



ESTRATEGIAS DE ORIENTACIÓN A FAMILIAS QUE TIENEN A SU CUIDADO PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS DEL PROGRAMA DE VISITAS A DOMICILIO

Mónica Yanneth Guerrero Madroñero
Universidad Técnica de Manabí, Ecuador
monica.guerrero.madronero@gamil.com.ec
<http://orcid.org/000-00033975-2798>

Silvia Lorena Bravo Barrezueta
Universidad Técnica de Manabí, Ecuador
Magister en Gerencia Educativa
Docente auxiliar UTM
silvia.bravo@utm.edu.ec
<http://orcid.org/0000-0001-5093-2816>

Autor para correspondencia: monica.guerrero.madronero@gamil.com.ec

Recibido: 17/03/2025

Aceptado: 30/06/2025

Publicado: 07/07/2025

RESUMEN

El estudio de pacientes crónicos es arduo y enigmático, ya que el orientador familiar debe comprender, analizar, coordinar y articular para mejorar la calidad de vida del enfermo y su entorno. El objetivo del artículo se orientó a analizar la calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes pluripatológicos que participan en el programa de visitas a domicilio del Centro de Salud Tipo A Los Esteros, en la ciudad de Manta, provincia de Manabí, Ecuador. La técnica empleada fue la entrevista, aplicada durante un periodo de 16 semanas, entre junio y septiembre de 2024; los instrumentos que se utilizaron fueron las escalas PHQ-9 y Zarit, que permitieron evaluar síntomas depresivos y niveles de sobrecarga, respectivamente. La muestra estuvo conformada por 18 cuidadores, cuyos resultados revelaron que una parte significativa presenta síntomas depresivos de moderados a graves, y niveles altos de sobrecarga emocional y física. Los ítems más afectados estuvieron relacionados con el agotamiento, la pérdida de interés personal y la sensación de desesperanza. Estos hallazgos constituyen la evidencia del impacto emocional que tiene el cuidado prolongado y sin apoyos adecuados, lo cual compromete tanto el bienestar del cuidador y la calidad de atención brindada al paciente. Por lo tanto, se concluye que es perentorio implementar estrategias de apoyo psicosocial y adaptar los programas de visitas domiciliarias para adelantar acciones integrales que contemplen también las necesidades del cuidador.



Palabras clave: cuidador primario, enfermedad crónica, orientador familiar, paciente pluripatológico, sobrecarga.

GUIDANCE STRATEGIES FOR FAMILIES WHO HAVE MULTIPLE PATHOLOGICAL PATIENTS IN THEIR CARE FROM THE HOME VISITING PROGRAM

ABSTRACT

The study of chronic patients is arduous and enigmatic, since the family counselor must understand, analyze, coordinate and articulate to improve the quality of life of the patient and his environment. The objective of this article was to analyze the quality of life of primary caregivers of patients with multiple pathologies who participate in the home visit program of the Los Esteros Type A Health Center, in the city of Manta, province of Manabí, Ecuador. The technique used was the interview, applied over a period of 16 weeks, between June and September 2024; the PHQ-9 and Zarit scales were used as instruments, which allowed the evaluation of depressive symptoms and levels of overload, respectively. The sample consisted of 18 caregivers, whose results revealed that a significant part of them have moderate to severe depressive symptoms, as well as high levels of emotional and physical overload. The most affected items were related to exhaustion, loss of personal interest and a feeling of hopelessness. These findings constitute evidence of the emotional impact of prolonged care without adequate support, which compromises both the well-being of the caregiver and the quality of care provided to the patient. Therefore, it is concluded that it is imperative to implement psychosocial support strategies and adapt home visit programs to advance comprehensive actions that also contemplate the needs of the caregiver.

Keywords: primary caregiver, chronic illness, family counselor, multi-pathological patient, overload

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población y el incremento sustancial de patologías crónicas han transformado los sistemas sanitarios a nivel mundial, provocando una mayor demanda de atención continuada, principalmente de pacientes llamados pluripatológicos porque padecen diversas enfermedades crónicas (Tinitana-Ortega 2018). Este segmento de personas muestra una alta complejidad clínica, y en



consecuencia, amerita intervenciones coordinadas, individualizadas y de duración prolongada. En este escenario, las familias adquieren la función fundamental de principales cuidadoras, tras lo cual, enfrentan situaciones sin contar, en la mayoría de las veces, con los conocimientos ni el apoyo que se requiere para desempeñar esta labor de manera eficaz.

En respuesta a estas necesidades, los programas de visitas a domicilio se han instaurado a modo de estrategia idónea para garantizar la atención integral de estos pacientes en su espacio habitual. No obstante, muchas de estas iniciativas carecen de estrategias sistemáticas de orientación dirigidas a las familias, de manera que, su efectividad es limitada (de Miguel, 2018). De igual modo, la falta de formación y acompañamiento al cuidador familiar impacta negativamente en la calidad de vida del paciente, pero además, desencadena efectos físicos, emocionales y sociales en quien se encarga del cuidado. Por ello, resulta propicio repensar y fortalecer las habilidades de orientación familiar en el marco de estos programas, desde una perspectiva más integral, equitativa y sostenible.

A partir de esta perspectiva, es necesario reconocer que la orientación tradicional de los programas de visitas a domicilio tiende a centrarse exclusivamente en las necesidades médicas del enfermo, sin incorporar al cuidador como un elemento prioritario dentro del proceso de atención. Según diversos estudios, la ausencia de una evaluación integral que incluya el estado físico, emocional y social del cuidador obstaculiza el potencial de intervención de estos programas, afectando la calidad de vida de enfermo y del que lo atiende (Gárate, 2023).

Este vacío en la atención, por un lado, perpetúa la sobrecarga de este último, quien, al no tener la orientación adecuada, en muchos casos, experimenta altos niveles de estrés y desgaste emocional, lo que repercute negativamente en su capacidad para ofrecer cuidados de calidad. Por otro lado, el paciente, aunque



reciba el tratamiento médico requerido, corre el riesgo de no gozar con el respaldo familiar necesario para su recuperación y bienestar a largo plazo.

Por ello, el diseño de estrategias de orientación dirigidas a las familias debe ser un componente central en la planificación de los programas de visitas a domicilio. Esto incluye la provisión de información sobre el manejo de las patologías del paciente, el acompañamiento emocional y el entrenamiento en habilidades de cuidado para los familiares. Una intervención más integral, que aborde las necesidades del paciente y del cuidador, mejora significativamente la calidad de vida de ambos y optimiza los resultados de salud a nivel familiar.

De esta manera, las preguntas planteadas en el contexto de esta investigación, son las siguientes:

¿Cuál es la calidad de vida del cuidador que tiene a su cargo un paciente pluripatológico desde el programa de visitas a domicilio del centro de Salud tipo A Los Esteros, Manta, Manabí, Ecuador? ¿Qué estrategias de apoyo psicosocial pueden implementarse para reducir el estrés y la carga emocional de los cuidadores familiares de pacientes pluripatológicos? ¿Cómo se pueden adaptar los programas de visitas a domicilio para incluir un enfoque integral que contemple las necesidades de salud del paciente y las del cuidador?

2. METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio fue analizar la calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes pluripatológicos que participan en el programa de visitas a domicilio del centro de salud tipo A Los Esteros. El análisis se centró en los 18 cuidadores que aparecen registrados en las historias clínicas familiares disponibles en los archivos del centro en cuestión. El enfoque temporal del estudio fue sincrónico, ya que los datos fueron recopilados y analizados simultáneamente



durante la realización de las visitas a domicilio efectuadas por las autoras de la investigación.

El método utilizado fue el analítico, pues se analizó la calidad de vida de los cuidadores de pacientes pluripatológicos. El periodo de estudio abarcó 16 semanas, comprendidas entre los meses de junio y septiembre de 2024, durante este tiempo se aplicaron los instrumentos de recolección de información en dos fases, la primera para ver las condiciones de vida del cuidador antes de la intervención con el programa de visitas, y la segunda, después de la intervención, todo ello con el fin de observar si hubo cambios en su salud. La selección de la población estuvo determinada por el área de trabajo asignada al equipo de atención domiciliaria. En el estudio se emplearon datos cuantitativos, que, de acuerdo Montoya (2017) ayuda a tener una visión integral del problema.

