

AVANÇES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA:

EXPLORANDO LA INVESTIGACIÓN
CUALITATIVA EN MADRES, ADULTOS
MAYORES Y PACIENTES CON ALZHEIMER

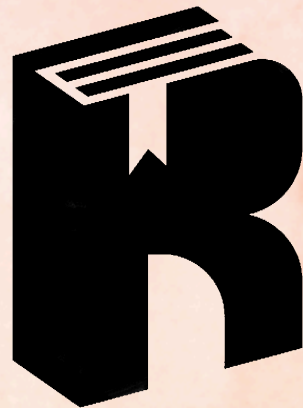
Tomo I



Andres Alexis Ramírez Coronel
Pedro Andres Muñoz Arteaga
Jessica Vanessa Quito Calle
Maria Lorena Cañizares Jarrin
Omar Francisco Saquicela Ochoa



REDLIC | Red Editorial
Latinoamericana de
Investigación Contemporánea



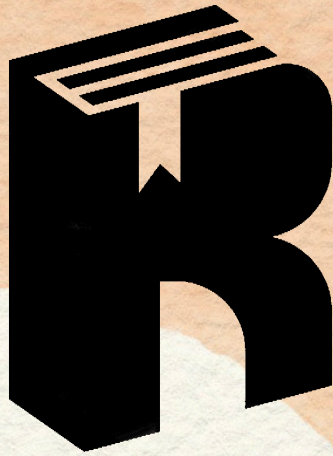
REDLIC
Red Editorial
Latinoamericana de
Investigación Contemporánea

AVANÇES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA:

EXPLORANDO LA INVESTIGACIÓN
CUALITATIVA EN MADRES, ADULTOS
MAYORES Y PACIENTES CON ALZHEIMER

Tomo I





REDLIC
Red Editorial
Latinoamericana de
Investigación Contemporánea

AVANÇES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA:

EXPLORANDO LA INVESTIGACIÓN
CUALITATIVA EN MADRES, ADULTOS
MAYORES Y PACIENTES CON ALZHEIMER

Tomo I

Título:

Avances en Psicología Clínica: Explorando la Investigación cualitativa en Madres, Adultos mayores y Pacientes con Alzheimer. Tomo I


Primera edición: Enero 2025

ISBN: 978-9942-659-17-0


Link:


<https://redliclibros.com/index.php/publicaciones/catalog/book/50>




 <https://doi.org/10.58995/lb.redlic.50>


Producción editorial y coordinación técnica

 Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea REDLIC S.A.S. (978-9942-7063)

 Avenida 3 de Noviembre y Segunda Transversal

 www.editorialredlic.com

 rev.investigacioncontemporanea@gmail.com
contactos@editorialredlic.com

 +593 98 001 0698

Coordinador editorial: Dra. Marcial Iliana Criollo Vargas

Diseño de portada: RedSocial Design
Diseño y diagramación: RedSocial Design

Copyright (c) 2024 Obra sometida al arbitraje por pares académicos bajo la modalidad de doble par ciego.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) cc by

Usted es libre para Compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato y Adaptar el documento, remezclar, transformar y crear a partir del material para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de: Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumen de licencia - Texto completo de la licencia](#)

AUTORES

Andres Alexis Ramírez Coronel
Universidad Politécnica Salesiana

Pedro Andres Muñoz Arteaga
Universidad Politécnica Salesiana

Jessica Vanessa Quito Calle
Universidad Politécnica Salesiana

Maria Lorena Cañizares Jarrin
Universidad Politécnica Salesiana

Omar Francisco Saquicela Ochoa
Universidad Politécnica Salesiana

¿CÓMO CITAR?

Ramírez Coronel, A. A., Muñoz Arteaga, P. A., Quito Calle, J. V., Cañizares Jarrin, M. L., & Saquicela Ochoa, O. F. (2025). *Avances en Psicología Clínica: Explorando la investigación cualitativa en madres, adultos mayores y pacientes con Alzheimer, Tomo I*. Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea REDLIC S.A.S. <https://doi.org/10.58995/lb.redlic.50>.

AVISO LEGAL

IMPORTANTE

Los autores son los únicos responsables de todos los manuscritos incluidos en este libro. Se permite la reproducción total o parcial de dichos manuscritos utilizando cualquier método o medio, excepto con fines comerciales o lucrativos.

Los autores que publiquen en la Red Editorial Latinoamericana de investigación contemporánea (REDLIC S.A.S.) aceptan los siguientes términos:

1. Los autores mantienen sus derechos de autor (copyright) y otorgan a la Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea (REDLIC S.A.S) el derecho de la primera publicación de su trabajo, bajo una licencia Creative Commons Attribution 4.0. Esta licencia permite que terceros utilicen el contenido publicado, siempre que se mencione la autoría y la primera publicación en esta editorial.
2. Los autores pueden establecer acuerdos adicionales para la distribución no exclusiva de la versión publicada de su libro/capítulo de libro en otros lugares, como repositorios institucionales, siempre y cuando se indique claramente que el trabajo fue publicado por primera vez en esta editorial.
3. Los autores conservan sus derechos de autor (copyright) y garantizan a la Red Editorial Latinoamericana de investigación contemporánea (REDLIC S.A.S.) el derecho a publicar el manuscrito a través de los canales que considere apropiados.
4. Se permite y se recomienda a los autores compartir su trabajo en línea (por ejemplo, en repositorios institucionales o páginas web personales), una vez que el libro o capítulo de libro haya sido aceptado para su publicación. Esto puede conducir a intercambios productivos y a una mayor y más rápida citación del trabajo publicado.

PRÓLOGO

La psicología clínica, como disciplina fundamental en el estudio y tratamiento de la salud mental, ha avanzado significativamente en las últimas décadas. Los métodos de investigación han evolucionado para adaptarse a las necesidades cambiantes de la sociedad y a los diversos grupos poblacionales que requieren atención psicológica.

Este libro, “Avances en Psicología Clínica: Explorando la Investigación Cualitativa en Madres, Adultos Mayores y Pacientes con Alzheimer”, ofrece una mirada profunda y comprensiva a través de la lente de la investigación cualitativa, proporcionando una perspectiva rica y matizada de las experiencias vividas por estos grupos.

El uso de metodologías cualitativas en la psicología clínica permite una comprensión más profunda de los fenómenos psicológicos, al centrarse en la subjetividad y las narrativas personales. Este enfoque es especialmente valioso cuando se trabaja con poblaciones como las madres, los adultos mayores y los pacientes con Alzheimer, cuyas experiencias a menudo no pueden ser capturadas plenamente a través de métodos cuantitativos tradicionales.

El capítulo dedicado a las madres explora las complejidades emocionales y psicológicas de la maternidad, incluyendo las experiencias de estrés, ansiedad y depresión postparto. La investigación cualitativa en este ámbito permite un análisis detallado de las narrativas de las madres, revelando cómo construyen su identidad maternal y enfrentan los desafíos asociados con la crianza.

A través de entrevistas en profundidad y grupos focales, se desentrañan las dinámicas familiares y las influencias socioculturales que afectan su bienestar mental.

El envejecimiento de la población es un fenómeno global que presenta numerosos desafíos para la salud mental. Este libro aborda la calidad de vida, el estado funcional, la depresión y el deterioro cognitivo en los adultos mayores. La investigación cualitativa en este contexto destaca las voces de los propios adultos mayores, permitiendo una comprensión más completa de sus necesidades y experiencias. Las historias de vida, los estudios de caso y las entrevistas narrativas ofrecen una visión holística de cómo los adultos mayores perciben su propio envejecimiento y manejan las transiciones vitales.

El Alzheimer y otras demencias representan una carga significativa tanto para los pacientes como para sus cuidadores. La investigación cualitativa sobre este tema se centra en las experiencias subjetivas de vivir con la enfermedad y los impactos en las relaciones familiares. A través de métodos como las entrevistas semiestructuradas y la observación participante, se exploran los desafíos emocionales y las estrategias de afrontamiento de los pacientes y sus familias. Este enfoque permite visibilizar las necesidades no satisfechas y las áreas donde se puede mejorar la intervención clínica.

Este libro no solo resalta la importancia de la investigación cualitativa en la psicología clínica, sino que también subraya la necesidad de enfoques centrados en la persona para comprender y abordar los problemas de salud mental. A través de estudios detallados y análisis profundos, se espera que esta obra inspire a profesionales y estudiantes a valorar y aplicar métodos cualitativos en su práctica y en su investigación, contribuyendo así a una mejor comprensión y tratamiento de las enfermedades psicológicas en diversos contextos.

La lectura de *Avances en Psicología Clínica: Explorando la investigación cualitativa en Madres, Adultos Mayores y Pacientes con Alzheimer* promete ser una experiencia enriquecedora que amplía el horizonte del conocimiento y abre nuevas vías para la intervención y el apoyo psicológico efectivo

Dr. Andrés Ramirez, PhD.
Universidad Politecnica Salesiana

Índice

15

CAPÍTULO I

ENTRE AMOR Y DESESPERACIÓN: LA VISIÓN DE UNA CUIDADORA CUENCANA FRENTE AL ALZHEIMER.

Resumen

Introducción

Metodología

Resultados

Discusión

Conclusiones

Referencias

62

CAPÍTULO II

TRAS LAS HUELLAS DEL DOLOR: PERSPECTIVAS DE MADRES SOBRE EL ABUSO PSICOLÓGICO INFANTIL EN CUENCA.

Resumen

Introducción

Metodología

Resultados

Discusión

Conclusiones

Referencias

121

CAPÍTULO III

ENFRENTANDO EL ALZHEIMER: PERSPECTIVAS DE UN CUIDADOR EN CUENCA, ECUADOR.

Resumen

Introducción

Metodología

Resultados

Discusión

Conclusiones

Referencias

Índice

182

CAPÍTULO IV

REFLEJOS DE LA SOLEDAD: VIVENCIAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE CUENCA.

Resumen
Introducción
Metodología
Resultados
Discusión
Conclusiones
Referencias

238

CAPÍTULO V

REALIDADES OCULTAS: LA EXPERIENCIA DE UN ESTUDIANTE UNIVERSITARIO CON EL ABUSO SEXUAL EN CUENCA.

Resumen
Introducción
Metodología
Resultados
Discusión
Conclusiones
Referencias

INTRODUCCIÓN

El libro *Avances en Psicología Clínica: Explorando la investigación cualitativa en Madres, Adultos Mayores y Pacientes con Alzheimer* se presenta como una obra integral que profundiza en el campo de la psicología clínica mediante el enfoque cualitativo. Este enfoque, centrado en la comprensión profunda y detallada de las experiencias humanas, se muestra particularmente valioso para abordar los desafíos únicos y complejos que enfrentan las madres, los adultos mayores y los pacientes con Alzheimer.

El volumen incluye investigaciones recientes y estudios de caso que exploran las vivencias, emociones y procesos cognitivos de los sujetos, proporcionando una visión holística y enriquecedora de sus realidades. En el caso de las madres, se abordan temas como la maternidad, la salud mental postparto y la dinámica familiar. A través de estudios cualitativos, se examinan las diversas formas en que las madres perciben y manejan su rol, las dificultades emocionales que pueden surgir y las estrategias de afrontamiento que emplean. La narrativa cualitativa permite capturar la complejidad de las experiencias maternas, ofreciendo insights significativos para la práctica clínica y el apoyo psicoterapéutico.

El libro también se enfoca en los adultos mayores, un grupo que enfrenta numerosos desafíos relacionados con el envejecimiento, la pérdida de funcionalidad y la adaptación a nuevas etapas de vida

Los estudios cualitativos destacan la importancia de comprender las percepciones subjetivas de los adultos mayores sobre su calidad de vida, sus relaciones familiares y sociales, y su salud mental. La investigación cualitativa permite una comprensión más profunda de cómo estos individuos encuentran significado y satisfacción en sus vidas a pesar de las adversidades.

Finalmente, se dedica atención a los pacientes con Alzheimer, una población que presenta desafíos únicos tanto para ellos mismos como para sus cuidadores. A través de entrevistas en profundidad y estudios de caso, los autores exploran las experiencias cotidianas de estos pacientes, las percepciones de sus cuidadores y las estrategias de intervención más efectivas. La investigación cualitativa proporciona una ventana crucial para entender cómo los pacientes con Alzheimer y sus familias enfrentan la progresión de la enfermedad, y cómo se pueden mejorar las intervenciones clínicas para apoyar su bienestar.

