	0,29	0,07	0,35	4,08*					
Adopción del rol					-0,1	0,03	-2,29	-3,35*	-0,07	0,04	-0,18	-1,91	
Soledad	-0,42	0,29	-0,12	-1,44	0,13	0,1	0,1	1,28	0,26	0,12	0,18	2,12*	
Depresión	-0,89	0,26	-0,32	-3,35*					0,45	0,11	0,38	4,08*	

Nota. Fuente: Datos de estudio, 2021.

* P<0.05

Discusión

Las cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica de San Gil son mujeres que se encuentran en edad productiva; en su mayoría son casadas, en unión libre o solteras; tienen nivel educativo de al menos de 5 a 11 años; se dedican al hogar, están en un nivel socioeconómico medio bajo o bajo y no suelen tener reconocimiento económico por su labor. Así mismo, no reportaron, en su mayoría, tener enfermedades, pero quienes las tenían eran de origen cardiovascular o metabólica. Este es un perfil que deja en desventaja a las mujeres de esta región por tener que atender la dependencia con los pocos recursos que tienen y la imposibilidad de aportar económicamente a su familia y al país. Estas personas dirigen su cuidado a personas que generalmente se reconocen como una carga para el cuidador, tienen en promedio 6 años más que ellas, particularmente hombres, con al menos una enfermedad crónica de origen cardiovascular o mental, con tiempo de cuidado de 18 años, funcionales físicamente y con un único cuidador. Estos hallazgos coinciden con otros estudios en los que el perfil de cuidador predomina en las mujeres y las diadas son más comunes de encontrar en los análisis correlacionales de la salud entre los dos sujetos²³⁻²⁴. Esta tendencia demuestra la necesidad de abordar a la diada y entender que sus características sociodemográficas influyen en la salud, morbilidad y efectos del cuidado en variables físicas, psicológicas y emocionales¹⁷.

Una de las variables abordadas fue la adopción del rol del cuidador, que es reciente en la literatura pero que se

puede relacionar con la forma en la que los cuidadores ejecutan actividades del cuidado, armonizan su rol con otros y emergen significados en el tiempo que llevan cuidando. En la muestra de este estudio, se encontraron niveles adecuados de adopción del rol del cuidador, que en su mayoría cuida desde el diagnóstico y lleva 18 años cuidando. De forma directa, el rol de ser cuidador se adopta a medida que se lleva cuidando; sin embargo, no se puede entender esta variable de manera aislada, por lo que se quiso identificar las correlaciones con la ansiedad, la depresión y la soledad para identificar si ese nivel satisfactorio de adopción del rol puede estar influenciado por otras variables relacionadas con comportamientos y situaciones del contexto social.

La ansiedad surge de muchas responsabilidades de cuidado y agotamiento, pero también de pobres recursos de afrontamiento. Esta, a su vez, está relacionada con la depresión al mantenerse en el tiempo y generar efectos de largo plazo¹⁰. Así, los cuidadores que se centran en estrategias de afrontamiento basadas en la emoción pueden dificultar la adopción de su rol y por lo tanto incidir en el nivel de ansiedad¹⁰. En nuestro estudio, se encontró una relación inversa de moderada a débil entre la adopción del rol con la ansiedad, lo cual indica que explicarles a los cuidadores cómo tomar decisiones en cuanto a las actividades del cuidador, la forma de organizar su rol y ayudarles a encontrar significado puede contribuir a las estrategias de afrontamiento y por ende disminuir la ansiedad. No obstante, se requieren otros estudios que correlacionen estas dos variables para confirmar estos hallazgos preliminares.