Se aplicó un muestreo no probabilístico de tipo intencional, seleccionando 18 cuidadores que estaban directamente vinculados a los pacientes que recibían atención domiciliaria, esto garantizó la representatividad de la muestra. Para la selección de la muestra del estudio se establecieron criterios de inclusión que aseguraron la pertinencia de los participantes en relación con los objetivos de la investigación, en ese sentido, se incluyeron únicamente cuidadores primarios registrados formalmente en las historias clínicas familiares de los pacientes pluripatológicos atendidos por el programa de visitas ya mencionado.

Estos cuidadores debían convivir con el paciente y brindar una atención directa, continua y responsable, lo que garantizó su conocimiento cercano de las condiciones del enfermo y de las dinámicas familiares involucradas en el proceso de cuidado.



Igualmente, se consideró requisito indispensable que los participantes fueran mayores de 18 años y que contaran con la capacidad de comprender y brindar su consentimiento. Sólo se incluyeron aquellas personas que aceptaron voluntariamente formar parte del estudio, manifestando su disposición a participar activamente en la aplicación de los instrumentos de evaluación; de esta forma, a decir de Macias y Espín (2024), la muestra fortalece la calidad y validez de los datos obtenidos durante la investigación.

La técnica de investigación empleada para la recolección de información fue la entrevista estructurada, con ella se obtuvieron datos precisos, comparables y organizados de manera uniforme en todos los casos. Esta técnica consistió en la aplicación de un conjunto de preguntas previamente definidas en un instrumento, presentadas en el mismo orden y con un formato estandarizado para cada participante.

En las dos aplicaciones de cada escala, las entrevistas fueron realizadas de forma presencial durante las visitas domiciliarias, en un ambiente tranquilo y privado que favoreció la comunicación y la confianza entre los cuidadores y las investigadoras.

Los instrumentos empleados para la recopilación de datos en cada entrevista fueron dos escalas estandarizadas: la escala PQH9, que ayuda a la detección temprana de la depresión en cuidadores, y que ha sido validada en la atención primaria de salud con excelentes propiedades de sensibilidad y especificidad (Cassiani-Miranda et al., 2021), y la escala de Zarit, que mide la sobrecarga del cuidador mediante una evaluación de las dificultades emocionales y físicas relacionadas con el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas y dependientes (Crespo & Rivas, 2015).



La escala PQH9 constó de nueve ítems que ayudaron a conocer la frecuencia con la que el cuidador ha experimentado síntomas relacionados con el estado de ánimo en las últimas dos semanas. Cada ítem de este instrumento contempla cuatro opciones de respuesta, Nunca (0), Varios días (1), Más de la mitad de los días (2), y Casi todos los días (3) (Castro et al., 2015), mediante las opciones fue posible obtener un puntaje total que es indicio de la presencia y severidad de los síntomas depresivos.

Los resultados que se lograron a través del cuestionario PHQ-9 se distribuyeron en cinco rangos que ayudan a identificar el grado de afectación emocional, específicamente en relación con síntomas depresivos. Kroenke (2021), señala que una puntuación entre 0 y 4 sugiere una presencia mínima de síntomas depresivos, sin que estos interfieran significativamente en las actividades cotidianas de la persona evaluada.

En el caso de obtener entre 5 y 9 puntos, se asume que hay una sintomatología depresiva leve, la cual, en muchos casos, tiende a resolverse espontáneamente con el tiempo, sin necesidad de un tratamiento especializado.

Cuando el resultado oscila entre los 10 y 14 puntos, se interpreta en una depresión de intensidad moderada, en la cual puede ser beneficioso recibir algún tipo de intervención terapéutica, ya sea a través del acompañamiento psicológico, farmacológico o una combinación de ambos.

Si el puntaje se ubica entre los 15 y 19, se habla de una depresión de moderada a severa, y que, por lo regular, requiere un abordaje terapéutico integral, con mayor énfasis en el tratamiento médico y el acompañamiento psicológico constante; mientras que, una puntuación entre 20 y 27 manifiesta un cuadro depresivo de alta gravedad, lo que demanda una atención inmediata por parte de profesionales en



salud mental. En estos casos, se recomienda de forma prioritaria una evaluación clínica especializada y la implementación de un plan de tratamiento inmediato y adecuado a las condiciones del cuidador.

La aplicación se hizo de manera verbal por las investigadoras, asegurando que el contenido de cada pregunta fuera comprendido por el participante antes de registrar su respuesta. Posteriormente, se aplicó la escala de Zarit, que cuenta con 22 ítems con opciones de respuestas en formato tipo Likert (0-Nunca, 1-Rara vez, 2-Algunas veces, 3-Bastantes veces, 4-Casi siempre. Según la literatura, los niveles de sobrecarga se interpretan generalmente así: 0 - 46 puntos: No hay sobrecarga, 47- 55 puntos: Sobrecarga leve, 56-66 puntos: Sobrecarga moderada, y 67 o más: Sobrecarga intensa (Fuentes et al., 2025).

Durante la aplicación, se prestó especial atención al tono emocional del cuidador y se ofreció contención cuando el contenido de las preguntas generó respuestas sensibles o manifestaciones de angustia.

Los resultados que se alcanzaron con estas escalas sirvieron de base para identificar niveles de riesgo emocional, y en el tiempo por venir, pueden ser empleadas para que el centro de salud reoriente intervenciones personalizadas y diseñe estrategias educativas y psicosociales más ajustadas a las condiciones de cada familia.

En este proceso, se implementó la escucha activa a los cuidadores, y se promovió la apertura para adelantar acciones conjuntas que conlleven a mejoras sus condiciones de vida. Además, se realizaron reuniones con los cuidadores con la finalidad de conocer aspectos relacionados con las patologías de los pacientes, sus complicaciones y las estrategias de cuidado.



Con el propósito de identificar la posible relación entre la sobrecarga del cuidador y la presencia de síntomas depresivos, se realizó un análisis de correlación entre los puntajes obtenidos en la escala de Zarit y la escala PHQ-9. Previo a ello, se hizo una prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para ambas variables, con el fin de determinar la naturaleza de su distribución. Los resultados dieron a entender que los datos no seguían una distribución normal ($p < 0.05$), por lo que, se optó por la correlación de Spearman, un método no paramétrico adecuado para datos ordinales o no normales.

El análisis se ejecutó con el software estadístico SPSS, en donde se introdujeron los puntajes individuales de cada cuidador para las dos escalas. Con la prueba de correlación de Spearman se estableció la existencia y el grado de asociación monotonica entre las dos variables. Los resultados se interpretaron considerando el coeficiente de correlación ρ (rho) y el valor de significancia (p), facilitando identificar si la relación observada era estadísticamente significativa. Este procedimiento aportó información importante acerca de la posible influencia de la sobrecarga emocional en el estado de salud mental de los cuidadores, reforzando la necesidad de incluir estrategias psicoeducativas y de apoyo emocional dentro del programa de visitas domiciliarias.

3. RESULTADOS

3.1. Perfil específico de los cuidadores de pacientes con pluripatologías

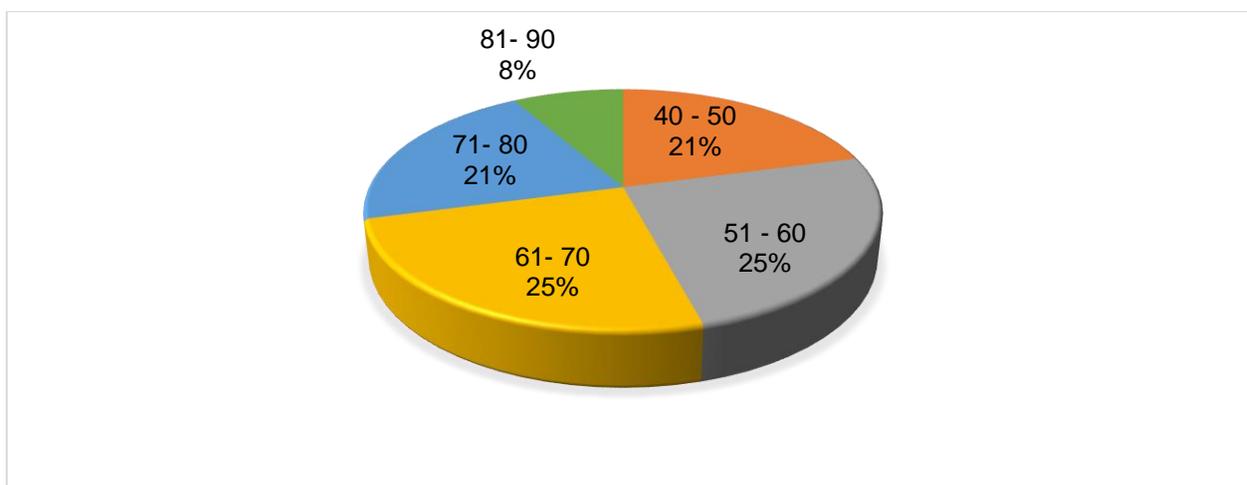
A partir de la información recopilada en las historias clínicas familiares de los pacientes incluidos en el programa de visitas a domicilio del centro de salud tipo A Los Esteros, se identificó un total de 18 cuidadores primarios responsables del acompañamiento diario de personas con múltiples patologías crónicas. El análisis de esta población ayudó establecer un perfil específico de los cuidadores,



evidenciando características comunes que representan factores decisivos en la planificación de estrategias de intervención.