Los avances en Psicología Clínica: Explorando la Investigación Cualitativa en Madres, Adultos Mayores y Pacientes con Alzheimer es una contribución significativa a la literatura psicológica, que no solo amplía el conocimiento teórico y práctico sobre estos grupos, sino que también destaca la importancia del enfoque cualitativo en la investigación clínica. A través de una exploración cuidadosa y detallada de las experiencias humanas, este libro ofrece perspectivas esenciales para mejorar la práctica clínica y el apoyo psicoterapéutico a estos colectivos vulnerables.

CAPÍTULO I

ENTRE AMOR Y DESESPERACIÓN: LA VISIÓN DE UNA CUIDADORA CUENCANA FRENTE AL ALZHEIMER

Kayla Stephanie Pulgarin Campozano

Carrera de Psicología Clínica

Universidad Politécnica Salesiana

<https://orcid.org/0009-0002-8753-0786>

kpulgarin@est.ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador.

Jessica Vanessa Quito Calle

Grupo de investigación en Psicología (GIPSI-SIB)

Universidad Politécnica Salesiana

<https://orcid.org/0000-0002-1428-5081>

jquito@ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador.

Andres Alexis Ramírez Coronel

Grupo de investigación en Psicología (GIPSI-SIB)

Universidad Politécnica Salesiana

<https://orcid.org/0009-0007-3493-6519>

aramirezc1@ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador

Resumen

Introducción: La enfermedad de Alzheimer afecta en grandes cantidades a los adultos mayores, dificultando la capacidad de que sigan siendo personas independientes y provoca diversos síntomas tanto cognitivos como emocionales. **Objetivo:** Comprender las percepciones de una cuidadora de la ciudad de Cuenca – Ecuador de un paciente que padece Alzheimer. **Metodología:** El método empleado es cualitativo-fenomenológico. Se creó una entrevista semiestructurada de ocho preguntas abiertas y se aplicó a una mujer cuidadora de 19 años. **Resultado:** El consumo de sustancias psicoactivas, específicamente el tabaco, es visto como el principal factor de riesgo para padecer la enfermedad de Alzheimer. Aparte del deterioro cognitivo, el paciente puede presentar un retraso psicomotor de los miembros inferiores ante su falta de agilidad física. Para la cuidadora, la empatía y la atención son fundamentales para brindarle estabilidad al paciente. **Conclusión:** Se propone un programa con estrategias psicológicas encaminadas a promover el cuidado de cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer.

Palabra clave: Alzheimer, cuidadores, consumo de sustancias, empatía, atención.

Between love and despair: a cuencana caregiver's vision of Alzheimer's disease

Abstract

Introduction: Alzheimer's disease affects older adults in large numbers, hindering their ability to remain independent people and causes various symptoms both cognitive and emotional. **Objective:** To understand the perceptions of a caregiver in the city of Cuenca - Ecuador of a patient suffering from Alzheimer's disease. **Methodology:** The method used is qualitative phenomenological. A semi-structured interview of eight open-ended questions was created and applied to a 19-year-old female caregiver. **Results:** The use of psychoactive substances, specifically tobacco, is seen as the main risk factor for Alzheimer's disease. In addition to cognitive impairment, the patient may present psychomotor retardation of the lower limbs due to a lack of physical agility. For the caregiver, empathy and attention is essential to provide stability to the patient. **Conclusion:** A program with psychological strategies aimed at promoting caregiving for caregivers of people with Alzheimer's disease is proposed.

Keywords: Alzheimer's disease, caregivers, substance use, empathy, attention.

Introducción

La enfermedad del Alzheimer es un trastorno neurológico que provoca la necroptosis de las neuronas en el cerebro. La enfermedad comienza con síntomas leves que, con el paso del tiempo, se van agravando. Por lo tanto, los primeros síntomas se atribuyen a la vejez o el olvido normativo (Romano et al., 2007). También, al Alzheimer se lo define como un trastorno neurológico que afecta a las neuronas. Por lo que, la enfermedad empieza con una mínima invasión hasta ir agravando sus síntomas, los cuales también se pueden atribuir a la vejez. La etapa en donde comienza la adultez mayor se da desde los 60 años, aunque pueden existir diferencias (Alvarado y Salazar, 2014). Al comienzo de esta edad se nota la decadencia, siendo una causa nativa y compleja que lleva permutaciones biológicas, psicológicas y sociales con el paso del tiempo. La forma de experimentar la vejez depende de factores individuales y contextuales. Involucrando de esta manera una adaptación evolutiva dependiendo de las transformaciones físicas y cognitivas de la edad (Alvarado y Salazar, 2014).

La enfermedad afecta la memoria, las destrezas para pensar y con el paso de la época la cabida de hacer labores sencillas. Según diversas investigaciones realizadas en Estados Unidos, se establece que 6 millones de adultos mayores pueden llegar a padecer la enfermedad (National Institute on Aging, 2023). Asimismo, se encontró que la prevalencia del Alzheimer en Ecuador es relevante, dado que en las mujeres se presenta en un 65% y en los hombres en un 35%. En cuanto a las edades, se encontró que el 35% se encuentra entre los 60 a 65 años y el 20 % entre los 66 a 71 años (Mejía et al., 2021).

Consecuentemente, se encuentran dos etapas importantes en la enfermedad del Alzheimer: el estadio asintomático y el presintomático. El estadio presintomático se refiere a los primeros eventos patógenos o las lesiones del Alzheimer hasta cuando aparecen las primeras

modificaciones cognitivas (Allegri et al., 2011). Mientras que, el estadio asintomático se puede identificar por medio de la evidencia de amiloidosis cerebral en las neuroimágenes o cambios en el líquido cefalorraquídeo, es decir, notando concentraciones inusuales de amiloide β 42, tau y fosfotau. Es importante recalcar que aún no preexiste una fiabilidad predictiva de estos hallazgos (Allegri et al., 2011). El término EA presintomática hace referencia a individuos que pueden desarrollar la enfermedad del Alzheimer, por lo cual solo es previsible en linajes afectados por formas monogénicas autosómicas dominantes, donde se dan metamorfosis específicas (Allegri et al., 2011).

Antes de la enfermedad de Alzheimer se da una etapa sintomática considerada la predemencia, en donde aparecen señales clínicas como problemas de memoria episódica lo que provoca que existan dificultades en recordar la información sin ayuda, las cuales no interfieren en las actividades cotidianas por lo que no son suficientes para detectar demencia. En esta etapa, se encuentran marcadores biológicos en el líquido cefalorraquídeo (Allegri et al., 2011).

Después de esta etapa se da la etapa en la que aparecen los signos cognitivos afectando la memoria episódica y otro aspecto cognitivo, siendo lo bastante grave para afectar las relaciones o las habilidades sociales. En esta etapa se pueden presentar partes típicas como atípicas (Allegri et al., 2011).

Entre las causas del Alzheimer están presentes los siguientes: a) factores genéticos biológicos, que representan una gran responsabilidad respecto al Alzheimer en los adultos mayores. Además, pueden existir antecedentes familiares y el envejecimiento para que desencadene la enfermedad. También, podemos encontrar que el Alzheimer puede ser provocado por factores ambientales, entre estos se encuentra presente el consumo de alcohol, tabaquismo, mala alimentación, inactividad física

como cognitiva, la depresión y el bajo nivel educativo (Chandrashekar et al., 2023).

En cuanto a las consecuencias de la enfermedad, se encontró que el Alzheimer ocasiona un deterioro en el área cognitiva del cerebro. Este deterioro ocurre de manera gradual y va modificando las conductas de la persona. Además, la enfermedad ocasiona que el cerebro se contraiga dando lugar a la desmielinización en las funciones cerebrales, lo que afecta a la memoria y a la inteligencia del individuo (Chandrashekar et al., 2023).

Según la Organización Panamericana de la Salud, el Alzheimer ha aumentado de forma global, a tal punto de afectar de manera significativa a las familias, dado que la persona se vuelve dependiente de esta. El cuidador principal experimenta repercusiones tanto psicológicas como emocionales, siendo de manera dominante negativas.

En la zona del Caribe y América Latina se encontró que el Alzheimer va en aumento de manera crucial, ocasionando que las mujeres experimenten una carga mayor. Es importante destacar que, con respecto a la enfermedad del Alzheimer existe un considerable desconocimiento y entendimiento de esta, lo que ocasiona dificultades en el diagnóstico y en una intervención temprana (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

El Ministerio de Salud Pública en Ecuador atiende a un número elevado de personas padecientes de Alzheimer, siendo mujeres de 65 años en adelante la mayoría de los casos. Dadas estas cifras alarmantes, es esencial e importante empatizar con las percepciones de los cuidadores para brindarles un bienestar emocional y un mejoramiento en su calidad de vida tanto en pacientes como en familias, planteando estrategias asertivas de prevención y atención. Con este análisis se buscó obtener una percepción más cercana de los cuidadores de Alzheimer, logrando que esta investigación sea de total relevancia para el Ecuador

por la poca información existente sobre sus interpretaciones. Para el efecto, se generó una entrevista semiestructurada para aplicar a un cuidador con un paciente con Alzheimer, enfocada en la atención y en el bienestar de los custodios. Los resultados obtenidos llevarán a desarrollar una propuesta psicológica que ayude a minimizar la sobrecarga de los cuidadores, los cuales pueden experimentar desafíos emocionales y físicos.

Dado que existen diferentes tipos de Alzheimer, se los irán describiendo consecutivamente. En primer lugar, se encuentra la enfermedad del Alzheimer, típica que se refiere a un deterioro consecutivo de la memoria episódica desde temprana edad hasta que se acompaña con otros trastornos cognitivos y síntomas neuropsiquiátricos. El diagnóstico se puede establecer cuando se observan los marcadores biológicos del Alzheimer en pruebas realizadas en vivo (Allegrí et al., 2011).

En segundo lugar, está el padecimiento del Alzheimer atípica, que es una representación menos habitual de la enfermedad, pero se ven involucradas la afasia progresiva primaria no fluida, la afasia logopédica, la variante frontal de la enfermedad de Alzheimer y la atrofia cortical posterior. Por tanto, para llevar a cabo el diagnóstico tiene que existir evidencia en vivo por medio de la presencia de amiloidosis cerebrales para diagnosticar la enfermedad (Allegrí et al., 2011).

Finalmente, tenemos la enfermedad de Alzheimer mixta, la cual se establece cuando los criterios diagnósticos de la enfermedad se cumplen por completo. También, muestran evidencia clínica, biológica o neurológica por medio del uso imagenomológico (Allegrí et al., 2011).

Siguiendo con el tema, se debe de comprender las repercusiones que tiene la enfermedad en la familia. Uno de los costos más altos implica el impacto significativo en la existencia del paciente, familia y en los cuidadores. Con el aumento de los síntomas, ocasionan que el paciente

sea dependiente, lo que hace que los cuidados del cuidador incrementen en su dificultad. Cada vez que la enfermedad va en aumento, la familia puede enfrentar situaciones difíciles como la discapacidad, decaimiento y la pérdida de las relaciones compartidas. Lo que ocasiona cambios en los roles y en las funciones que desempeña cada miembro de la familia dando paso a una interdependencia (Díaz et al., 2016).

Varias son las investigaciones que giran en torno al tema del cuidador de un paciente con enfermedad de Alzheimer. En primera instancia, se encontró un estudio cualitativo de Díaz et al. (2016) en Costa Rica, en donde se reveló que las percepciones de las familias pueden cambiar así que compartan las mismas circunstancias. La mayoría de los comentarios eran negativos argumentando que el Alzheimer es una enfermedad terrible, lo que ocasionó que los cuidadores evitaran sus actividades sociales porque les consideran como infantes que llegan a depender por completo de otras personas para realizar sus necesidades básicas (Díaz et al., 2016).

En segunda instancia, en Cuenca – Ecuador se encontró el estudio de Moscoso y Bustos (2023) quienes explicaron que la sobrecarga en los cuidadores es significativa, dado que el 52,9% son cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer. El 29,3% con sobrecarga ligera y un 23,6% con sobrecarga severa. Bajo estos hallazgos, es necesario realizar determinaciones anticipadas e intervenciones a tiempo para incrementar la eficacia del cuidado en las personas con Alzheimer y así minorar la sobrecarga de los pacientes (Moscoso y Bustos, 2023).