Los resultados permiten plantear que a mejor adopción del rol del cuidador menor probabilidad de presentar depresión, ansiedad y soledad. Esto coincide con lo planteado por Petruzzo et al.²⁴, quienes concluyeron que la preparación del cuidado influye en la depresión del cuidador, en su calidad física y mental, mientras que la depresión interfiere en la preparación del cuidado y la calidad de vida. Sin duda, estar deprimido y ansioso no permite entender lo que se hace como cuidador y se pierde sentido del rol, lo que en algunos casos hace que se decline de la labor o se perciba solo lo negativo de la experiencia.

En nuestra investigación, se encontraron niveles de ansiedad y depresión bajos (18,3 y 4,3 % respectivamente), lo cual podría entenderse como de bajo impacto en la salud de las cuidadoras. Sin embargo, no se podría decir que es positivo, porque por otro lado se encontró correlación directa entre la edad del paciente, los meses de diagnóstico y el número de horas al día de cuidado. Esta es una alarma para este grupo de cuidadoras, puesto que en cuidadoras de personas con insuficiencia cardíaca en edades productivas se encontró impacto en el número de horas de cuidado en relación con depresión y ansiedad²³. Así mismo, en tiempos de COVID-19, se estimaron tasas de incidencia en ansiedad del 32 % en cuidadores de personas con demencia, lo cual podría ser el valor máximo esperado en el tiempo en que se recolectó la muestra¹⁴.

El tiempo de cuidado en meses y horas al día son variables que están presentes en las investigaciones con cuidadores y especialmente se reconocen como indicadores de sobrecarga del cuidador. En este sentido, Hou et al.²³ reconocen esto y lo relacionan con la aparición de depresión y ansiedad en cuidadores de personas con ictus, resaltando que frente a la ansiedad está precedida por los gastos médicos y en el caso de mayor depresión por el sexo del cuidador; asimismo, se da mayor depresión y ansiedad cuando se cuida durante más de 8 horas.

La soledad en los cuidadores no es un fenómeno que por la pandemia por COVID-19 haya tomado relevancia, es una situación que junto con el aislamiento ha tenido que sobrellevarse desde el inicio de su rol como cuidadores y en ocasiones llega a afectar su autocuidado y autoestima al punto que sentirse solo es el efecto negativo del cuidado e impide emprender nuevos roles al tiempo. Al respecto, nuestro estudio reportó valores muy bajos para la presencia de soledad (0,9 %), lo cual discrepa de los resultados de Victor et al.²⁵, que encontraron

prevalencia del 43,7 % de soledad moderada y 17,7 % de soledad severa, o de Huertas et al.²⁶, en el que hubo una prevalencia de hasta el 30 %. La percepción de soledad en los cuidadores se da en especial por la baja calidad de las relaciones con otros familiares y amigos; sin embargo, la percepción de soledad para esta muestra de cuidadores pudo ser menor, debido a que durante la emergencia por COVID-19 el gobierno local llegó con apoyos a los lugares y personas más aisladas. En el estudio antes citado de Victor et al.,²⁵ realizado en Canadá, se aprecian datos similares entre los que se sintieron afectados en muchas dimensiones frente a los que se les mantuvo el nivel de afectación, esto puede deberse a un fenómeno en donde el cuidado surge como algo importante y valioso para la supervivencia, pero que cuando pase la crisis por COVID-19 va a volver a ser invisible, poco importante y sin aporte económico a los países.

Del mismo modo, se ha encontrado que la soledad es una variable de resultado de una cascada de sucesos que parten desde la percepción de familismo u obligación cultural a asumir el cuidado, en especial en hijas y esposas. Al respecto, Huertas et al.²⁶, pudieron identificar que estadísticamente no hay diferencias entre ser hija(o) o esposa(o) en cuanto a la percepción de soledad. No obstante, según estos autores, ser hija(o) permitió tener un rol alterno como el trabajo, lo que disminuyó la percepción de soledad²⁶, por lo que puede ser un factor protector del que se puede indagar con más profundidad. En nuestro estudio, predominó el parentesco de padre/madre en el cuidador, lo cual puede haber influido en que se tuviera baja presencia de soledad.