Se encontró una marcada feminización del rol de cuidado, con 89% pertenecientes al sexo femenino, hallazgo coincidente con lo que reporta Álvarez-Tello et al. (2012), acerca del predominio de mujeres en tareas de cuidado. En cuanto a la distribución etaria, 25% de los cuidadores se encontraba en el rango de edad entre 61 y 70 años, otro 25% entre 51 y 60. Le siguen con 21% los cuidadores entre 71 y 80, y 21% entre 40 y 50. El resto, 8% se encontraba en el rango de 81 a 90. Esta distribución, quiere dar a entender que se trata de una población mayor con posibles limitaciones físicas propias del envejecimiento. Además, el grupo de 40 a 50 años, aun cuando representa una edad laboralmente activa, con frecuencia experimenta una sobrecarga al compatibilizar responsabilidades laborales, familiares y de cuidado.

Figura 1. *Distribución de cuidadores según la edad.*



Fuente: Elaboración propia.

En relación con el nivel educativo, se identificó que la mayor parte de los cuidadores contaba con educación básica y secundaria, esto dificulta la



comprensión de recomendaciones clínicas, el manejo adecuado de medicamentos y la identificación de signos de alarma en el paciente. Asimismo, se detectó que más del 60% de los cuidadores presentaban patologías de base, siendo la hipertensión arterial la más frecuente. Esta coexistencia de enfermedad en el cuidador representa un riesgo añadido capaz de comprometer la calidad del cuidado ofrecido, además de afectar su propia salud física y emocional (Rivas, 2020).

Este perfil evidencia lo importante que resulta desarrollar intervenciones orientadas a la educación y acompañamiento del cuidador y al abordaje de su propia salud y bienestar, tomando en cuenta su rol fundamental en el proceso asistencial del paciente pluripatológico.

3.2. Resultados de la escala PQH9

En este apartado se exponen los resultados de la aplicación del cuestionario de salud PHQ-9, que tal cual se señaló, fue aplicado a los 18 cuidadores participantes del estudio, con la idea de identificar el nivel de afectación emocional asociado al cuidado de pacientes con pluripatologías. Los datos dan la posibilidad de clasificar la gravedad de los síntomas depresivos y analizar su posible relación con los niveles de sobrecarga identificados, aportando información útil para la planificación de intervenciones que promuevan el bienestar psicológico de los cuidadores. Las preguntas de este instrumento fueron las 9 que se describen en la tabla 1.

Tabla 1. Preguntas de la escala PQH9.

Nº	Pregunta
1	¿Poco interés o placer en hacer cosas?
2	¿Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas?



-
- 3 ¿Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado?
 - 4 ¿Se ha sentido cansado(a) o con poca energía?
 - 5 ¿Se ha sentido sin apetito o ha comido en exceso?
 - 6 ¿Se ha sentido mal con usted mismo(a), como si fuera un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia?
 - 7 ¿Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, entre estas, leer el periódico o ver la televisión?
 - 8 ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? ¿O lo contrario: muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal?
 - 9 ¿Ha tenido pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera?
-

Fuente: Elaboración propia en base a Martina (2017).

3.2.1 Resultados de la escala PQH9 en la fase inicial

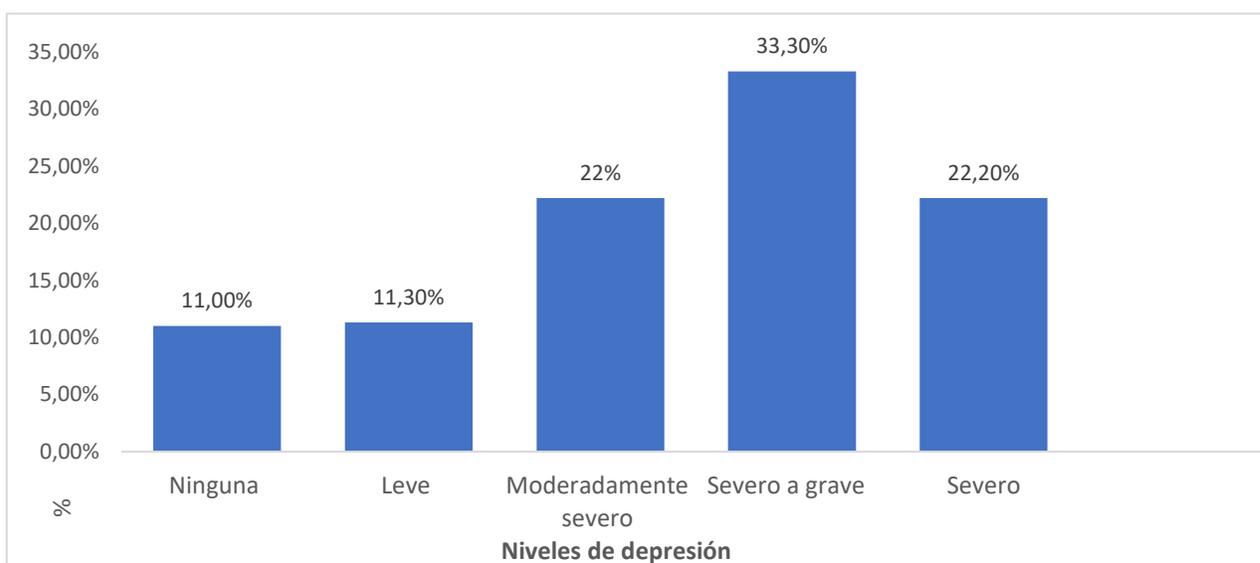
Producto de la aplicación del PHQ-9 en la fase inicial, se observó una distribución heterogénea en los niveles de depresión entre los cuidadores participantes. Sólo 11.0% no presentaron síntomas de depresión, lo que indica que su estado emocional no se ve afectado por la labor que desempeñan, al menos desde la perspectiva clínica.

Entre tanto, 11.3% se encontró en el rango de Depresión leve, lo que quiere decir, que la presencia de síntomas que, aunque no son severos, podrían intensificarse si es que no se interviene oportunamente. Por otro lado, 22.2% dejó ver síntomas de depresión moderada, un nivel en el que ya se recomienda considerar intervenciones centradas en el seguimiento psicológico o terapias breves.



Por su parte, 22.2% de los cuidadores alcanzó un puntaje correspondiente a depresión severa-grave, lo que implica una necesidad de tratamiento psicológico y posiblemente farmacológico; y 33.3% se encontró en el nivel de depresión grave (Figura 2), constituyendo motivo de preocupación, ya que estos casos demandan atención especializada e inmediata para prevenir un mayor deterioro en su salud mental.

Figura 2. *Distribución porcentual de niveles de depresión de los cuidadores investigados (Fase inicial).*



Fuente: Elaboración propia.

Al analizar los resultados se identifica con facilidad los ítems que reflejaron una mayor intensidad de síntomas depresivos, y ayuda a comprender mejor las áreas en las que los cuidadores tienen más dificultades emocionales o psicológicas. La respuesta que acumuló el mayor puntaje corresponde a depresión moderada a grave relacionada con la sensación de cansancio o falta de energía. Esto,



indudablemente refuerza la idea de que el agotamiento físico y mental es uno de los síntomas más prevalentes entre los entrevistados.

Este tipo de fatiga, según Duerto (2021) está directamente asociado con la demanda constante de la labor de cuidado, especialmente en contextos donde los cuidadores no cuentan con suficiente apoyo. La falta de descanso, las interrupciones en los ciclos de sueño y la ausencia de tiempo personal suelen provocar este agotamiento crónica, que a su vez tiende a afectar otras áreas de la vida del cuidador (Vicente-Herrero et al., 2014).