En tercera instancia, a través del estudio cualitativo de Zhang et al. (2023) en los Estados Unidos, examinaron las roturas de ADN en los sistemas nerviosos post mortem de individuos con y sin enfermedad de Alzheimer. Entre los hallazgos encontraron que, los cerebros afectados por el Alzheimer presentan un incremento notorio de las roturas de ADN

en relación con los cerebros de personas sin la apariencia de la enfermedad.

En cuarta instancia, en México, se encontró el estudio de Reyes et al. (2023), en donde se enfocaron en las percepciones de la enfermedad de Alzheimer y las pruebas genéticas predictivas. Descubrieron que la mayor parte de los familiares no sabían de su riesgo biológico al padecer Alzheimer, experimentando estrés con el papel de cuidador. Algunos cuidadores consideran el suicidio si obtienen positivo en Alzheimer (Reyes et al., 2023).

En quinta instancia, en Ecuador, el estudio de Cando et al. (2022) examinaron los componentes que favorecen a la sobrecarga en cuidadores volubles de pacientes con demencia. Destacaron la importancia de identificar y abordar el estrés experimentado por estos cuidadores, proponiendo intervenciones psicosociales para brindar apoyo a las familias en esta situación.

En sexta instancia, otro trabajo realizado en Ecuador por Vallejo y Sánchez (2024), presentaron un caso clínico que aborda a un nonagenario con Alzheimer. A pesar de implementar diversas intervenciones terapéuticas, no se observaron progresos reveladores en las deficiencias cognitivas del paciente, aunque sí se notaron mejoras en su estado de ánimo. Los autores sugirieron explorar opciones de intervención alternativas y fomentar la colaboración interdisciplinaria (Vallejo y Sánchez, 2024).

En séptima instancia, así mismo en Ecuador, Añari et al. (2021) analizaron la prevalencia de demencia en este país, específicamente en la pandemia de COVID-19, encontrando que el 16,51% de población de adultos mayores padecía de enfermedad de Alzheimer. Destacaron la importancia de abordar los trastornos neurocognitivos en la región y mejorar los sistemas de detección, diagnóstico y atención para estos casos (Añari et al., 2021).

En octava instancia, en la ciudad de Cuenca-Ecuador, Ramírez et al. (2023) adaptaron y analizaron la Escala de Conocimiento de la enfermedad de Alzheimer en estudiantes universitarios ecuatorianos, encontrando que esta herramienta mostraba una buena consistencia interna y fiabilidad, siendo útil para valorar la comprensión sobre la enfermedad de Alzheimer en esta población.

Por los motivos mencionados, se planteó comprender las percepciones de una cuidadora de la ciudad de Cuenca-Ecuador de un paciente con el Alzheimer, para que, a futuro, se plantee una propuesta psicológica para optimizar el cuidado del paciente.

Metodología

Enfoque

El estudio se realizó desde un enfoque cualitativo para comprender la situación desde la apreciación de los participantes, centrándose en cómo las personas interpretan y dan sentido a su realidad y a las experiencias en el ambiente. La investigación cualitativa involucra un sistema de interacción y reflexión con el investigador y los sujetos que intervienen en el estudio (Valle et al., 2022).

Paradigma

El paradigma sociocrítico en la exploración se enfoca en analizar y comprender los fenómenos sociales por medio de un enfoque crítico y reflexivo. Este enfoque se centra en las relaciones de poder, las desigualdades y las dinámicas sociales involucradas en los fenómenos. Este paradigma tiene como finalidad promover una visión amplia y profunda de los fenómenos sociales, retando a las concepciones tradicionales y dominantes pertenecientes al campo de estudio (Urzueta, 2011).

Diseño de investigación

Se aplicó una investigación fenomenológica, misma que se centra en detallar cómo los sujetos, como las principales fuentes de información, experimentan y viven los fenómenos que les producen interés (Driessnack et al., 2007).

Población y muestra

Ante la dificultad de obtener el dato exacto de cuántos cuidadores existen hasta el 2024 en Cuenca-Ecuador, se consideró que la población es infinita, por lo que solo se planeó aplicar una entrevista semiestructurada a una mujer cuidadora cuencana de un paciente que padece de Alzheimer. La muestra fue por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión y exclusión

Entre los criterios de inclusión que se tomó a consideración fue el escoger a una persona de género femenino, que cuide a un paciente con enfermedad de Alzheimer y que pertenezca a la ciudad de Cuenca, Ecuador. Se excluyó a mujeres cuidadoras menores de edad.

Técnicas e instrumentos

En lo que se refiere a esta investigación, se utilizó la técnica de la entrevista. La entrevista es un método de investigación que involucra una interacción directa entre quien la hace (entrevistador) y la persona a la que se la realiza (entrevistado), para obtener datos y opiniones detalladas sobre un tema en particular (Medina et al., 2023). La entrevista se usó para ampliar la temática sobre las percepciones de una cuidadora cuencana a cargo de un paciente con Alzheimer, con el propósito de investigar las experiencias en la muestra de estudio.

En cuanto al instrumento empleado, se usó, en primera instancia, una encuesta de *ad hoc* variables sociodemográficas tales como: edad (≥ 65 años), sexo (femenino), estado civil (sin pareja), instrucción (primaria,

secundaria, bachillerato, tercer nivel o cuarto nivel), y con quién vive actualmente (padres). Después, se aplicó un cuestionario de preguntas sobre percepciones de cuidadores sobre el Alzheimer en adultos mayores, con 8 preguntas relacionadas con las causas (antecedentes familiares y consumo de sustancias) y consecuencias (atrofias cerebrales y deterioro cognitivo). Para más información, véase el anexo A.

Procedimiento

Primero, se creó una entrevista semiestructurada de ocho preguntas enfocadas a alcanzar el propósito de la investigación. Luego, se contactó a la persona que se le iba a efectuar la entrevista para obtener los datos. Finalmente, se realizó el análisis cualitativo.

Análisis cualitativo

El plan de análisis cualitativo se aplicó a las entrevistas realizadas y siguió varios pasos detallados. En la primera fase, se llevó a cabo la codificación de primer nivel. Se realizó una lectura exhaustiva de las transcripciones de las entrevistas, identificando segmentos significativos que representaban ideas, conceptos o temas importantes. Estos segmentos fueron etiquetados con códigos descriptivos que capturaron su esencia. Esta fase inicial fue exploratoria y permitió familiarizarse con los datos, comenzando a identificar patrones emergentes sin imponer una estructura rígida.

Después de completar la codificación de primer nivel, se procedió a la codificación de segundo nivel o axial. En esta fase, se revisaron de manera más profunda y sistemática los códigos iniciales para identificar relaciones entre ellos. Se agruparon códigos similares y se establecieron conexiones que permitieron construir categorías más amplias y comprensivas. La codificación axial integró los datos dispersos en un marco más coherente, facilitando la identificación de temas y subtemas clave. Durante este proceso, se desarrolló una estructura teórica preliminar que explicó los fenómenos observados en las entrevistas.

La siguiente etapa involucró la construcción de redes semánticas. Se crearon representaciones visuales que mostraron cómo los diferentes códigos y categorías estaban interconectados. Este paso fue crucial para visualizar las relaciones complejas entre los temas y subtemas identificados. Al construir una red semántica, se detectaron patrones y estructuras subyacentes en los datos, facilitando una comprensión más holística y detallada del fenómeno estudiado. Estas redes ayudaron a organizar los datos y a comunicar los hallazgos de manera clara y efectiva.

Finalmente, se llevó a cabo la triangulación para asegurar la validez y confiabilidad del análisis cualitativo. Se utilizaron múltiples fuentes de datos, métodos, investigadores o teorías para corroborar los hallazgos. Al comparar y contrastar diferentes perspectivas, se identificaron posibles sesgos y se aseguraron conclusiones robustas y bien fundamentadas. La triangulación aportó una capa adicional de rigor al análisis, aumentando la credibilidad y la profundidad de los resultados.

En síntesis, el plan de análisis cualitativo aplicado a las entrevistas incluyó la codificación de primer nivel para identificar segmentos significativos, la codificación de segundo nivel o axial para establecer relaciones y construir categorías, la creación de redes semánticas para visualizar y entender estas relaciones, y la triangulación para garantizar la validez y confiabilidad de los hallazgos. Este enfoque estructurado y riguroso permitió una comprensión profunda y detallada de los fenómenos cualitativos, proporcionando una base sólida para la interpretación y presentación de los resultados.

Resultados

La tabla 1 presentó un análisis de las percepciones de una cuidadora de un paciente con Alzheimer (PA), basado en una codificación abierta de primer nivel. Esta codificación clasificó las percepciones en diversas subcategorías, cada una con un código específico, y cuantificó el número de marcas de color asociadas a cada subcategoría.

Entre las subcategorías, la Conducta Desviada (COD) representó el 8,3% ($n = 4$). La Apraxia de la Marcha (AMA) tuvo un 6,3% ($n = 3$). Las Alucinaciones (ALU) y el Consumo de Sustancias (CSU) tuvieron ($n = 2$), representando el 4,2% respectivamente. La Memoria Espacial (MES), el Cansancio (CAN), la Angustia (ANG), la Sustancia (SUS), la Desesperación (DES), la Confianza (CFZ), los Síntomas (SIN), la Demencia (DEM), el Retraso Motor (REP), la Depresión (DEP), el Tratamiento (TRA), el Deterioro Cognitivo (DEC), la Tolerancia (TOL), la Atención (ATE), la Desorientación (DES), la Aceptación (ACE), y las Afectaciones de Sustancias (AFE) tuvieron cada una ($n = 1$), representando el 2,1% respectivamente.

La Empatía (EMP) y la Memoria Episódica (MEP) representaron cada una el 6,3% y el 4,2% ($n = 3$) y ($n = 2$) respectivamente. La Amenaza (AME) también tuvo ($n = 2$), representando el 4,2%. La subcategoría de Amnesia (AMN) fue la más frecuente con 10 marcas, representando el 20,8%. Finalmente, la Tristeza (TRI) tuvo ($n = 1$), representando el 2,1%

En total, se registraron ($n = 48$) de color, distribuidas entre las distintas subcategorías antes mencionadas. Esto proporcionó un panorama detallado de las diversas percepciones de los cuidadores hacia los pacientes con Alzheimer (Tabla 1).

Tabla 1

Codificación de primer nivel (abierto) sobre las percepciones de una cuidadora de un paciente con Alzheimer

CODIFICACIÓN DE PRIMER NIVEL			Total de marcas de color	
Categoría	Subcategorías	Códigos	<i>n</i>	%
Percepciones de una cuidadora de un paciente con	Conducta Desviada	(COD)	4	8,3
	Apraxia de la marcha	(AMA)	3	6,3
	Alucinaciones	(ALU)	2	4,2

CAPÍTULO I

Entre amor y desesperación: la visión de una cuidadora cuencana frente al Alzheimer

Alzheimer (PA)	Memoria Espacial	(MES)	1	2,1
	Consumo de sustancias	(CSU)	2	4,2
	Pérdida de apetito	(PEP)	2	4,2
	Cansancio	(CAN)	1	2,1
	Empatía	(EMP)	3	6,3
	Angustia	(ANG)	1	2,1
	Sustancia	(SUS)	1	2,1
	Memoria Episódica	(MEP)	2	4,2
	Desesperación	(DES)	1	2,1
	Confianza	(CFZ)	1	2,1
	Síntomas	(SIN)	1	2,1
	Demencia	(DEM)	1	2,1
	Retraso motor	(REP)	1	2,1
	Amenaza	(AME)	2	4,2
	Depresión	(DEP)	1	2,1
	Tratamiento	(TRA)	1	2,1
	Deterioro cognitivo	(DEC)	1	2,1
	Tolerancia	(TOL)	1	2,1
	Atención	(ATE)	1	2,1
	Desorientación	(DES)	1	2,1
	Aceptación	(ACE)	1	2,1
	Afectaciones de sustancias	(AFE)	1	2,1
	Amnesia	(AMN)	10	20,8
	Tristeza	(TRI)	1	2,1
		48	100,0	

A continuación, la tabla 2 proporciona un análisis detallado de las percepciones de una cuidadora de un paciente con Alzheimer (PA), enfocándose en las coincidencias y discordancias de las experiencias observadas en varias categorías y subcategorías. Esta tabla muestra cómo se densificaron estas percepciones a través de ejemplos específicos.