La relación inversa entre la adopción del rol del cuidador y la soledad demuestra que la relación satisfactoria con otros le permite al cuidador aprender de otros sobre la forma en que ejecutan el cuidado, toman decisiones, delegan el cuidado, aprenden claves para cuidar y ven las ventajas de ser cuidador. Quizás esta variable es la más significativa en relación con la percepción de soledad porque se construye en interacción con otros, ser cuidador no es solo realizar actividades instrumentales, sino aprender cada día en el ejercicio de su rol. El tiempo también influye en la mejor adopción del rol de cuidador y por lo tanto en la percepción de soledad, de hecho, se ha encontrado que a mayor tiempo de cuidado menor tiempo hay para relacionarse con otros y esto afecta también la ansiedad²⁴, de ahí que se haya encontrado en este estudio la ansiedad como un predictor de la soledad y la depresión.

Es importante llamar la atención de estos resultados en tiempos de COVID-19. En Colombia, solo a partir de la vacunación que inició en abril de 2021 se empezó a dar apertura a nivel nacional dando cumplimiento a los lineamientos, orientaciones y protocolos para enfrentar la pandemia orientando a la población en cuanto a acciones y cuidados requeridos en familias y personas cuidadoras de personas con discapacidad, tales como normas de bioseguridad, manejo de la salud mental y vacunación²⁷. Este último aspecto de vacunación resulta trascendental, pues a la fecha en Santander se está reportando una cobertura de vacunación contra el COVID-19 del 94 %²⁸. Esto indica que para el periodo de recolección de información en esta investigación pudo haberse superado el mayor riesgo frente a complicaciones por COVID-19, lo que pudo generar una baja percepción de soledad. No obstante, cabe aclarar que el aislamiento (en este caso preventivo) y la soledad no están directamente asociados, porque el aislamiento social es la separación física objetiva de otras personas, mientras que la soledad es la percepción subjetiva de estar aislado o solo²⁹.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra el muestreo intencional planteado para este estudio, el cual es un grupo de cuidadores de personas con enfermedad crónica en donde prevalecieron solo las cardiovasculares y mentales. Se desconoce para este reporte la situación en otras condiciones crónicas. Los resultados con bajos niveles de ansiedad, depresión y soledad y correlaciones débiles apenas dan cuenta de hallazgos parciales que impiden confirmar hipótesis o formular algunas otras con fuerza teórica entre todas las variables, solo se pueden hacer para el análisis una por una. Asimismo, aunque se empieza a reconocer la existencia de hombres cuidadores, en esta muestra predominó el género femenino, por lo que sigue siendo un resultado sesgado en cuanto al sexo del cuidador.

Conclusiones

Las cuidadoras de este estudio tienen un perfil similar al del contexto colombiano y de otros contextos internacionales. Se relacionaron los niveles altos de ansiedad con altos niveles de depresión y así mismo de soledad. Asimismo, se llegó a la conclusión de que los niveles satisfactorios de adopción del rol del cuidador se relacionaron con bajos niveles de ansiedad, depresión y soledad. Todas las variables tuvieron un carácter predictor de la otra, lo cual valida teóricamente las hipótesis del constructo de adopción del rol del cuidador de la persona con enfermedad crónica, que es

una construcción colombiana como teoría de situación específica.

Recomendaciones

Se recomienda ampliar la muestra a otros tipos de cuidadores que cuidan personas con cáncer, discapacidad o en niños, para poder validar las hipótesis que surgen de este estudio.

Agradecimientos

Agradecemos los cuidadores de personas con enfermedades crónicas asistentes a los servicios integrales de atención a la persona con discapacidad de la administración municipal de San Gil, Santander.

Consideraciones éticas

Los cuidadores familiares fueron contactados de forma telefónica a través del registro de atención de discapacidad del Municipio de San Gil y los instrumentos fueron aplicados por esta vía, previo consentimiento informado. Adicionalmente, este estudio contó con aval del Comité de Ética de la Universidad Nacional de Colombia.