En segundo lugar, se ubicó la respuesta depresión grave o severa, referida a los sentimientos de decaimiento, tristeza o desesperanza. Esta mostró que un porcentaje importante de cuidadores experimenta síntomas emocionales negativos probablemente relacionados con la sobrecarga, la incertidumbre sobre el futuro del paciente o el aislamiento social que suele acompañar esta responsabilidad.

La tercera opción de respuesta más seleccionada fue Moderadamente severo, que aborda la pérdida de interés o placer por realizar actividades cotidianas. Este síntoma, común en cuadros depresivos, manifiesta una disminución en la calidad de vida, ya que el cuidador deja de realizar actividades que antes disfrutaba, centrándose exclusivamente en el cuidado del otro, lo que genera un desequilibrio emocional evidente. Este desapego con las actividades placenteras también se relaciona con el agotamiento físico y emocional ya mencionado.

Las respuestas con menor puntuación correspondieron a las categorías de Ninguna depresión y Depresión leve. Si bien este resultado es alentador, sólo aplica a la mayoría de los cuidadores, aun así, no debe minimizarse su importancia. La inclusión de este ítem en el cuestionario cumple una función de tamizaje, por lo



que una baja puntuación no excluye la necesidad de seguimiento, especialmente en aquellos casos donde otros síntomas alcanzan niveles moderados o graves.

En conjunto, estos resultados dan pie para concluir que, aunque no todos los cuidadores presentan síntomas depresivos graves, una gran mayoría sí experimenta señales precisas de agotamiento físico, deterioro emocional y desinterés personal, y por tanto, dan la posibilidad de señalar que es necesario implementar estrategias integrales de apoyo psicológico, orientación familiar y espacios de autocuidado dentro de los programas de visitas domiciliarias, de modo que se pueda preservar la salud mental de quienes ejercen este rol fundamental.

3.2.2. Resultados de la escala PQH9 en la fase final

Tras la aplicación de la escala PHQ-9 en la fase final, se observó una distribución relativamente equilibrada en los niveles de depresión entre los cuidadores. El 16.7% no presentó síntomas de depresión, dando a saber que su estado emocional no se ve significativamente afectado por la labor que desempeñan, al menos desde una perspectiva clínica.

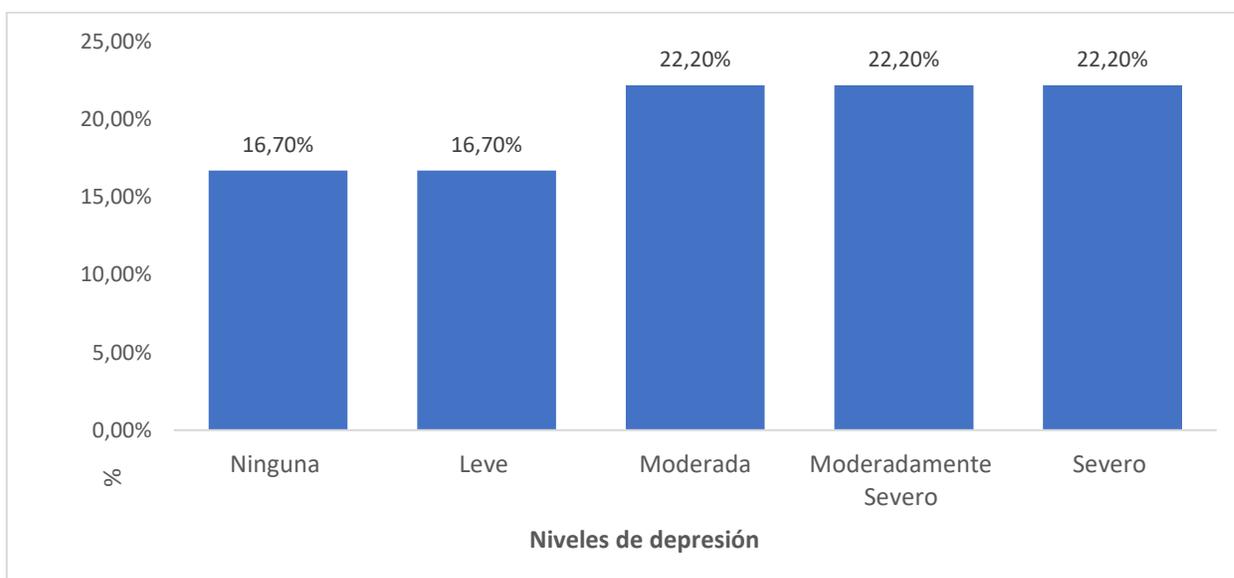
Por último, 16.7% de los cuidadores se ubicó en el nivel de depresión leve, manifestando la presencia de síntomas incipientes que, aunque no resultan incapacitantes en esta etapa, podrían intensificarse si no se tratan a tiempo.

Por otro lado, el 22.2% presentó síntomas moderados de depresión, nivel en el que ya se sugiere intervenciones centradas en el seguimiento psicológico o en la implementación de terapias breves. Igualmente 22.2% alcanzó una puntuación correspondiente a depresión moderadamente severa, misma que manifiesta un deterioro emocional mayor que afecta el bienestar general del cuidador, e implica la necesidad de apoyo psicológico profesional.



El resto, 22.2% manifestó síntomas de depresión severa que se traduce en una situación crítica que demanda atención especializada e inmediata. En estos casos, suele ser necesario combinar el tratamiento psicológico con una evaluación psiquiátrica que determine si es pertinente la prescripción farmacológica.

Figura 3. Distribución porcentual de niveles de depresión de los cuidadores investigados (Fase final).



Fuente: Elaboración propia.

Al analizar los resultados en mayor profundidad, se identifican claramente los ítems que con más intensidad de síntomas depresivos, y ayuda a comprender mejor las áreas donde los cuidadores experimentan dificultades emocionales o psicológicas más marcadas.

La respuesta que acumuló el mayor puntaje se asoció a síntomas de depresión moderada a severa, particularmente relacionados con cansancio o falta de energía. Este hallazgo le da fuerza a la idea de que el agotamiento físico y mental es uno



de los síntomas más prevalentes entre los entrevistados. En palabras de Duerto (2021), esta fatiga se relaciona estrechamente con la demanda constante de la labor de cuidado, especialmente en contextos donde los cuidadores no cuentan con suficiente apoyo.

En segundo lugar, se destacó el ítem asociado a depresión severa, referido a sentimientos de decaimiento, tristeza o desesperanza. Este hallazgo sugiere que un porcentaje considerable de cuidadores experimenta emociones negativas de forma persistente, posiblemente relacionadas con la sobrecarga, la incertidumbre sobre el futuro del paciente o el aislamiento social.

La tercera respuesta con más frecuencia fue el nivel moderadamente severo, vinculado a la pérdida de interés o placer por realizar actividades cotidianas. Este síntoma común en cuadros depresivos, ya se explicó que se asume como una disminución en la calidad de vida del cuidador, ya que tiende a abandonar actividades que antes disfrutaba, enfocándose exclusivamente en el cuidado del otro. Este desapego con lo placentero también se relaciona con el agotamiento físico y emocional antes mencionado.

Las respuestas con menor puntuación correspondieron a los niveles de ninguna depresión y depresión leve. Si bien esto es un resultado alentador, no debe interpretarse exento de riesgo.

A groso modo, estos resultados permiten concluir que, aunque no todos los cuidadores presentaron síntomas depresivos severos, una parte significativa sí manifiesta señales elocuentes de agotamiento físico, deterioro emocional y pérdida de interés personal.

Comparando los resultados de la escala PQH9 entre la fase inicial y la fase final se percibe una leve mejora en el estado emocional de los cuidadores (Tabla 2).



Aumentaron los casos sin síntomas depresivos (de 11.0 % a 16.7 %) y también los casos de depresión leve (de 11.3 % a 16.7 %). Así mismo, se redujo sustancialmente la cifra de cuidadores con síntomas depresivos graves, pasando de un 55.5 % combinado en la fase inicial a un 22.2 % en la fase final.

Los niveles moderados y moderadamente severos se mantuvieron estables en ambas fases (22.2 %). A pesar de esta mejoría general, los síntomas más comunes, o sea, fatiga, tristeza persistente y pérdida de interés, continuaron presentes, de manera tal, que el agotamiento emocional continúa siendo una constante en esta población y que las necesidades de apoyo psicológico se mantienen.

Tabla 2. Resultados comparativos de niveles de depresión entra la fase inicial y la fase final.