En la categoría de Conducta Desviada (COD), se encontró que los cuidadores percibían que los pacientes se desesperaban y no podían caminar bien, mientras que una discordancia era que solo se caían y se dormían en cualquier parte. La Apraxia de la Marcha (AMA) estaba asociada con la dificultad para caminar. En cuanto a las alucinaciones (ALU), los cuidadores notaron que los pacientes se imaginaban cosas.

Para la Memoria Espacial (MES), los cuidadores reportaron que los pacientes no sabían dónde estaban. En relación con el Consumo de Sustancias (CSU), se observó que los pacientes consumían demasiado cigarro. La Pérdida de Apetito (PEP) se describió con la falta de interés en comer. El Cansancio (CAN) se manifestó en que los pacientes llegaban a casa a descansar.

En términos de Empatía (EMP), se destacó la importancia de tener paciencia con los pacientes. La Angustia (ANG) se abordó acudiendo a una profesional de la salud. Para el uso de Sustancias (SUS), se mencionó la prescripción de calmantes. La Memoria Episódica (MEP) reflejó que los pacientes no sabían dónde estaban.

La Desesperación (DES) se mostró en la incapacidad de los pacientes para estar tranquilos. La Confianza (CFZ) se expresó en la seguridad con la que los cuidadores hablaban. Los Síntomas (SIN) incluyeron caídas y quedarse dormidos en cualquier parte. En el caso de la Demencia (DEM), los pacientes no reconocían a nadie, se desesperaban y no recordaban cosas.

El Retraso Motor (REP) se describió como una caída completa que impedía caminar. La Amenaza (AME) afectaba al sistema nervioso de los

pacientes. La Depresión (DEP) se vinculó con la falta de interés en comer debido a la soledad. El Tratamiento (TRA) implicó acudir a un médico particular para obtener calmantes.

El Deterioro Cognitivo (DEC) se observó en el olvido de lo que estaban hablando o iban a decir. La Tolerancia (TOL) se relacionó con no contradecir a los pacientes para evitar su desesperación. La Atención (ATE) se mostró en que no necesitaban repetir las preguntas. La Desorientación (DES) causaba desesperación por no saber dónde estaban.

La Aceptación (ACE) también enfatizaba la importancia de no contradecir a los pacientes. Las Afectaciones de Sustancias (AFE) afectaban al sistema nervioso. La Amnesia (AMN) se manifestaba en la incapacidad de recordar cosas. Finalmente, la Tristeza (TRI) se veía en una caída completa del ánimo de los pacientes (Tabla 2).

Tabla 2.

Densificación sobre la percepción de una cuidadora de un paciente con Alzheimer de la ciudad de Cuenca

Densificación				
Categoría	Subcategorías	Códigos	Coincidencias	Discordancias
Percepciones de una cuidadora de un paciente con Alzheimer (PA)	Conducta Desviada	(COD)	Se desesperaba, no podía caminar bien.	Solo se caía, se dormía en cualquier parte.
	Apraxia de la marcha	(AMA)	No podía caminar bien.	
	Alucinaciones	(ALU)	Se imaginaba cosas.	
	Memoria Espacial	(MES)	No sabía dónde estaba.	
	Consumo de sustancias	(CSU)	Consumía demasiado cigarro.	

Pérdida de apetito	(PEP)	Casi no comía mucho, no le importaba comer.
Cansancio	(CAN)	Llegaba a casa a descansar.
Empatía	(EMP)	Tener paciencia.
Angustia	(ANG)	Acudió a una profesional de la salud.
Sustancia	(SUS)	Recetó calmantes para la enfermedad.
Memoria Episódica	(MEP)	No sabía dónde estaba.
Desesperación	(DES)	No pueden estar tranquilos.
Confianza	(CFZ)	Hablo con seguridad y confianza de acuerdo con lo que se le preguntaba.
Síntomas	(SIN)	Veían que solo se caía o se dormía en cualquier parte.
Demencia	(DEM)	No reconocía a nadie, se desesperaba y no recordaba cosas.
Retraso motor	(REP)	Se decayó completamente,

		ya no podía caminar.
Amenaza	(AME)	Afectando al sistema nervioso.
Depresión	(DEP)	No comía mucho por lo que vivía solo, no le importaba comer.
Tratamiento	(TRA)	Acudió con un médico particular el cual le recetó calmantes para la enfermedad.
Deterioro cognitivo	(DEC)	Olvidarse de lo que está hablando o de lo que va a decir.
Tolerancia	(TOL)	No les den la contraria, porque se desesperan más y no pueden estar tranquilos.
Atención	(ATE)	No se les tuvo que repetir las preguntas.
Desorientación	(DES)	Se desesperaba porque no sabía dónde estaba.
Aceptación	(ACE)	No les den la contraria, porque se desesperan más.

Afectaciones de sustancias	(AFE)	Afectando al sistema nervioso.
Amnesia	(AMN)	No recuerda nada, se le olvidan cosas.
Tristeza	(TRI)	Se decayó completamente.

Asimismo, en la Tabla 3 se presentó una codificación de segundo nivel (axial) de las percepciones de una cuidadora de un paciente con Alzheimer (PA). En esta tabla se clasificaron las categorías, subcategorías y códigos iniciales, se observaron los cambios realizados (como fusiones y recodificaciones) y se registraron las frases representativas asociadas a cada código.

En la categoría de Conducta Desviada, la subcategoría Apraxia de la marcha (AMA) se fusionó con Retraso psicomotor (REP) bajo el código final Apraxia de la marcha (CAR). Las frases representativas incluyeron no podía caminar bien. Además, se mantuvo la categoría de Alucinaciones bajo el mismo código (ALU), con la frase se imaginaba cosas.

La categoría de Memoria Episódica incluyó Desorientación (DES) y Memoria Espacial (MES), que se fusionaron en la subcategoría Pérdida de la memoria (MDM). Las frases representativas fueron que no sabía dónde estaba y no se acuerda de quiénes son o no los conoce.

La categoría de Afectaciones de Sustancias se fusionó con Sustancia (SUS) y Consumo de Sustancias (CSU) bajo el código Consumo de sustancia (AST). Las frases correspondientes fueron afectando al sistema nervioso y consumía demasiado cigarro. Además, la categoría de tratamiento se mantuvo con frases como: acudió con un médico particular, el cual le recetó calmantes para la enfermedad.

En la categoría de Síntomas, se incluyeron subcategorías como Síntomas del Alzheimer (SAP) y Amenaza (AME), con frases representativas como veían que solo se caían o se dormían en cualquier parte. En la categoría de Confianza, se fusionaron Aceptación (ACE) y Tolerancia (TOL) bajo Empatía (CAT), con frases como: no les den la contraria, porque se desesperan más y no pueden estar tranquilos y tener paciencia.

La categoría de Angustia fusionó Desesperación (DES) con Angustia (ANG) bajo Desesperación (ADE), con la frase no pueden estar tranquilos. En la categoría de Deterioro Cognitivo, se fusionaron Amnesia (AMN) con Deterioro Cognitivo (DEC) bajo el código Amnesia (DAD), con frases como no recuerda nada y se le olvidan cosas.

Finalmente, en la categoría de Tristeza se fusionaron Tristeza (TRI) con Depresión (DEP) bajo Sentimiento de tristeza (STD). Las frases fueron: se decayó completamente y no comía mucho, por lo que vivía solo, no le importaba comer. La categoría de Atención se mantuvo igual, con la frase no se les tuvo que repetir las preguntas.

La tabla mostró un proceso de refinamiento y consolidación de las categorías y subcategorías para reflejar de mejor manera las percepciones y experiencias de los cuidadores, utilizando frases que ilustraron las observaciones hechas (Tabla

Tabla 3.

Codificación de segundo nivel (Axial) sobre las percepciones de una cuidadora de una persona con Alzheimer.

CODIFICACIÓN DE PRIMER NIVEL						
Categoría	Subcategorías	Códigos	Cambios	Subcategoría Final	Recodificación	Frases
Percepciones de una cuidadora de un paciente con Alzheimer (PA)	Conducta Desviada	(COD)		Apraxia de la marcha	(CAR)	Se desesperaba, no podía caminar bien
	Apraxia de la marcha	(AMA)	Fusionó			No podía caminar bien
	Retraso psicomotor	(REP)				No podía caminar bien
	Alucinaciones	(ALU)	Se mantiene	Alucinaciones	(ALU)	Se imaginaba cosas
	Memoria Episódica	(MEP)		Pérdida de la memoria	(MDM)	No sabía dónde estaba
	Desorientación	(DES)	Fusionó			Se desesperaba porque no sabía dónde estaba
	Memoria Espacial	(MES)				No se acuerda de quienes son o no los conoce

CAPÍTULO I

Entre amor y desesperación: la visión de una cuidadora cuencana frente al Alzheimer

Afectaciones de sustancias	(AFE)		Consumo de sustancia	(AST)	Afectando al sistema nervioso
Sustancia	(SUS)	Fusionó			Recetó calmantes para la enfermedad
Tratamiento	(TRA)				Acudió con un médico particular la cual le recetó calmantes para la enfermedad
Consumo de sustancias	(CSU)				Consumía demasiado cigarro
Síntomas	(SIN)			(SAP)	Veían que solo se caían o se dormía en cualquier parte
Amenaza	(AME)	Fusionó	Síntomas del Alzheimer		Afectando al sistema nervioso
Pérdida de apetito	(PEP)				Casi no comía mucho, no le importaba comer
Cansancio	(CAN)				Llegaba a la casa a descansar

CAPÍTULO I

Entre amor y desesperación: la visión de una cuidadora cuencana frente al Alzheimer

Confianza	(CFZ)		Empatía	(CAT)	Hablo con seguridad y confianza de acuerdo a lo que se le preguntaba
Aceptación	(ACE)	Funcionó			No les den la contraria, porque se desesperan más
Tolerancia	(TOL)				No les den la contraria, porque se desesperan más y no pueden estar tranquilos
Empatía	(EMP)				Tener paciencia
Angustia	(ANG)	Fusionó	Desesperación	(ADE)	A una profesional de la salud no
Desesperación	(DES)				No pueden estar tranquilos
Deterioro cognitivo	(DEC)		Amnesia	(DAD)	Olvidarse de lo que está hablando o de lo que va a decir
Amnesia	(AMN)	Fusionó			No recuerda nada, se le olvidan cosas

Demencia	(DEM)			No reconocía a nadie, se desesperaba y no recordaba cosas
Tristeza	(TRI)	Fusionó	(STD)	Se decayó completamente
Depresión	(DEP)		Sentimiento de tristeza	No comía mucho por lo que vivía solo, no le importaba comer
Atención	(ATE)	Se mantiene	Atención (ATE)	No se les tuvo que repetir las preguntas

En el estudio de las percepciones de una cuidadora de un paciente con Alzheimer, la red semántica reveló varias categorías interrelacionadas que describen sus experiencias y desafíos. El nodo central, identificado como Percepciones de Cuidadores de Alzheimer, conectaba con múltiples aspectos significativos de la experiencia del cuidado.

La pérdida de memoria se vinculó con subcategorías como Desorientación, Memoria Espacial y Memoria Episódica. Estas conexiones indicaban que la pérdida de memoria afectaba significativamente la orientación espacial y la capacidad de recordar eventos personales. Además, esta pérdida estaba relacionada con Alucinaciones y Atención, sugiriendo que los cuidadores notaban problemas de percepción sensorial y concentración en los pacientes.

La categoría de Conducta Desviada se asoció con Apraxia de la Marcha, Retraso Psicomotor y problemas en los miembros inferiores. Esto reflejaba que los cuidadores observaban comportamientos anormales que impactaban la movilidad y coordinación de los pacientes, dificultando así el manejo diario.

En cuanto a los síntomas del Alzheimer, estos incluían pérdida de apetito, cansancio, trastorno del sueño y una sensación de amenaza sobre empatía, vista como la capacidad de comprender y compartir los sentimientos de los demás. Estos síntomas no solo afectaban el bienestar de los pacientes sino también el de los cuidadores, quienes experimentaban un aumento en la carga emocional y física.

Las emociones y el estado psicológico de los cuidadores fueron aspectos cruciales revelados en la red. La Desesperación y Angustia estaban ligadas a las Preocupaciones de su Diagnóstico, indicando un fuerte impacto emocional derivado del proceso diagnóstico.