Conflicto de interés

No tenemos conflicto de intereses que reportar en este producto académico.

Financiación

Este trabajo de investigación ha sido financiado por la Universidad Nacional de Colombia y la Fundación Universitaria UNISANGIL en el marco de los trabajos realizados en la Red Latinoamericana de Cuidado al paciente crónico y la familia, Red CroniFam.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019 [Internet]. Ginebra: OMS, 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>
2. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden

- of Disease Study 2019 [Internet]. The Lancet. 2022; 396(10258): 1204–1222. doi: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30925-9)
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Indicadores básicos en salud 2021: Situación de Salud en Colombia. [Internet]. Bogotá: MSPS; 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/indicadores-basicos-salud-2021.pdf>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe Indicadores SINERGIA: Primer semestre 2022. [Internet]. Bogotá: MSPS; 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-sinergia-primer-semester-2022-minsalud.pdf>
5. Delgado Barrera NA, Lucano Yaluzan ME, Marroquín Luna DA, Enríquez Gómez AK. Bienestar ocupacional del cuidador de adultos mayores que asisten a la parroquia Santiago Apóstol de Pasto, Colombia. Rev Criterios [Internet]. 2022; 29(2): 222–229. doi: <https://doi.org/10.31948/rev.criterios/29.2-art13>
6. Trapp SK, Ertl MM, González-Arredondo S, Rodríguez-Agudelo Y, Arango-Lasprilla JC. Family cohesion, burden, and health-related quality of life among Parkinson's disease caregivers in Mexico. Int Psychogeriatr [Internet]. 2019; 31(7): 1039–1045. doi: <https://doi.org/10.1017/s1041610218001515>
7. Rippon D, Hand A, Dismore L, Caiazza R. The impact of the COVID-19 pandemic on informal caregivers of people with Parkinson's disease residing in the UK: A Qualitative Study. J Geriatr Psychiatry Neurol [Internet]. 2022; 21: 8919887221135555. doi: <https://doi.org/10.1177/08919887221135555>
8. Carreño S, Chaparro L. Adopción del rol del cuidador familiar del paciente crónico: Una herramienta para valorar la transición. Rev Investig Andin [Internet]. 2018; 20(36): 39–54. doi: <https://doi.org/10.33132/01248146.968>
9. Zhou Z, Wang Y, Feng P, Li T, Tebes JK, Luan R, et al. Associations of caregiving knowledge and skills with caregiver burden, psychological well-being, and coping styles among primary family caregivers of people living with schizophrenia in China. Front Psychiatry [Internet]. 2021; 12: 631420. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.631420>
10. Cedillo AG, Grijalva MG, Santaella GB, Cuevas M, Pedraza A. Asociación entre ansiedad y estrategias de afrontamiento del cuidador primario de pacientes postrados. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015; 53(3): 362–367.
11. Rodríguez E. Síndrome del cuidador en familiares de pacientes con enfermedades mentales graves atendidos en el centro médico familymed. Tesis Universidad de Guayaquil [Internet]. 2022 [citado el 26 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/60484>
12. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Notas descriptivas [Internet]. OMS; 2021 [citado 26 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
13. Montero M, Sánchez J. La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. Salud Ment [Internet]. 2001; 24(1): 19–27.
14. Kaddour L, Kishita N. Anxiety in informal dementia carers: A meta-analysis of prevalence. J Geriatr Psychiatry Neurol. 2020; 33(3): 161–172. doi: [10.1177/0891988719868313](https://doi.org/10.1177/0891988719868313)
15. Soyly C, Ozaslan E, Karaca H, Ozkan M. Psychological distress and loneliness in caregiver of advanced oncological inpatients. J Health Psychol [Internet]. 2016; 21(9): 1896–906. doi: [10.1177/1359105314567770](https://doi.org/10.1177/1359105314567770)
16. Collins RN, Kishita N. The effectiveness of mindfulness- and acceptance-based interventions for informal caregivers of people with dementia: A meta-analysis. Gerontologist [Internet]. 2019; 59(4): e363–379. doi: [10.1093/geront/gny024](https://doi.org/10.1093/geront/gny024)
17. Wen X, Wang D, Li N, Qin X, Gu D. The construction of the structural equation model of burden, benefit finding, and anxiety-depression of esophageal cancer caregivers based on Lazarus stress and coping theory. Ann Palliat Med [Internet]. 2021; 10(7): 7644–7652. doi: [10.21037/apm-21-1466](https://doi.org/10.21037/apm-21-1466)
18. Barrera S, Romero R, del Sequeros Pedroso M, Olmos R, Vara C, Gallego L, et al. Stress, cognitive fusion and comorbid depressive and anxiety symptomatology in dementia caregivers. Psychol Aging [Internet]. 2021; 36(5): 667–676. doi: [10.1037/pag0000624](https://doi.org/10.1037/pag0000624)
19. Chaparro L, Sánchez B, Carrillo GM. Encuesta de caracterización del cuidado de la diada cuidador familiar - persona con enfermedad crónica. Rev Cienc Cuid [Internet]. 2014; 11(2): 31–45.
20. Arias M, Carreño S, Chaparro L. Validity and reliability of the scale, role taking in caregivers of people with chronic disease, ROL. Int Arch Med [Internet]. 2018; 11 (34): 1–10. doi: <https://doi.org/10.3823/2575>
21. Velarde C, Fragua S, García JM. Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. Semer Med Fam [Internet]. 2016; 42(3): 177–183. doi: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.017>
22. Galindo Ó, Meneses A, Herrera Á, Caballero M, Aguilar JL. Escala hospitalaria de ansiedad