Nivel de depresión	Fase inicial (%)	Fase final (%)
Ninguna	11.0	16.7
Leve	11.3	16.7
Moderada	22.2	22.2
Moderadamente severa	22.2	22.2
Severa (grave/grave severa)	55.5*	22.2

Fuente: Elaboración propia. *En la fase inicial se sumaron los niveles de depresión severa-grave (22.2 %) y grave (33.3 %).

3.3. Resultados de la escala de Zarit

En esta sección se esbozan los resultados que arrojó la aplicación de la escala de Zarit, destacando los hallazgos más notables en relación con la intensidad de



sobrecarga que genera el hecho de cuidar pacientes pluripatológicos, y se identifican los niveles de impacto emocional, físico y social que esta responsabilidad genera en los cuidadores participantes. La escala de Zarit cuenta con las 22 preguntas que se detallan en la tabla 3.

Tabla 3. Preguntas de la escala Zarit.

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



-
- 20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?
21 ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?
22 Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?
-

Fuente: Elaboración propia a partir de Tartaglini (2020).

3.3.1. Resultados de la escala de Zarit fase inicial

El análisis de los resultados obtenidos mediante la escala de Sobrecarga de Zarit en la fase inicial muestra que la totalidad de los cuidadores entrevistados experimentaba algún nivel de sobrecarga (Tabla 4). De los 18 evaluados, ninguno se ubica en el rango de ausencia de sobrecarga, lo que pone de manifiesto la elevada presión física, emocional y psicológica que experimentan en su labor cotidiana.

De acuerdo con los puntajes individuales registrados, el 55.6% de los cuidadores presentó sobrecarga moderada, y un 5.6% sobrecarga intensa, haciendo comprender que más de la mitad se encuentra en situaciones preocupantes de desgaste. Este nivel implica una constante exigencia en el rol de cuidado, con implicaciones potenciales para su salud mental, emocional y física.

Al contrario, 38.9% de los cuidadores se ubicó en la categoría de sobrecarga leve. Aunque menos crítica que las anteriores, esta condición también representa una señal de alerta, pues puede evolucionar hacia estados más severos si no se implementan estrategias de apoyo o acompañamiento psicosocial a tiempo.

En la revisión de los puntajes individuales, no se observaron casos con valores superiores a 80 puntos. Sin embargo, el caso más alto registrado corresponde al cuidador C5 con 64 puntos, seguido muy de cerca por otros: C9 (61), C10 (58), y C15 (58), ubicándose todos dentro de la franja de sobrecarga moderada. Esto



exterioriza que, aunque no se alcanzan niveles extremos, sí se percibe una presión significativa y constante en su rol de cuidado.

En el otro extremo, los cuidadores que reportaron los puntajes más bajos son C1 (32 puntos) y C7 (43 puntos), los únicos que caen en el rango de ausencia de sobrecarga según el criterio numérico, aunque no explícitamente señalado así en la categorización inicial. Esto da espacio para señalar que podrían contar con apoyo adecuadas, menor carga horaria o mejores estrategias de afrontamiento, que mitigan el impacto emocional del cuidado.

Estas cifras avalan la necesidad de diseñar e implementar intervenciones integrales que aborden el componente emocional y práctico del cuidado. Promover redes de soporte, descanso adecuado y orientación psicológica son estrategias fundamentales para preservar el bienestar de los cuidadores, repercutiendo directamente en la calidad del cuidado brindado al familiar dependiente.

Tabla 4. Puntajes individuales por cuidador según la escala de Zarit, fase inicial.

Cuidador	Preguntas																					Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		22
C1	3	0	1	2	0	0	3	4	0	0	0	0	4	1	3	0	3	2	0	4	2	0	32
C2	2	1	3	4	2	2	4	2	1	1	3	1	3	3	1	3	0	3	2	4	4	1	55
C3	3	2	4	1	3	4	4	1	2	2	1	2	4	0	0	4	2	0	3	3	0	4	55
C4	4	1	1	2	1	2	2	4	0	0	4	4	1	2	2	2	2	3	2	4	3	3	52
C5	4	4	3	4	3	3	8	3	1	3	2	4	1	3	0	0	2	3	0	4	4	3	64
C6	2	3	4	3	4	3	3	2	3	0	0	1	4	1	0	3	3	2	4	3	0	4	56
C7	3	1	1	1	2	4	0	4	0	1	4	2	3	0	0	2	3	2	2	2	2	2	43
C8	3	2	4	2	0	2	2	3	1	2	2	3	2	3	2	0	2	2	0	4	3	4	52
C9	1	1	2	3	3	4	3	4	2	3	0	4	4	2	1	3	3	4	3	3	4	1	61
C10	4	4	3	4	1	4	1	3	4	0	3	1	2	3	3	2	2	3	4	0	2	4	58



C11	4	2	1	1	1	1	4	4	0	4	1	3	4	1	4	4	3	2	2	2	3	0	57
C12	2	0	4	3	1	3	2	3	3	1	4	0	4	3	0	0	2	2	0	3	2	3	50
C13	1	3	3	4	4	4	3	2	1	0	3	4	2	3	0	2	0	4	3	3	4	2	58
C14	3	2	2	2	2	2	4	4	0	4	0	2	2	2	2	3	3	1	4	2	4	4	56
C15	3	1	1	3	2	4	3	3	0	0	3	3	4	4	3	0	4	4	1	4	3	3	58
C16	3	4	4	4	3	3	2	2	1	1	2	2	3	3	0	2	2	4	4	3	3	2	59
C17	4	2	3	2	1	4	4	4	3	0	1	4	3	2	3	4	3	2	4	2	4	4	59
C18	0	1	2	2	2	3	4	2	0	1	3	2	4	4	2	1	2	4	2	4	3	3	53

Fuente: Elaboración propia.

Estos hallazgos evidencian la necesidad de implementar estrategias integrales de apoyo psicosocial, emocional y familiar, centradas especialmente en aquellos cuidadores que enfrentan una sobrecarga severa. De igual manera, sería recomendable reforzar los factores protectores ya presentes en quienes aún no presentan signos de afectación, para mantener su estabilidad a lo largo del proceso de cuidado. En definitiva, cuidar al cuidador se convierte en un aspecto esencial para garantizar no solo su calidad de vida, sino también la calidad del acompañamiento brindado a los pacientes.

Globalmente hablando, es evidente la conveniencia de implementar estrategias integrales de apoyo psicosocial, emocional y familiar, especialmente dirigidas a los cuidadores con sobrecarga severa, ya que su bienestar se relaciona directamente con la calidad de atención que brindan.

Al interpretar los puntajes individuales, se observa que las preguntas relacionadas con la pérdida de control sobre la propia vida, el agotamiento físico, la tensión emocional, la disminución de la vida social y la percepción de que el familiar depende exclusivamente del cuidador son las que más inciden en los niveles moderados de sobrecarga observados.