La Empatía se relacionó con Confianza, Aceptación y Tolerancia, demostrando que estas cualidades eran esenciales para manejar el estrés y las demandas del cuidado. Los sentimientos de Tristeza y Depresión se

conectaron con la Tristeza y Trastornos de la Alimentación, evidenciando el impacto emocional y físico en los cuidadores.

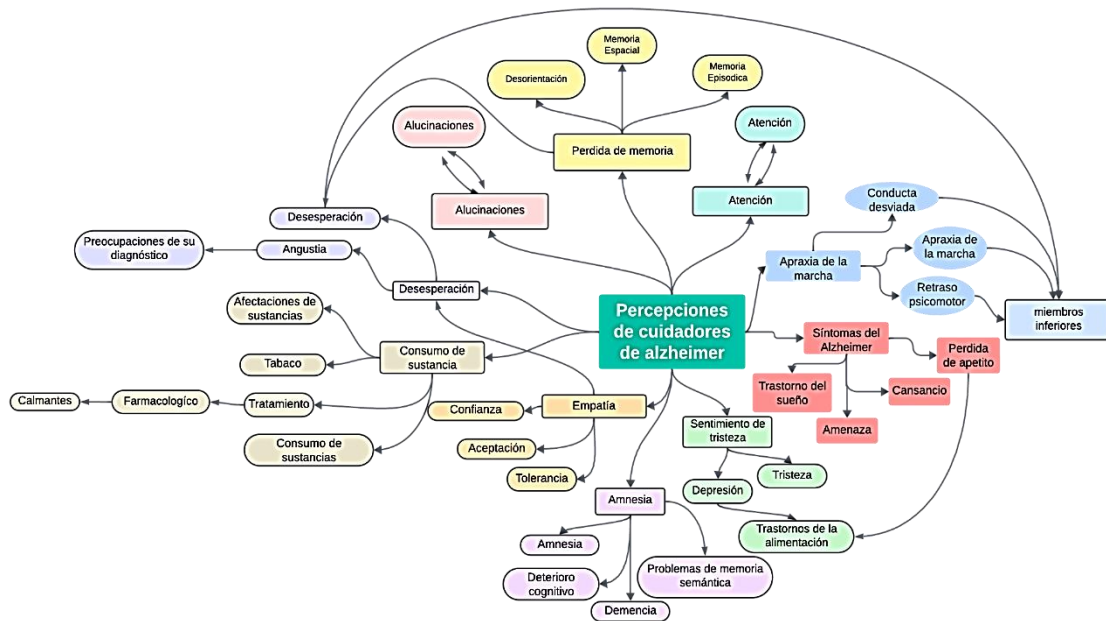
El Consumo de Sustancias emergió como una categoría significativa, con afectaciones derivadas del uso de Tabaco, Tratamiento Farmacológico y Calmantes. Estas sustancias parecían ser mecanismos de afrontamiento o complicaciones adicionales en el cuidado, reflejando el intento de los cuidadores de manejar el estrés.

La Amnesia, relacionada con Deterioro Cognitivo y Demencia, así como con problemas específicos como Problemas de Memoria Semántica, destacó como una preocupación central. Esto subrayaba la prevalencia de la pérdida de memoria y sus efectos en la capacidad cognitiva general de los pacientes.

En síntesis, la red semántica proporcionó una visión detallada de las múltiples dimensiones y desafíos enfrentados por los cuidadores de personas con Alzheimer. Las conexiones revelaron la interdependencia entre el estado emocional del cuidador, los síntomas del paciente y las estrategias de afrontamiento empleadas, ofreciendo una comprensión integral de la experiencia del cuidado.

Figura 1.

Red semántica sobre las percepciones de una cuidadora de Alzheimer.



En el estudio analizado, la triangulación metodológica se aplicó mediante la comparación de interpretaciones realizadas por dos revisores respecto a diversos aspectos del desarrollo del lenguaje en contextos médicos y psicológicos específicos. Cada revisor proporcionó observaciones detalladas respaldadas por citas relevantes:

Uno de los puntos discutidos fue la apraxia de la marcha, donde ambos revisores notaron dificultades significativas para caminar en los pacientes estudiados. Uno de ellos describió cómo la persona se desesperaba y tenía problemas para caminar correctamente, mientras que el segundo revisor simplemente observó que no podía caminar bien, fundamentando esta observación con el concepto de retraso psicomotor de los miembros inferiores (Viñas et al., 2005).

Con relación a las alucinaciones, ambos revisores coincidieron en que los pacientes experimentaban percepciones falsas, aunque uno de ellos especificó que las alucinaciones incluían ver cosas que no estaban presentes físicamente, lo cual se alinea con la definición médica que

indica que las alucinaciones son creadas por la mente y no tienen base real (Rojas, 2010).

La pérdida de la memoria fue otro tema abordado. Uno de los revisores notó que los pacientes tenían dificultades para recordar el lugar donde se encontraban o tenían dificultad para reconocer a las personas, mientras que, el otro revisor destacó la desesperación que experimentaban debido a esta condición. Freedman (2023) respalda estas observaciones al explicar cómo el deterioro significativo de la memoria puede afectar la capacidad de recordar información reciente.

En cuanto al consumo de sustancias, ambos revisores mencionaron que el comportamiento de las personas con Alzheimer inicialmente implicaba el consumo de cigarro, seguido por la dependencia de medicamentos recetados. Tena et al. (2018) describieron cómo las drogas pueden alterar tanto el cuerpo como la mente de una persona, validando las observaciones de los revisores sobre el impacto de las sustancias.

Los síntomas del Alzheimer también fueron objeto de discusión, donde uno de los revisores observó que los pacientes mostraban poco interés en comer y preferían descansar en casa, mientras que el otro notó síntomas más graves como caídas frecuentes y afectaciones al sistema nervioso. Donoso (2003) explica que el Alzheimer afecta múltiples funciones cognitivas y comportamentales, lo cual apoya las observaciones de los revisores sobre los efectos devastadores de la enfermedad.

En términos de empatía, ambos revisores enfatizaron la importancia de no contradecir a los pacientes y mostrar paciencia. La definición de Vital et al., (2020) sobre empatía, vista como la capacidad de comprender y compartir los sentimientos de los demás, respalda estas observaciones, subrayando la necesidad de comprender la experiencia del paciente desde su perspectiva.

La desesperación fue otro tema relevante, donde uno de los revisores mencionó la incapacidad de encontrar calma en un entorno médico,

mientras que el otro destacó la preocupación intensa de los pacientes por su diagnóstico. Hoyos (2022) describe cómo la desesperación puede surgir de la impotencia y la angustia ante situaciones límite, proporcionando un contexto para las observaciones de los revisores.

La amnesia también fue discutida. Uno de los revisores señaló problemas generales de olvido, mientras que el otro describió dificultades más profundas como la incapacidad para reconocer a las personas y recordar detalles básicos. Takeuchi (2000) define la amnesia como la pérdida de recuerdos y experiencias, apoyando las observaciones de los revisores sobre la complejidad y el impacto de esta condición.

Con relación a la atención, uno de los revisores no proporcionó comentarios específicos, mientras que el otro notó que los pacientes mostraban concentración para entender las instrucciones dadas. Bernabéu (2017) explica que la atención implica la capacidad de enfocarse en estímulos específicos, validando la observación del segundo revisor sobre la atención selectiva de los pacientes.

Finalmente, en cuanto al sentimiento de tristeza, uno de los revisores notó una decadencia emocional completa, mientras que el otro mencionó que los pacientes mostraban una disminución en el interés por comer debido a su soledad. Cuervo y Izzedin (2007) describen la tristeza como una respuesta emocional ante la pérdida o la frustración, lo cual respalda las observaciones de los revisores sobre el impacto psicológico de las condiciones estudiadas.

Tabla 4.

Triangulación metodológica de las percepciones de una cuidadora de un paciente con Alzheimer.

Triangulación metodológica			
Categoría: percepciones de cuidadores de pacientes con Alzheimer.			
Subcategoría	Resultados		Interpretación
	Revisor 1	Revisor 2	
Apraxia de la marcha	Se desesperaba, no podía caminar bien.	No podía caminar bien.	Retraso psicomotor de los miembros inferiores. Viñas et al., (2005) la apraxia de la marcha es una perturbación neurológica que perturba la capacidad de un individuo para planear y ejecutar los movimientos necesarios para caminar.
Alucinaciones	Se imaginaba cosas	Se imaginaba cosas	Veía cosas en donde no había nada. Consisten en observar sucesos como lugares, sonidos u olores que parecen reales, pero no lo son. Son creadas por la mente (Rojas, 2010).
Pérdida de la memoria	No sabía dónde estaba, No se acuerda de	Se desesperaba porque no sabía dónde estaba	Deterioro de la memoria de manera significativa. Para Freedman (2023) son

	quienes son o no los conoce		las dificultades para recobrar recuerdos de cosas nuevas, como por ejemplo el nombre de un nuevo vecino o cómo utilizar un nuevo programa informático, lleva más tiempo.
Consumo de sustancia	Afectando al sistema nervioso, recetó calmantes para la enfermedad, consumía demasiado cigarro	Acudió con un médico particular la cual le recetó calmantes para la enfermedad	Hubo consumo de cigarrillo como sustancia principal, luego surgió el consumo de medicamentos. Las sustancias son componentes químicos que logran modificar el funcionamiento de su cuerpo y mente. Incluyen medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, alcohol, tabaco y drogas ilegales al igual que los medicamentos (Tena et al., 2018).
Síntomas del Alzheimer	Casi no comía mucho, no le importaba comer, llegaba a la casa a descansar	Veían que solo se caían o se dormía en cualquier parte, afectando al	Estos síntomas se muestran como el Alzheimer va afectando al individuo que las posee. El mal de Alzheimer (AD, por

	sistema nervioso	sus siglas en inglés) es la forma más común de demencia. Este afecta la memoria, el pensamiento y el comportamiento (Donoso, 2003).
Empatía	Hablo con seguridad y confianza de acuerdo con lo que se preguntaba, les den la contraria porque se desesperan más, tener paciencia	Entender lo que está pasando la otra persona para poder apoyarla. La capacidad de comprender y compartir los sentimientos de los demás, la empatía nos admite ver las cosas desde la vista del otro en vez de la nuestra (Vital et al., 2020).
Desesperación	A una profesional de la salud no, no pueden estar tranquilos	No podía encontrar calma y les preocupaba su diagnóstico. Se llega a padecer dicha realidad a raíz de la impotencia, la angustia y el sufrimiento que generan ciertas situaciones límite (Hoyos, 2022).
Amnesia	No recuerda nada, se le olvidan cosas	No reconocía a nadie, se desesperaba, no recordaba
		Su memoria semántica se ve afectada por el Alzheimer. La amnesia conjetura el desgaste

		cosas, de recuerdos, olvidarse de lo incluidos hechos, que está información y hablando o de experiencias lo que va a (Takeuchi, 2000). decir
Atención	No se les tuvo a que repetir las preguntas	Se mostró concentrado para entender lo que se le decía. La atención es un proceso cognitivo que se refiere a la capacidad de enfocar la mente en un estímulo específico, ignorando o suprimiendo otros estímulos irrelevantes en el entorno (Bernabéu, 2017).
Sentimiento de tristeza	Se decayó completamente	No comía mucho por lo que vivía solo, no le importaba comer
		Malestar para hacer sus actividades diarias. Caracterizada por sentimientos de desánimo, pérdida o desesperanza, que se experimenta en respuesta a situaciones de decepción, pérdida o frustración (Cuervo & Izzedin, 2007).

Discusión

El presente trabajo sobre las percepciones de una cuidadora de un paciente con Alzheimer en Cuenca-Ecuador demostró que la apraxia de la marcha es común en esta enfermedad. Estos resultados son concordantes con el trabajo de Ahn (2022) quien encontró que la apraxia de la marcha y el retraso psicomotor puede involucrar la aparición del Alzheimer. Por otra parte, la apraxia de la marcha se puede manifestar desde el inicio, antes de que se detecte el padecimiento de Alzheimer, pero es una parte importante para dar el diagnóstico (Le Floch et al., 2022).

También, la atención de los cuidadores se ve incrementada. Este hallazgo se encuentra en relación con el estudio de Gutiérrez-Ospina (2023) realizado en Egipto, en el cual se encontró que la atención es importante para que el cuidador haga un buen trabajo con el paciente. Así mismo, es concordante con la investigación de Ruiz-Hernández (2023) quien hace mención que la atención es un fundamento importante tanto en los cuidadores como en la familia para mejorar la calidad de vida del paciente.