- y depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. *Psicooncología* [Internet]. 2016; 12(2–3): 383–392. doi: [10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51016](https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51016)
23. Hou D, Chen Y xia, He D, Zhang X, Fan X. The relationship between caregiver reactions and psychological distress in family caregivers of patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2020; 35(3): 234–242. doi: [10.1097/JCN.0000000000000636](https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000636)
24. Petruzzo A, Biagioli V, Durante A, Emberti Gialloreti L, D’Agostino F, Alvaro R, et al. Influence of preparedness on anxiety, depression, and quality of life in caregivers of heart failure patients: Testing a model of path analysis. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2019; 102(5): 1021–1028. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.12.027>
25. Victor C, Rippon I, Quinn C, Nelis SM, Martyr A, Hart N, et al. The prevalence and predictors of loneliness in caregivers of people with dementia: findings from the IDEAL programme. *Aging Ment Health* [Internet]. 2021; 25(7): 1232–1238. doi: [10.1080/13607863.2020.1753014](https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1753014)
26. Huertas C, Márquez M, Cabrera I, Barrerao S, Pedroso M, Romero R, et al. Sociocultural influences on the feeling of loneliness of family caregivers of people with dementia: The role of kinship. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021; 18(9): 4700. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18094700>
27. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos, orientaciones y protocolos para enfrentar la COVID-19 en Colombia [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/lineamientos-orientaciones-protocolos-covid19-compressed.pdf>
28. Gobernación de Santander. En Santander más de dos millones de vacunas contra COVID han sido aplicadas [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.santander.gov.co/index.php/actualidad/item/6246-en-santander-mas-de-dos-millones-de-vacunas-contra-el-covid-han-sido-aplicadas>
29. Cacioppo S, Grippo AJ, London S, Goossens L, Cacioppo JT. Loneliness: clinical import and interventions. *Perspect Psychol Sci* [Internet]. 2015; 10(2): 238–249. doi: <https://doi.org/10.1177/1745691615570616>