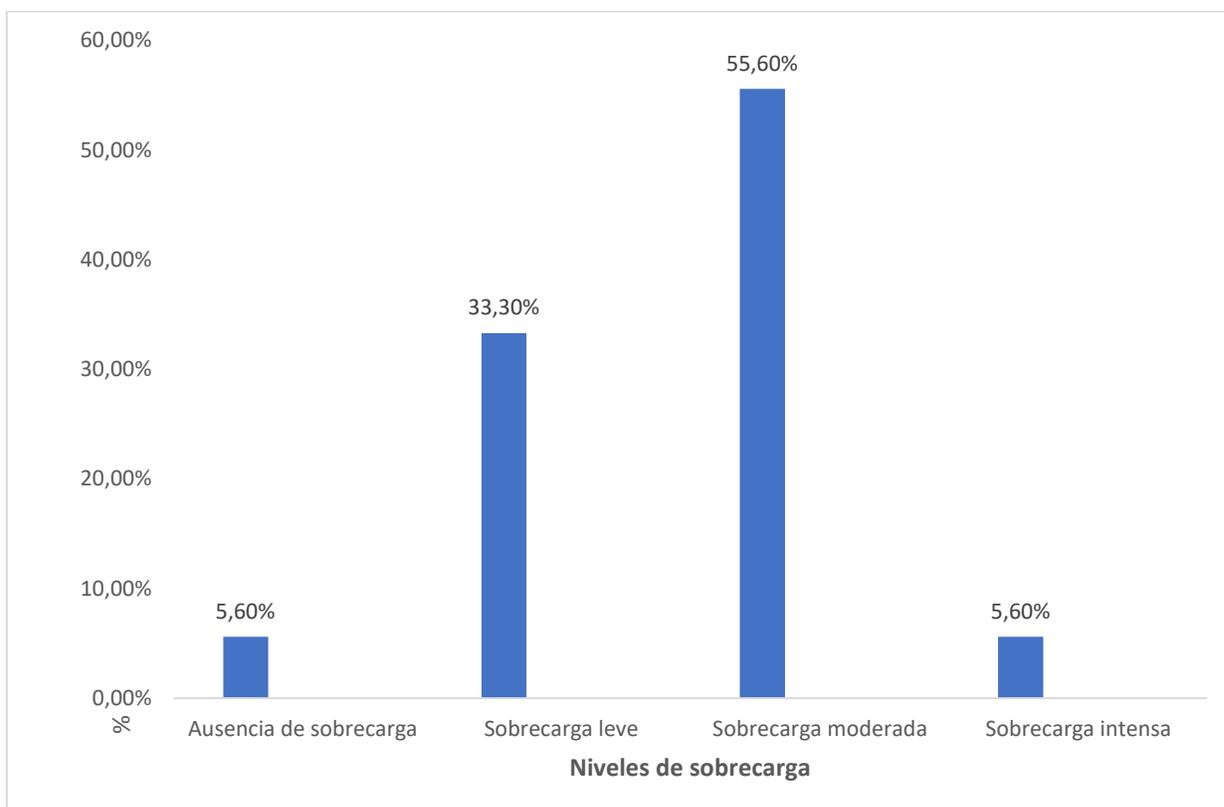
En este sentido, los cuidadores C5, C9, C10 y C15, quienes obtuvieron los puntajes más altos dentro del grupo (con valores entre 58 y 64 puntos), expresan una experiencia significativa de desgaste. Esta situación podría estar vinculada con una carga de cuidados persistente, limitada disponibilidad de apoyo institucional, y una alta responsabilidad asumida en el rol de cuidador principal.

En contraste, cuidadores con puntajes más bajos, C1, C7, C12 y C8, cuya carga se sitúa entre los 32 y 52 puntos, presentan niveles leves o mínimos de sobrecarga. Esto podría estar asociado a condiciones de apoyo más favorables, menor nivel de dependencia por parte del paciente o la implementación de estrategias de afrontamiento más efectivas, que les admiten gestionar de mejor manera las exigencias propias del cuidado prolongado.

En la figura 4 se presenta la distribución de los niveles de sobrecarga en los cuidadores evaluados durante la fase inicial del estudio, según los puntajes obtenidos en la escala de Zarit.

También se observa que el 55.6% de los cuidadores se encuentran en el nivel de sobrecarga moderada, esto es que experimentan un impacto significativo en su bienestar debido a las exigencias del cuidado. Un 33.3% está en el nivel de sobrecarga leve, lo que sugiere que, aunque enfrentan ciertas dificultades, estas son manejables en términos generales. Escasamente un 5.6% no presenta signos de sobrecarga, mientras que otro 5.6% está clasificado en sobrecarga intensa, lo que resalta una situación crítica que requiere atención inmediata.

Figura 4. *Distribución porcentual de niveles de sobrecarga en la fase inicial.*



Fuente: Elaboración propia.

Lo que ha arrojado la investigación ponen de manifiesto la importancia de considerar el nivel de sobrecarga total y los factores emocionales y contextuales que inciden en la experiencia del cuidado, ya que comprender estas variables resultaría positivo para diseñar intervenciones específicas que fortalezcan el bienestar del cuidador.

3.3.2. Resultados de la escala de Zarit fase final

El análisis de los resultados de la escala de Sobrecarga de Zarit en la fase 2 evidenció nuevamente la presencia de distintos niveles de sobrecarga entre los cuidadores encuestados, con una tendencia preocupante hacia niveles moderados e intensos.



De los 18 cuidadores evaluados, 5 de ellos (27.8 %) presentaron sobrecarga intensa (puntajes iguales o mayores a 56), que evidencia una situación crítica. Este grupo, conformado por C10, C13, C15, C17 y C18, enfrenta una carga emocional, física y psicológica que supera sus capacidades de afrontamiento, comprometiendo directamente su bienestar general y, por consiguiente, la calidad del cuidado que pueden ofrecer.

Por otro lado, 7 cuidadores (38.9 %), es decir, la mayoría, se ubicaron dentro del rango de sobrecarga moderada, con puntajes entre 47 y 55. Estos cuidadores, C3, C4, C9, C12, C14, C16 y C18, presentan ya signos claros de desgaste emocional y tensión persistente, que si no se atienden oportunamente podrían escalar a niveles más severos.

Cinco cuidadores (27.8%), identificados así: C2, C6, C7, C8 y C11, mostraron sobrecarga leve, una condición que, aunque menos alarmante, sí revela la existencia de factores estresantes en el ejercicio del rol de cuidado. A este grupo conviene ofrecerle apoyo puntual y recursos que fortalezcan su capacidad de afrontamiento, con el fin de evitar un aumento en la sobrecarga.

Finalmente, apenas un cuidador (5.6 %), C1, se ubicó en el nivel de ausencia de sobrecarga, con un puntaje de 22. Este caso representa una excepción dentro del grupo y puede estar relacionado con un contexto más favorable, por ejemplo, menor dependencia del paciente, mayor distribución de responsabilidades o buenas estrategias personales para manejar el estrés.

Al revisar los casos con puntajes más altos, destacan los cuidadores C10, C13, C15, C17 y C18, con puntajes entre 48 y 56, que evidencian una experiencia intensa de desgaste. Es probable que estos resultados estén vinculados con una alta demanda



en el cuidado diario, escasa ayuda institucional o familiar, y una sensación persistente de responsabilidad exclusiva frente al bienestar del paciente.

En contraste, los cuidadores C1, C2, C3 y C4 reportaron los niveles más bajos de sobrecarga (Tabla 5), que puede estar relacionado con una percepción más equilibrada del rol de cuidado, mayor acceso a apoyo o mejores condiciones contextuales.

Tabla 5. Puntajes individuales por cuidador según la escala de Zarit, fase final (Tabla 5).

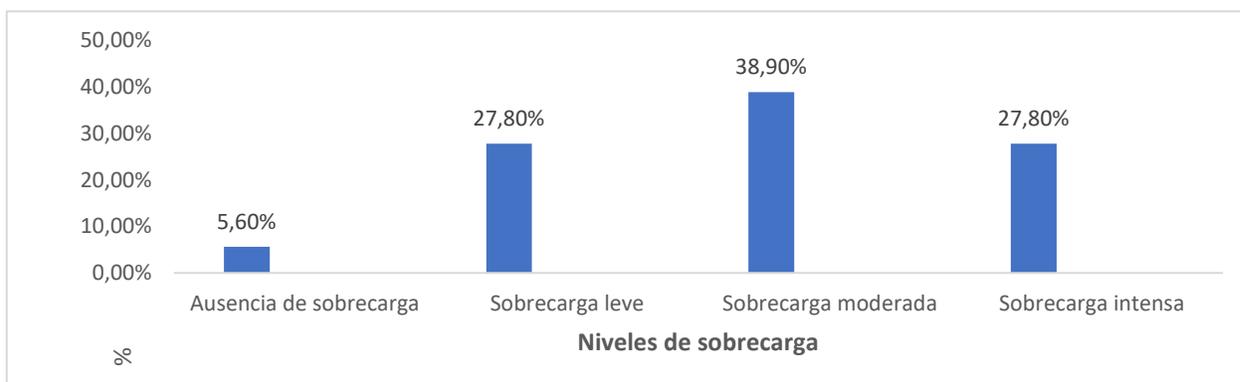
Cuidador	Preguntas																						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	Total
C1	0	0	0	1	0	0	0	4	0	4	0	0	4	0	3	0	3	0	0	0	3	0	22
C2	1	1	1	0	2	2	2	2	1	4	3	1	3	1	1	1	0	1	1	1	4	2	35
C3	0	2	3	1	3	4	1	1	2	1	1	2	4	2	0	0	2	2	0	3	3	4	41
C4	2	1	0	0	1	2	0	4	0	4	4	4	1	0	2	3	2	2	2	3	4	0	41
C5	0	4	4	1	3	3	2	3	1	2	2	4	1	3	0	0	2	3	1	1	0	3	43
C6	0	3	2	0	4	3	4	2	3	0	0	1	4	0	0	1	3	0	1	0	3	2	36
C7	1	1	0	0	2	4	0	4	0	4	4	2	3	1	0	3	3	3	0	1	1	3	40
C8	0	2	4	0	0	2	2	3	1	4	2	3	2	0	2	0	2	2	2	0	3	0	36
C9	3	1	3	0	3	4	1	4	2	0	0	4	4	2	1	2	3	0	1	3	0	3	44
C10	1	4	0	1	1	4	4	3	4	4	3	1	2	3	3	1	2	1	0	1	4	2	49
C11	0	2	2	1	1	1	2	4	0	1	1	3	4	0	4	0	3	3	2	0	1	3	38
C12	3	0	1	3	1	3	3	3	3	0	4	0	4	1	0	3	2	2	1	3	3	3	46
C13	0	3	4	0	4	4	4	2	1	4	3	4	2	4	0	2	0	3	0	1	4	0	49
C14	1	2	3	1	2	2	2	4	0	2	0	2	2	0	2	0	3	1	3	0	3	2	37
C15	0	1	1	0	2	4	3	3	0	3	3	3	4	4	3	1	4	3	4	3	0	3	52
C16	4	4	2	3	3	3	2	2	1	1	2	2	3	1	0	4	2	3	1	0	1	1	45
C17	1	2	3	1	1	4	4	4	3	3	1	4	3	0	3	0	3	1	0	1	4	3	49
C18	1	1	1	4	2	3	2	2	0	2	3	2	4	3	2	4	2	2	3	0	3	2	48