Concordantemente, se establece que el consumo de sustancias, especialmente del tabaco, puede incrementar la posibilidad de padecer Alzheimer. Este resultado es concordante con el estudio de Fages-Masmiquel et al. (2021) quienes encontraron que los fumadores crónicos experimentaron, en la gran mayoría, los primeros síntomas de Alzheimer, lo que corrobora que el consumo de tabaco está interrelacionado con los síntomas del Alzheimer. Además, el trabajo de Fernández-Valle (2023) también coincide en que el consumo de tabaco es un factor de riesgo para tener Alzheimer, debido a que causa aumento de homocisteína plasmática.

Los síntomas del Alzheimer aumentan a medida que avanza el Alzheimer. Este hallazgo se relaciona con los estudios de Mérida-Raigón y Plaza-Carmona (2023) quienes encontraron que los síntomas del

Alzheimer se incrementan a medida que el paciente va envejeciendo. También, se relaciona con los trabajos de Ruiz-Sánchez (2023), quien encontró que los síntomas del Alzheimer aumentan su frecuencia con el paso del diagnóstico debido a los bajos tratamientos que existen.

La empatía se acrecienta cuando la persona bajo el cuidado de los cuidadores se ve más afectada. Este hallazgo es concordante con los trabajos de Demirden y Sarikoc (2022), quienes establecieron que la empatía desempeña un papel muy importante para brindar un cuidado asertivo en los cuidadores de las personas con Alzheimer, y a su vez, viene siendo una parte esencial para poder aliviar psicológicamente al paciente. También, se relaciona con los resultados de Aksin et al. (2023), quienes establecen que la empatía es importante y va de la mano con un buen cuidado para el paciente, el cual necesita comprensión.

Las alucinaciones aumentan según avanzaba el Alzheimer. Estos hallazgos se relacionan con el estudio de Guimet et al. (2023), quienes encontraron que las personas con Alzheimer experimentan alucinaciones o delirios, especialmente en las últimas etapas de la enfermedad. Consecuentemente, los trabajos de Palomo y Sevilla (2023), también se relacionan debido a que exponen que el Alzheimer provoca alteraciones psico conductuales, y entre una de ellas puede ser las alucinaciones.

La desesperación es relativamente elevada en los familiares de personas con Alzheimer. Estos hallazgos se relacionan con los estudios de Ramon-Arroniz (2024), quien evidenció que los familiares experimentan un cierto grado de estrés y desesperación, debido a los síntomas que se manifiestan en la persona que padece esta enfermedad. Son concordantes también con los hallazgos de Maryam (2023), quien define que los familiares experimentan sentimientos de lucha y de desesperación, buscando el beneficio del familiar enfermo.

El sentimiento de tristeza se incrementa conforme los síntomas del Alzheimer avanzan. Este resultado va en consonancia con los trabajos de

Santacruz-Ortega (2022), quien encontró que, a mayor presencia de los síntomas de Alzheimer mayor será el sentimiento de tristeza. De igual manera, se relaciona con los trabajos de Hernández et al. (2022), quienes indicaron que la depresión es un factor de riesgo, dado que existe una vinculación entre el Alzheimer y la depresión.

La amnesia se presenta conforme el Alzheimer avanza. Estos resultados se relacionan con los estudios de Bertoux et al. (2020), quienes concluyeron que la amnesia es un componente esencial y una de las características principales para diagnosticar el Alzheimer. Además, se corroboran con los hallazgos de Zhang et al. (2024), quienes establecen que la amnesia es uno de los principales síntomas para detectar el Alzheimer, por lo que imposibilita generar nuevos recuerdos.

Se encontró que el Alzheimer incrementa la pérdida de los distintos tipos de memorias. Estos resultados se relacionan con Henao-Arboleda y Pineda (2021), quienes encontraron que la memoria episódica, la cual permite recordar experiencias o hechos ya vividos por el individuo, se ve afectada con el Alzheimer. También coincide con los estudios de Toro-Paca et al. (2022), quienes encontraron que el Alzheimer es un trastorno neurológico que afecta a las células cerebrales, ocasionando una pérdida progresiva de la memoria.

Conclusiones

Los hallazgos más significativos del estudio han sido diversos y variables, entre los más importantes, la atención y la empatía de los cuidadores es esencial para que la persona que padece Alzheimer se sienta con menos estrés y reduzca su desesperación. Por otra parte, se encontró que los síntomas del Alzheimer van degradando al paciente de manera crucial hasta que la persona se vuelve completamente dependiente de otra. También, el consumo de sustancias como el tabaco conduce a la persona a ser más propensa a padecer la enfermedad.

Esta investigación permitió explorar las percepciones de los cuidadores de Alzheimer, demostrando también que existen muy pocas investigaciones realizadas en esta área en la ciudad de Cuenca, Ecuador. Los resultados permitieron contribuciones importantes que pueden mejorar la calidad de atención al paciente, dado que nos permitió una comprensión amplia de la enfermedad.

Se recomienda la implementación de programas con estrategias psicológicas dirigidas a los cuidadores para que el acompañamiento sea de calidad y de calidez en complementariedad con el tratamiento médico-psiquiátrico.

Por el lado de las limitaciones, la muestra a la que se aplicó la entrevista fue relativamente pequeña, impidiéndonos investigar ampliamente y la inexistencia de una muestra mayor impidió encontrar información que aportará más sobre las experiencias de los cuidadores con respecto al avance del Alzheimer.

Para futuros estudios sobre Alzheimer, es crucial enfocarse en varias áreas clave para avanzar en el conocimiento y tratamiento de esta enfermedad neurodegenerativa. Primero, se deben investigar a mayor profundidad las causas y los factores de riesgo, incluyendo estudios genéticos y ambientales que puedan influir en el desarrollo de la enfermedad. También, se debe investigar acerca de los tratamientos más efectivos y específicos que puedan ralentizar o detener el progreso del Alzheimer. Se debe estudiar el impacto social y económico del Alzheimer en las familias para desarrollar políticas públicas y estrategias de apoyo adecuadas para quienes padecen esta enfermedad y sus cuidadores.

Basado en los hallazgos de múltiples estudios sobre el Alzheimer, se evidencia que la apraxia de la marcha y otros síntomas como las alucinaciones y la pérdida de memoria son características comunes a medida que progresa la enfermedad. La atención y la empatía juegan roles fundamentales en el cuidado de los pacientes, facilitando una mejor

CAPÍTULO I

Entre amor y desesperación: la visión de una cuidadora cuencana frente al Alzheimer

calidad de vida. Además, factores como el consumo de tabaco se relacionan con un mayor riesgo de desarrollar Alzheimer, subrayando la importancia de estrategias preventivas. La desesperación y el sentimiento de tristeza entre los familiares reflejan los desafíos emocionales enfrentados en el cuidado de quienes padecen esta enfermedad. En conjunto, estos estudios subrayan la necesidad continua de investigaciones centradas en diagnósticos tempranos, tratamientos más efectivos y el apoyo integral a los cuidadores y familiares afectados por el Alzheimer.

Referencias

Ahn, S. (2022). Gait and/or balance disturbances and the onset of Alzheimer's disease in mild cognitive impairment. *Innovation in Aging*, 6(1), 776. <https://doi.org/10.1093/geroni/igac059.2808>

Aksin, O., Bilgic, B., Guner, P., Gunes, E., Kuscu, K., Ormeci, E., Sayin, S., & Eser, H. (2023) Caregiver support and burden drive intention to engage in a peer-to-peer exchange of services among caregivers of dementia patients. *Psychiatry*, 14, 1-14 <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1208594>

Allegri, R. F., Arizaga, R. L., Bavec, C. V., Colli, L. P., Demey, I., Fernández, M. C., & Zuin, D. R. (2011). Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica. *Neurología Argentina*, 3(2), 120-137. [https://doi.org/10.1016/S1853-0028\(11\)70026-X](https://doi.org/10.1016/S1853-0028(11)70026-X)

Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>

Añari, M., Camargo, L., Ramos, M., Rivera, C., Fernandez, L., Calle, U., Ocampo, N., Barbág, F., Lopez, M., Cladichoury, N., Obando, C., Pascual, G., Calletanos, C., Lopez, N. (2021). Prevalence of Dementia and Associated Factors among Older Adults in Latin America during the COVID-19 Pandemic. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 11(3) 214-219. [Prevalence of Dementia and Associated Factors among Older Adults in Latin America during the COVID-19 Pandemic - PMC \(nih.gov\)](https://doi.org/10.1159/000514000)

Bernabéu, E. (2017). La atención y la memoria como claves del proceso de aprendizaje. Aplicaciones para el entorno escolar. *Reidocrea*, 6(2), 16-23. <https://n9.cl/n0iv5>

Bertoux, M., Cassagnaud, P., Lebouvier, T., Lebert, F., Sarazin, M., Le Ber, I., & Pasquier, F. (2020). Does amnesia specifically predict

Alzheimer's pathology? A neuropathological study. *Neurobiology of Aging*, 95, 123-130.

<https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2020.07.011>

Cando, D. C. M., López, E. A. M., Calderón, K. V. M., & Nieves, M. R. N. (2022). Factores que Predisponen a una Sobrecarga en el Cuidador Informal de un Adulto Mayor Diagnosticado Con Alzheimer. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 4(6), 411-421. <http://www.editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/366>

Chandrashekar, D. V., Steinberg, R. A., Han, D., & Sumbria, R. K. (2023). Alcohol as a modifiable risk factor for Alzheimer's disease — Evidence from experimental studies. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(11), 9492. <https://www.mdpi.com/1422-0067/24/11/9492>

Cuervo Martínez, A., & Izzedin Bouquet, R. (2007). Tristeza, Depresión y Estrategias de Autorregulación en Niños. *Tesis Psicológica*, (2), 35-47. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139012670004>

Demirden, A., & Sarıkoç, G. (2022). Ruhsal bozuklukları olan bireylere bakım verenlerde bilişsel esneklik, empatik eğilim ve Atıf Cite hastalık yükü. *Humanistic Perspective*, 4 (3), 623-640. <https://doi.org/10.47793/hp.1093660>

Díaz, V., Rojas, M. & Mora, E. (2016). Experiencias de familias que conviven con una persona con diagnóstico de Alzheimer. *Enfermería Actual en Costa Rica*, (30), 1-22. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i30.22550>

Donoso, A. (2003). La enfermedad de Alzheimer. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 14(2), 13-22. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003041200003

CAPÍTULO I

Entre amor y desesperación: la visión de una cuidadora cuencana frente al Alzheimer

Driessnack, M., Sousa, V. D., & Mendes, I. A. C. (2007). Revisión de diseños relevantes para enfermería: parte 2: diseños de investigación cualitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 684-688. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000400025>

Fages-Masmiquel, E., Ponjoan, A., Blanch, J., Alves-Cabratos, L., Martí-Lluch, R., Comas-Cufi, M., & Ramos, V. (2021). Efecto de la edad y el sexo en los factores asociados a la demencia. *Revista de Neurología*, 73(12), 409-415. <https://pavlov.psyciencia.com/2021/12/ca120409.pdf>

Fernández-Valle, M. (2023). *El papel de la enfermería en la detección precoz de la enfermedad de alzheimer desde la atención primaria*. [Tesis pregrado, Universidad de Cantabria] Repositorio Abierto de la Universidad de Cantabria. <https://hdl.handle.net/10902/29703>

Freedman, M. (2023). *Pérdida de memoria*. Manual MSD Versión Para Público General. <https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/s%C3%ADntomas-de-los-trastornos-cerebrales,-medulares-y-nerviosos/p%C3%A9rdida-de-memoria>

Guimet, N., Herrera, J., & Fernández, M. (2023). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (4th ed.). Editorial Polemos. <https://www.baliarda.com.ec/esp/comunidad/export/BagnatiAlzheimerr2023.pdf>

Gutiérrez-Ospina, G. (2023). Burden of care and quality of life among informal caregivers to Alzheimer patients in Egypt. *Palliative & Supportive Care*, 1-8. <https://doi.org/10.1017/s1478951523000573>

Henao-Arboleda, E., & Pineda, D. (2021). Memoria episódica en las etapas preclínicas de la enfermedad de Alzheimer genética. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 30(1), 104-114. <https://doi.org/10.46997/revecuatneuro130100104>

Hernández, A. G., Quintero, A. M. R., & Santos, J. B. (2022). La depresión y su relación con el deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer. Un estudio de revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 57(2), 118-128. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.10.002>

Hoyos- Cardona, D. (2022). El concepto de la desesperación y el amor como proyecto ético en Søren Kierkegaard. *Pontificia Universidad Javeriana*, 39(78), 135-161. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uph39-78.cdak>

Le Floch, M., Gautier, J., Annweiler, C. (2022). Vitamin D Concentration and Motoric Cognitive Risk in Older Adults: Results from the Gait and Alzheimer Interactions Tracking (GAIT) Cohort. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 1-8 <https://doi.org/10.3390/ijerph192013086>

Maryam, R. S. (2023). Descripción de la Carga de Cuidado de una familia con un anciano en riesgo de demencia. *Enfermería Global*, 22(69), 426-447. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.537891>

Medina, M., Rojas, R., & Bustamante, W. (2023). *Metodología de la investigación: Técnicas e instrumentos de investigación*. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inaudi Perú. <http://coralito.umar.mx:8383/jspui/handle/123456789/1539>

Mejía-Quizhpi, J. A., Mero-Vera, L. K., Apolinario-Pincay, J. J., & Guillen-Godoy, M. A. (2021). Relación entre alteraciones cognitivas y depresión en pacientes con alzhéimer en Ecuador. *INSPLIP*, 5(2), 1-9. <https://doi.org/10.31790/inspilip.v5i2.38>

Mérida-Raigón, M., & Plaza-Carmona, M. (2023). Alteraciones del sueño y demencia en población mayor. Revisión sistemática. *Gerokomos*, 34(2), 126-133.