Fuente: Elaboración propia.



La figura 5 recoge la distribución porcentual de los niveles de sobrecarga en los cuidadores evaluados durante la fase 2 del estudio. Se observa que 38.9% presenta una sobrecarga moderada que evidencia un impacto notorio en su bienestar emocional y físico. 27.8% experimenta sobrecarga intensa que desencadena una situación crítica que amerita atención prioritaria. Entre tanto, 27.8% se ubica en el nivel de sobrecarga leve, mientras que solo un 5.6% no presenta signos de sobrecarga, siendo este un caso atípico dentro del grupo.

Figura 5. *Distribución porcentual de niveles de sobrecarga en la fase final.*



Fuente: Elaboración propia.

Al momento de analizar comparativamente los resultados de la escala de Zarit en la fase inicial y la fase final, se perciben cambios interesantes en la experiencia de sobrecarga que viven los cuidadores. En la fase inicial, todos los participantes mostraban algún grado de sobrecarga, predominando los niveles moderados, lo cual es sinónimo de una situación generalizada de desgaste emocional y físico, sin ningún caso que se ubicara en un nivel de bienestar o estabilidad respecto a la carga del cuidado.

Al pasar a la fase final, se denota una leve mejoría en algunos cuidadores. Por primera vez, al menos un caso logró ubicarse en el nivel de ausencia de sobrecarga, lo que indica la posibilidad de recuperación o mejor adaptación al rol de cuidado.



Así mismo, algunos cuidadores que inicialmente presentaban niveles moderados o intensos de sobrecarga, migraron hacia niveles más leves, siendo entonces, efectos positivos de posibles estrategias de afrontamiento o intervenciones implementadas.

Sin embargo, también se evidencian situaciones que empeoraron. Algunos cuidadores que al inicio se encontraban en niveles más manejables terminaron desarrollando una sobrecarga más intensa, poniendo una alerta sobre la evolución negativa del estrés acumulado y la falta de apoyo sostenido. La estabilidad de varios cuidadores en el nivel de sobrecarga moderada, igualmente muestra que, aunque no hubo un agravamiento, tampoco hubo una mejora notable en estos casos.

De forma integral, lo que arrojó la investigación es un realidad compleja y diversa. Por un lado, algunos cuidadores parecen haber mejorado o logrado un mayor equilibrio emocional, mientras que otros continúan o han entrado en situaciones de mayor tensión, evidenciando la necesidad de intervenciones continuas, ajustadas a las individualidades de cada cuidador.

3.4. Discusión

Los resultados combinados de la escala PHQ-9 y la escala de Zarit manifiestan una realidad emocionalmente compleja y altamente demandante para los cuidadores de personas con pluripatologías. Los datos recabados dan cabida para señalar que el impacto del rol de cuidado se manifiesta, además de la dimensión emocional, en niveles considerables de sobrecarga, que fluctúan a través del tiempo según las condiciones de apoyo, la evolución del paciente y la propia capacidad de afrontamiento del cuidador.



En lo relativo a la depresión, los hallazgos de la escala PHQ-9 exponen una variedad de experiencias que van desde una afectación emocional leve hasta casos clínicamente graves. Esta diversidad es entendida como un desgaste emocional que no afecta a todos por igual, pero sí impacta a la mayoría, especialmente a quienes carecen de medidas de cooperación o enfrentan situaciones de cuidado más intensas. Entre los síntomas más frecuentes destacan el agotamiento constante, la pérdida de interés en actividades placenteras y la tristeza persistente, elementos que Gómez y Araya (2019) señalan que son típicos del desgaste prolongado en cuidadores de pacientes crónicos.

En este mismo sentido, síntomas afectivos, entre los cuales, la desesperanza o el desánimo se relacionan estrechamente con las condiciones de aislamiento y la percepción de una carga continua, que quizá sea el inicio de cuadros depresivos más severos si no se brinda una atención oportuna, según advierten Vicente et al. (2017). Esta afectación emocional no es meramente circunstancial: es la expresión de una transformación profunda de la vida del cuidador, que se ve obligado a relegar su propio bienestar y proyectos personales en favor del bienestar del otro.

Al analizar los datos de la escala de Zarit en ambas fases del estudio, se vislumbra una evolución desigual. En la fase inicial, todos los cuidadores tenían algún nivel de sobrecarga, siendo la moderada la más frecuente. Esta situación se manifestaba en forma de un escenario generalizado de tensión emocional y física que afectaba de forma transversal a todos los participantes. En cambio, en la fase final, aunque se mantuvo la predominancia de la sobrecarga moderada, se identificó por primera vez un caso sin signos evidentes de sobrecarga, que sugiere por tanto, la posibilidad de mejora cuando existen condiciones propicias o estrategias de afrontamiento efectivas.



No obstante, también se evidenciaron situaciones en las que la carga aumentó con el tiempo, mostrando que el desgaste puede mantenerse e intensificarse de no atenderse adecuadamente. La coexistencia de cuidadores que lograron reducir su sobrecarga con otros que pasaron a niveles intensos, pone al descubierto una dinámica oscilante y altamente sensible a factores contextuales, institucionales y emocionales.

Existe una correspondencia entre los niveles más altos de sobrecarga y la presencia de síntomas depresivos. Núñez et al. (2014), aseveran que el estrés persistente en entornos de cuidado, especialmente cuando se percibe falta de control, aislamiento o dependencia exclusiva del paciente, actúa a modo de desencadenante directo de alteraciones emocionales serias. En este orden de ideas, las respuestas individuales en la escala de Zarit se alinean con lo señalado por Paz (2020), respecto a que el cansancio físico no puede desligarse del agotamiento emocional, ambos signos del desgaste invisible que afecta profundamente al cuidador informal.

Aunque determinados casos muestran una menor afectación emocional o física, estos son excepcionales dentro del conjunto. La mayoría, sin embargo, se ubica en escenarios de alta vulnerabilidad, por lo que se hace perentorio una respuesta institucional que reconozca su rol y que lo respalde eficazmente.

En línea con lo propuesto por da Silva (2019), los resultados reafirman la necesidad de que los sistemas de salud integren estrategias específicas de contención emocional y acompañamiento psicosocial, dirigidas a quienes sostienen silenciosamente gran parte del cuidado crónico. Es así, que atender el bienestar de los cuidadores no es nada más una cuestión de justicia y salud pública, es también una condición indispensable para garantizar una atención de calidad a las personas en situación de dependencia.



4. CONCLUSIONES

Sobre los fundamentos que ofrecen los resultados de este estudio, es posible responder a las preguntas de investigación planteadas, aportando una visión integral sobre el estado de salud física y emocional de los cuidadores familiares de pacientes con pluripatologías, vinculados al programa de visitas domiciliarias del centro de salud tipo A Los Esteros, en Manta, Manabí.

En relación con la primera pregunta, se tiene que una parte mayoritaria de los cuidadores experimenta afectaciones relevantes en su calidad de vida, especialmente en los ámbitos emocional y físico. La aplicación de las escalas PHQ-9 y Zarit posibilitó identificar manifestaciones frecuentes de síntomas depresivos y niveles variables de sobrecarga, que en muchas ocasiones alcanzan rangos moderados e intensos. A pesar que algunos cuidadores lograron mantener niveles leves o incluso nulos de afectación, estos casos fueron excepcionales.

La mayoría asume el rol con dedicación, pero en detrimento de su propio bienestar, mostrando señales contundentes de fatiga, pérdida de autonomía personal, aislamiento social y desgaste progresivo. Estos factores afectan su salud y su capacidad de brindar un acompañamiento de calidad al familiar dependiente.

Respecto a la segunda pregunta, los resultados evidencian con claridad la necesidad de implementar acciones concretas y multidimensionales orientadas al beneficio del cuidador. El agotamiento emocional y físico aparece como uno de los elementos más consistentes en ambos momentos de evaluación, en consecuencia, queda demostrado que es menester fortalecer estrategias de autocuidado y contención emocional.

Entre las acciones prioritarias se sugiere la incorporación de espacios terapéuticos, intervenciones individuales o grupales de apoyo psicológico, formación en



habilidades de afrontamiento, y la articulación con redes de apoyo comunitarias. Estas iniciativas ponen el foco en la reducción de la sobrecarga, pero además, en prevenir la progresión de los síntomas hacia cuadros depresivos clínicos, protegiendo la salud mental del cuidador y, por ende, la calidad del entorno de cuidado.

En cuanto a la tercera pregunta, los datos corroboran que el modelo actual de atención domiciliaria centrado exclusivamente en el paciente resulta limitado. La evolución de los niveles de sobrecarga entre la fase inicial y la final del estudio demuestra que, si no se realizan ajustes, el sistema de atención podría perpetuar o incluso agravar el desgaste del cuidador.

La integración rutinaria del PHQ-9 y la escala de Zarit permitiría una identificación oportuna de riesgos y la aplicación de intervenciones breves, pero efectivas, orientadas al bienestar integral del cuidador. En este sentido, se recomienda profundizar futuras investigaciones para evaluar el impacto de estas medidas y hacer seguimiento continuo al programa, con el fin de garantizar su efectividad y sostenibilidad a largo plazo.

Para cerrar, y en sintonía con los resultados de esta investigación, hay que señalar la necesidad de introducir mejoras al programa de visitas a domicilio que lleva adelante el centro de atención tipo A Los Esteros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez-Tello, M., Casado-Mejía, R., Ortega-Calvo, M., & Ruiz-Arias, E. (2012). Sobrecarga sentida en personas cuidadoras informales de pacientes pluripatológicos en una zona urbana. *Enfermería Clínica*, 22(6), 286-292. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862112001271>

Cassiani-Miranda, C. A., Cuadros-Cruz, A. K., Torres-Pinzón, H., Scoppetta, O., Pinzón-Tarrazona, J. H., López-Fuentes, W. Y., ... & Llanes-Amaya, E. R.



- (2021). Validez del Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) para cribado de depresión en adultos usuarios de Atención Primaria en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(1), 11-21.
- Castro Renteria, E. V., Palacios Bustamante, M. D. P. E., Calderón Pauta, I. D., González Diaz, E., & Rayme Velásquez, O. A. (2022). Efectos de estilos de crianza sobre la depresión en adolescentes escolarizados de una muestra peruana. *Revista de Investigación en Psicología*, 25(2), 39-54. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1609-74752022000200039&script=sci_abstract
- Crespo, M., & Rivas, M. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y salud*, 26(1), 9-15. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.002>
- da Silva Rodrigues, C. Y. (2019). *Ser cuidador: estrategias para el cuidado del adulto mayor*. Editorial El Manual Moderno. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=tZCODwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=los+servicios+de+salud+deben+integrar+mecanismos+de+contenci%C3%B3n+emocional+y+acompa%C3%B1amiento+terap%C3%A9utico+dirigido+s+a+cuidadores+informales&ots=ph9Cr8T_G_&sig=yHWTQK8e729KPSlrNwVznZ1SGFo#v=onepage&q&f=false
- de Miguel, C., de la Piedra, M. R., Pérez, M. G., Ruiz, A. J. G., & Babarro, A. A. (2018). Comparación directa de los costes sanitarios en los 2 últimos meses de vida en pacientes oncológicos a partir de certificados de defunción en un área periurbana según reciban o no atención en su domicilio por un equipo de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*, 25(4), 260-267. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134248X17300952>
- Duerto, P. (2021). Cuerpos acelerados: un análisis de los efectos de la temporalidad neoliberal en la subjetividad. *Res Publica Revista de Historia de Las Ideas Políticas*, 24(3), 505-517. <https://dx.doi.org/10.5209/rpub.79248>
- Fuentes, F. C., del Moral Bernal, A., & Hernández, A. S. (2025). Relación entre percepción de sobrecarga y la funcionalidad familiar en el cuidador primario del paciente con hemodiálisis. *Archivos en Medicina Familiar*, 27(2), 63-67. <https://archivosenmedicinafamiliar.com/index.php/AMF-2023-06/article/view/130>
- Gárate, B. K. E. (2023). Aportes de la economía feminista a la gestión de salud integral: el caso de la Escuela de Pacientes Crónicos del Centro de Innovación de la Salud de la Universidad de Cuenca 2019-2020. *Revista*



- Iuris*, 2(18), 149-187.
<https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/iuris/article/view/5352>
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S003474501930071X>
- Kroenke, K. (2021). PHQ-9: global uptake of a depression scale. *World psychiatry*, 20(1), 135.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7801833/>
- Macias, I. N. V., & Espín, A. D. P. V. (2024). Resiliencia y riesgo suicida: Un estudio comparativo entre voluntarios y no voluntarios. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 6(4), 141-149.
<https://editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/1137>
- Martina, M., Ara, M. A., Gutiérrez, C., Nolberto, V., & Piscocoya, J. (2017, October). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 78, No. 4, pp. 393-397). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832017000400004&script=sci_abstract
- Montoya, J. W. P. (2017). Aspectos metodológicos para evaluar una política pública. *RHS: Revista Humanismo y Sociedad*, 5(1), 2-7.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7083580>
- Núñez, D. P., Viamontes, J. G., González, T. E. G., Vázquez, D. O., & Cabrerías, M. C. (2014). Conocimientos sobre estrés, salud y creencias de control para la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3), 354-363. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=58109>
- Paz, D. C. B. (2020). Síndrome de burnout y fatiga laboral. *Cienciamatria*, 6(1), 264-294. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7390785>
- Rivas Bueno, G. A. (2020). Fortalecimiento de la autonomía en el adulto mayor para mejorar su participación en la comunidad barrio Govaroba (Bogotá DC). <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/39210>
- Tartaglino, M. F., Feldberg, C., Hermida, P. D., Heisecke, S. L., Dillon, C., Ofman, S. D., ... & Somale, V. (2020). Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en Buenos Aires, Argentina. *Neurología Argentina*, 12(1), 27-35.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1853002819300862>



- Tartaglino, M. F., Feldberg, C., Hermida, P. D., Heisecke, S. L., Dillon, C., Ofman, S. D., & Somale, V. (2020). Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en Buenos Aires, Argentina. *Neurología Argentina*, 12(1), 27-35. DOI: 10.1016/j.neuarg.2019.11.003
- Tinitana-Ortega, J. E., Torres-Jaramillo, I., Tacuri-Romero, J. N., Ajila-Vacacela, J., Zari-Espinoza, D. B., & Zhuzhingo-Vásquez, C. (2018). Polifarmacia en pacientes adultos mayores pluripatológicos que acuden al primer nivel de atención en salud. *Facsalud-Unemi*, 2(3), 34-41. <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/facsalud-unemi/article/view/807>
- Urrego-Mendoza, Z. C., Natib-Rosero, A. C., & Ramírez-Cuervo, G. (2024). Salud mental y psicosocial en supervivientes a la masacre de Bojayá: estudio narrativo de tópicos. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 56. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072024000124015&script=sci_arttext
- Vicente Pardo, J. M., & López-Guillén García, A. (2017). Problemas y factores psicológicos en el retorno al trabajo tras incapacidad temporal prolongada por cáncer de mama. *Medicina y seguridad del trabajo*, 63(248), 245-259. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2017000300245&script=sci_arttext
- Vicente-Herrero, M. T., Alberich, J. I. T., García, M. J. T., & López-González, Á. A. (2014). Trastornos del sueño y trabajo. Aspectos preventivos, médico-legales y laborales. *Revista Española de Medicina Legal*, 40(2), 63-71. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0377473213000357>