CAPÍTULO I

Entre amor y desesperación: la visión de una cuidadora cuencana frente al Alzheimer

https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134928X2023000200008&script=sci_arttext&tlng=en

Ministerio de Salud Pública (2022). Terapias para controlar el Alzheimer se realizan en el Hospital del Adulto Mayor. <https://www.salud.gob.ec/terapias-para-controlar-el-alzheimer-se-realizan-en-hospital-del-adulto-mayor/>

Moscoso, P. C. M., & Bustos, D. L. M. (2023). Sobrecarga del cuidador, riesgo laboral en cuidadores informales de personas con discapacidad en Cuenca-Ecuador. *PACHA. Revista de Estudios Contemporáneos del Sur Global*, 4(11). <https://doi.org/10.46652/pacha.v4i11.204>

National Institute on Aging. (2023). *La enfermedad del Alzheimer*. National Institute on Aging. <https://www.nia.nih.gov/espanol/enfermedad-alzheimer/enfermedad-alzheimer>.

Organización Panamericana de la Salud (2021). Demencia. <https://www.paho.org/es/temas/demencia>

Palomo, M. M., & Sevilla, M. Z. (2023). Enfermedad de Alzheimer. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(74), 4360-4371. <https://doi.org/10.1016/j.med.2023.03.002>

Ramírez-Coronel, A. A., Cevalco, J., & Saux, G. (2023). Escala De Conocimiento De La Enfermedad De Alzheimer: Adaptación Y Análisis De Las Propiedades Psicométricas En Estudiantes Universitarios Ecuatorianos. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 32(1), 33-42. http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812023000100033

Ramon-Arroniz, R. R. (2024). Cuidar a un familiar con Alzheimer: El papel y los desafíos del cuidador principal. *Interconectando Saberes*, (17), 9–21. <https://doi.org/10.25009/is.v0i17.2821>

CAPÍTULO I

Entre amor y desesperación: la visión de una cuidadora cuencana frente al Alzheimer

Reyes-Domínguez, Y. A., Figuera, L. E., & Brambila-Tapia, A. J. L. (2023). Perceptions of Knowledge, Disease Impact and Predictive Genetic Testing in Family Members at Risk to Develop Early-Onset Alzheimer's Disease (EOAD) and Their Levels of Suicidal Ideation: A Mixed Study. *Brain sciences*, 13(3), 501. <https://doi.org/10.3390/brainsci13030501>

Rojas, C. (2010). Las alucinaciones y el delirio como representaciones anancásticas. *Salud mental*, 33(5), 379-387. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000500002

Romano, M., Nissen, M. D., Del Huerto, N., & Parquet, C. (2007). Enfermedad de alzheimer. *Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina*, 75, 9-12. https://www.academia.edu/download/37218372/3_175.pdf

Ruiz-Hernández, M., Mur-Gomar, R., & Montejano-Lozoya, R. (2023). Efectividad de las terapias no farmacológicas en personas con alzheimer. *Revista Española de Salud Pública*, 97, 1-21. <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/165>

Ruiz-Sánchez, V. (2023). *Alzhéimer y Demencia: una muerte trágica*. [Tesis pregrado, Universidad de Jaén] CREA. <https://hdl.handle.net/10953.1/19355>

Santacruz-Ortega, M. D. P., Cobo-Charry, M. F., & Mejía-Arango, S. (2022). Relación entre la depresión y la demencia. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 31(1), 96-104. <https://doi.org/10.46997/revecuatneuro100096>

Takeuchi, Y. (2000). Enfermedad de alzheimer. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29(2), 119-126. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502000000200004

CAPÍTULO I

Entre amor y desesperación: la visión de una cuidadora cuencana frente al Alzheimer

Tena, A., Castro, G., Marín, R., Gómez-Romero, P., Martín, A., & Gómez-Martínez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina interna de México*, 34(2), 264-277

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000200008

Toro-Paca, M. J., Parra-Parra, D. R., Pacheco-Mena, N. V., & Alvarado-Galarza, A. G. (2022). Enfermedad de Alzheimer. *Recimundo*, 6(4), 68-76. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(4\).octubre.2022.68-76](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.68-76)

Unzueta Morales, S. (2011). Algunos aportes de la psicología y el paradigma socio crítico a una educación comunitaria crítica y reflexiva. *Revista Integra Educativa*, 4(2), 105-144. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1997-40432011000200006&lng=es&tlng=es

Valle, A., Manrique, L., & Revilla, D. (2022). La investigación descriptiva con enfoque cualitativo en educación. *Facultad de Educación PUCP*. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/184559>

Vallejo, S. A. S., & Sánchez, G. L. T. (2024). Abordaje Integral en un Anciano con Enfermedad de Alzheimer: Un Reporte de Caso Clínico. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(1), 6414-6424. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9986>

Viñas, J. M. P., Boiso, M. E. P., Ribes, A. G., & González, M. J. M. (2005). Apraxia de la marcha: una secuela adquirida de evolución desfavorable. *Revista de neurología*, 40(5), 279-281. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1150201>

Vital, L., Martínez, V., & Gaeta, M. (2020). La empatía docente en educación preescolar: un estudio con educadores mexicanos. *Education*

and Research, 46, 1-18. <https://doi.org/10.1590/S1678-4634202046219377>

Zhang, N., Sui, Y., Jendrichovsky, P., Feng, H., Shi, H., Zhang, X., & He, J. (2024). Cholecystokinin B receptor agonists alleviates anterograde amnesia in cholecystokinin-deficient and aged Alzheimer's disease mice. *Alzheimer's Research & Therapy*, 16(1), 109. <https://link.springer.com/article/10.1186/s13195-024-01472-1>

CAPÍTULO II

TRAS LAS HUELLAS DEL DOLOR:
PERSPECTIVAS DE MADRES SOBRE
EL ABUSO PSICOLÓGICO INFANTIL
EN CUENCA

Marshal Nazira Muñoz Santander

Carrera de Psicología Clínica

Universidad Politécnica Salesiana

<https://orcid.org/0009-0000-9028-7225>

mmunozs7@est.ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador.

Ana Karina Loja Villazhiñay

Carrera de Psicología Clínica

Universidad Politécnica Salesiana

<https://orcid.org/0009-0008-4200-7098>

aloja@ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador.

Resumen

Introducción: El abuso psicológico es un problema tanto físico y psicológico con una mayor prevalencia en infantes debido a dificultades comunicativas de manera asertiva y directa que no permiten un desenvolvimiento correcto por miedo. **Objetivo:** Obtener datos específicos de la relación directa entre padres e hijos y en cómo influye en el origen de un trastorno. **Metodología:** Se efectuó una investigación cualitativa fenomenológica sobre consecuencias, causas y afecciones en relación con el abuso o violencia psicológica. Se aplicó una entrevista semiestructurada de 8 preguntas abiertas en su totalidad. **Resultado:** En la red semántica se evidencia que un infante presenta un elevado grado de ansiedad generado en su mayoría por la dinámica familiar, seguido de un trauma a largo plazo por los recuerdos negativos y el entorno parental conflictivo. **Conclusión:** El abuso psicológico es un detonante de traumas a largo plazo, afecta a un desarrollo autónomo que interviene en aspectos sociales, familiares y psicológicos.

Palabra clave: Abuso infantil, psicológico, emocional, maltrato, padres de familia.

Mothers' Experiences of Psychological Abuse in Cuenca Children

Abstract

Introduction: Psychological abuse is both a physical and psychological problem with a higher prevalence in children due to communication difficulties in an assertive and directive manner, which do not allow for proper development because of fear. **Objective:** To obtain specific data on the direct relationship between parents and children and how it influences the origin of a disorder. **Methodology:** A phenomenological qualitative investigation was conducted on the consequences, causes, and effects related to psychological abuse or violence. An eight-question, fully open-ended, semi-structured interview was applied. **Result:** The semantic network shows that a child exhibits a high degree of anxiety, mostly generated by family dynamics, followed by long-term trauma due to negative memories and a conflictive parental environment. **Conclusion:** Psychological abuse is a trigger for long-term trauma, affecting autonomous development and intervening in social, familial, and psychological aspects.

Keywords: Child abuse, psychological abuse, emotional abuse, maltreatment, parents.

Introducción

En 2012, Sánchez aclaró que una familia es una unidad interrelacionada con un propósito específico, mantener y socializar una cultura con un mismo origen y abre paso a un desarrollo emocional, físico, mental, aportando al impacto social.

En el mismo contexto la Asociación Internacional para la prevención del Abuso y Negligencia Infantil define que es una deficiencia en ofertar un ambiente sano y estable junto a una figura de apego que le permita plantear sus competencias psicoemocionales y sociales con el objetivo de alcanzar su máximo potencial. Asociado a este se dice que se trata de conductas específicas hacia un niño que pueden desglosar afecciones sean estas mentales, morales e incluso espirituales, estas conductas son derivadas directamente de la figura que esté presente y modela su crianza responsablemente (International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 1999).

El abuso infantil es una problemática a nivel global en correlación con la salud pública; su objetivo es plantear y examinar la asociación entre el desarrollo de un trauma y su experiencia de crianza con maltrato. El enfoque de este estudio es cuantitativo más no experimental, en una muestra de estudio en el que estaban a disposición 1558 participantes con edad estimada de 4 a 18 años se utiliza una regresión logística para concretar un análisis estadístico con resultados que el 34,5% de la población elegida vivían hasta con tres personas o menos, un 65,5% con 4 integrantes o más, en dicho estudio se desglosan otros puntos claves como el hecho de que existe una distribución homogénea en relación con el sexo y predomina la característica acerca de un disminuido rango etario en los adolescentes. En cuanto a los traumas generados, se estipula que hay un 14,6% de presencia de trastornos disruptivos y un 8,3% por ansiedad, siendo predominantes en ambos sexos con un enfoque cuantitativo (Riquelme et al., 2020).

Silvia García establece que, las principales causas en relación a este tema, principalmente que la personalidad o modelo psiquiátrico se conceptualiza como la presencia de un trastorno o afección mental, con una prevalencia de que aproximadamente el 15% de padres con problemas de violencia son diagnosticados con síntomas de una enfermedad mental que no permite el control de impulsos o ataques violentos, incluso se concluyó que se relaciona con trastornos de alcohol, drogas, ansiedad o depresión (Sarango, 2010). En segunda instancia que la historia familiar y patrones de crianza obtenidos influye en estos casos porque no tienen “instrucciones” de cómo criar de forma correcta su descendiente sin una intervención psicológica asertiva, conocido también como experiencias infantiles adversas. Como consecuencias la violencia en los niños produce daños sean físicos, emocionales y en algunos casos sexuales que crea una variedad de problemas en su mayoría sociales en la que se debilita la capacidad de crear buenos vínculos y desencadenando problemas como un trastorno de la conducta alimentaria o de sueño. Igualmente, a largo plazo en las víctimas se generan diversos síntomas como la prevalencia de la forma de actuar o conducta promoviendo desde problemas de autoestima hasta el consumo de drogas que desglosa problemas sociales por la interacción del sujeto con su entorno.

El abuso psicológico tiene una gran relevancia en el contexto educativo y social ya que como herramienta facilita la identificación de signos en niños que padecen dicha situación para poder actuar rápidamente. En la misma línea se ofrece información amplia correlacionada con la salud en situaciones graves de que un niño necesite atención eficaz según metodologías para enfocarse en los factores de riesgo con buenas medidas preventivas.

Este artículo representa un análisis cualitativo que desarrolla herramientas de alto rendimiento para así ofrecer una comparación de afecciones en una población infantil para desarrollar eficazmente una

evaluación diagnóstica. Una rama importante en el contexto de la salud es el área psicológica ya sea en una población adulta o infantil. La relevancia de este tema es específicamente trascendental ya que tiene una capacidad de tergiversar la interacción social, con relación a este destaca una herramienta, el tratamiento que evita una problemática que preserve en el desarrollo del infante hasta el momento de crear conciencia antes de que inconscientemente se genere un trauma a largo plazo que afectará a su vida adulta y es vulnerable mentalmente creando problemas de violencia no solo infantil, sino general hacia la familia. La adversidad psicosocial que predomina en la infancia genera un aumento en la probabilidad de tener una deficiencia en la salud mental y física, debido a esto se hace conciencia sobre las reglas preestablecidas para la red de apoyo ante los victimarios de violencia, es un requisito identificar estas situaciones para favorecer la atención psicológica en niños (Riquelme et al., 2020).

En el contexto social la información en relación con este tema es necesaria para dar pautas concretas para resaltar al grupo que podría ser afectado o beneficiado siendo este caso niños, en la que predomina su valor y la capacidad de desarrollarse sexualmente y la influencia del mismo para la prevención del abuso que afecta física y psicológicamente. Los niños aprenden las normas sociales para crear buenas relaciones donde un punto a partir es la familia ya que juega un papel importante siendo la primera organización de socialización y seguridad con una red de apoyo. Por esta parte se justifica el hecho de que se promueva un ambiente familiar en el que se oferte recursos suficientes que garanticen el desarrollo social y sexual (Rodríguez et al., 2023).

En la definición de Moreno y Liranzo en el año de 2016 aclaran que el abuso incluye comportamientos agresivos por parte de un sujeto hacia otro que puede afectar significativamente sus sentimientos o pensamientos. La revista de la facultad de medicina de México que fue lanzada en el año de 2016 escribió que el abuso psicológico hacia un

infante en actos no justificables puede llegar a ser desde verbales hasta simbólicos por parte de un círculo social o familiar, es necesario subrayar que se habla puntualmente de abuso psicológico emocional más no nos centramos en el físico o sexual.

En relación al infante se presentan actitudes extremas y en algunas ocasiones es necesario poner un límite o llamado de atención. De igual manera hay actitudes heredadas que no son correctas, como por ejemplo responsabilizarse de otro menor (niño a niño). Características sobresalientes en menores pueden ser que tienen un desarrollo deficiente ya sea intelectual o físico acompañado de signos suicidios. En el contexto familiar ignoran gradualmente problemas en relación al menor y no demuestran mayor interés en un ámbito educativo. Hay factores de riesgo predominantes se puede notar claramente que hay cambios en su rendimiento diario, problemas físicos que pueden desglosar dificultades en el área de concentración que afectan al aprendizaje, siempre busca estar al tanto de lo que lo rodea para estar alerta. Es evidente el hecho de que no tienen sentimientos de socialización y buscan huir de lugares. En la familia es algo evidente que no tienen preocupación por las actividades o actitudes del infante en cualquier ambiente, rechazan profundamente la idea que un niño tiene problemas y buscan corregirlo basándose en el maltrato. En cuanto a los derechos infantiles, hay que asegurarse de que los infantes menores de seis años tengan igualdad en contexto nutricional, educativo y salud de calidad. Poder prevenir la explotación laboral para todos los menores sin excepción alguna para proteger el desarrollo autónomo.

Se estima poder eliminar la violencia en todo contexto, sea psicológico, físico, sexual ya sea en niños o adolescentes, basarse en reglas y límites en relación a la exploración de psicotrópicos o alcohol. Como último punto, controlar el acceso a los mensajes por las redes sociales que puedan afectar en la manera de percepción en los niños que pueden promover actos de violencia (González, 2013).

Los estudios analizados acogen varias formas de manifestación de violencia sea intrafamiliar, escolar o infantil desde diferentes puntos geográficos y perspectivas que identifican patrones de alto impacto negativo en la salud mental y un bienestar de los infantes expuestos a esta violencia, en términos generales destaca la interrelación entre la violencia de género y la intrafamiliar, así como un grave impacto del abuso infantil sobre la salud mental, dichos resultados recalcan la urgente necesidad de emplear programas de intervención efectivos que aborden la misma problemática según el papel del familiar o social. En última parte se nombra la necesidad de tener un enfoque interdisciplinar y colaborativo para erradicar la violencia y garantizar un bienestar emocional.

Cómo objetivo primordial tenemos: recalcar qué tan influyentes son las experiencias de los padres en relación con el abuso psicológico en la ciudad de Cuenca con el fin de crear una propuesta que se relacione con lo psicológico para disminuir las afecciones en infantes. Hay 3 objetivos específicos:

Explicar teóricamente la definición de abuso psicológico en los niños con el apoyo de una revisión bibliográfica con contenido científico.

Identificar experiencias influyentes de las figuras parentales en relación con la violencia psicológica.

Crear una propuesta innovadora psicológica para persuadir el abuso en infantes.

La investigación del abuso psicológico se llevó a cabo por medio de un enfoque cualitativo que nos permitió explorar la mente y experiencias de los padres acerca del abuso, la razón por la que se utiliza este enfoque es para obtener información más detallada acerca de los efectos producidos por la violencia, algo que usualmente los métodos cualitativos no habían captado en su totalidad.

Para recopilar estos datos se recurrió a una encuesta con preguntas abiertas sin regir las respuestas, no había ninguna limitación. Esta metodología brinda la capacidad de recolectar información de las experiencias de los entrevistados proporcionando datos específicos y valiosos (Cuevas, 2002).

En esta investigación se analizó un margen de interpretación, basado en la creencia de la realidad subjetiva construida socialmente. La finalidad de esta investigación era comprender cómo se produce e influye el abuso en la vida diaria de cada sujeto en su propio contexto sociocultural (Cuevas, 2002).

La principal intención de este diseño de entrevista es acercarnos y entender las experiencias relacionadas al modo de crianza que se oferta y relaciona directamente con este tipo de violencia y cómo se refleja en su nueva familia.

En este estudio se trabajó con una población adulta de 23 a 45 años, con la principal característica de ser progenitores provenientes de Cuenca, siendo población infinita porque no hay datos estimados de paternidad, por lo que se escoge a cinco participantes.

Los criterios de inclusión del estudio aseguran la eficacia y verificación de datos recolectados. En primera instancia, la edad se encuentra en un rango entre los 23 y 45 años, por eso ya son padres o poseen en su poder infantes con los que aplica sus métodos de crianza. Otro criterio es que los participantes deben residir en la ciudad de Cuenca para garantizar una homogeneidad geográfica que brinde una característica geográfica y de este modo contextualizar los resultados en este ambiente, el estado civil no influye en la obtención de datos, pueden estar divorciado, casados, solteros con hijos o simplemente unión libre que no interviene en el contexto de la violencia, en la misma línea se excluyen personas que tengan antecedentes de consumo de alcohol o drogas ya que esto puede ser un factor que altere la dinámica familiar. que pueden tergiversar la

manera de contextualizar su entorno familiar. La entrevista es un método eficaz para recolectar información precisa y coherente que forma parte de un estudio sistematizado independiente que mantiene su objetivo, el cual es tener la información oral y exclusivamente personalizada sobre experiencias propias, como requisito esencial es que mínimo haya dos personas, siendo base el entrevistador y entrevistado generando un ambiente de comunicación, cada entrevista sigue un cierto tipo de estructura sea semiestructurada o no estructurada. Como tal un criterio puntual que presenta es la exploración diagnóstica de seguimiento (Folgueiras, 2016).

Metodología

Se utilizó el cuestionario tipo de ocho preguntas que van explícitamente dirigidas hacia 5 familias, es decir cinco representantes familiares con un objetivo primordial de examinar las experiencias y situaciones en relación con el abuso psicológico en niños en la ciudad de Cuenca.

Análisis cualitativo

Tras aplicar las entrevistas, se realizó el análisis de la información presentada en varias fases: En la primera, se realizó la codificación de primer nivel en la que se leyeron las transcripciones de las entrevistas, identificando segmentos significativos que representan ideas, conceptos o temas importantes. Estos segmentos fueron etiquetados con códigos descriptivos que capturaron su esencia. Esta fase fue exploratoria y permitió familiarizarse con los datos, comenzando a identificar patrones emergentes sin imponer una estructura rígida.

Tras completar la codificación de primer nivel, se procedió a la codificación de segundo nivel o axial. En esta fase, se revisaron de manera más profunda y sistemática los códigos iniciales para identificar relaciones entre ellos. Se agruparon códigos similares y se establecieron

conexiones que permitieron construir categorías más amplias y comprensivas. La codificación axial integró los datos dispersos en un marco más coherente, facilitando la identificación de temas y subtemas clave. Durante este proceso, se desarrolló una estructura teórica preliminar que explicó los fenómenos observados en las entrevistas.

La siguiente etapa involucró la construcción de redes semánticas. Se crearon representaciones visuales que mostraron cómo los diferentes códigos y categorías estaban interconectados. Este paso fue crucial para visualizar las relaciones complejas entre los temas y subtemas identificados. Al construir una red semántica, se detectaron patrones y estructuras subyacentes en los datos, facilitando una comprensión holística y detallada del fenómeno estudiado. Estas redes ayudaron a organizar los datos y a comunicar los hallazgos de manera clara y efectiva.

Finalmente, se llevó a cabo la triangulación para asegurar la validez y confiabilidad del análisis cualitativo, se utilizaron múltiples fuentes de datos, métodos, teorías para corroborar los hallazgos. Al comparar y contrastar diferentes perspectivas, se identificaron posibles sesgos y se aseguraron conclusiones robustas y bien fundamentadas. La triangulación aportó una capa adicional de rigor al análisis, aumentando la credibilidad y la profundidad de los resultados.

En síntesis, el plan de análisis cualitativo aplicado a las entrevistas incluyó la codificación de primer nivel para identificar segmentos significativos, la codificación de segundo nivel o axial para establecer relaciones y construir categorías, la creación de redes semánticas para visualizar y entender estas relaciones, y la triangulación para garantizar la validez y confiabilidad de los hallazgos. Este enfoque estructurado y riguroso permitió una comprensión profunda y detallada de los fenómenos cualitativos, proporcionando una base sólida para la interpretación y presentación de los resultados.

Resultados

La tabla proporcionaba una codificación de primer nivel para el “Abuso Psicológico en Niños (APN)”, categorización y subcategorización de diversos aspectos del tema y registrando la frecuencia con la que cada categoría fue marcada. Estas categorías incluían una variedad de factores emocionales y psicológicos importantes en el contexto del abuso psicológico infantil.

Entre las subcategorías destacadas, la Confianza se mencionaba tres veces, representando el 7.3% del total de marcas de color. La Empatía tenía la mayor frecuencia, con cuatro marcas, lo que constituía el 9.8% del total. Otras subcategorías significativas incluían la Comunicación y la Seguridad, cada una con tres y dos marcas respectivamente, reflejando el 7.3% y el 4.9%.

Subcategorías como la Resiliencia, Desapego, Motivación, Miedo, Autoestima, Preocupación, Optimismo, Susceptibilidad, Frustración, Superación, Autoconocimiento, Regulación, Traumas, Dependencia, Angustia, Signo, Control, Prevención, Tristeza, Eficacia, Recuerdo Positivo y Recuerdo Negativo se marcaron una vez cada una, representando un 2.4% del total individualmente

Las categorías Aceptación, Adaptabilidad y Traumas se mencionaron dos veces cada una, con un 4.9% de las marcas totales. La tabla también indicaba que había un total de 41 marcas de color, distribuidas entre las diferentes subcategorías, lo que proporcionaba una visión amplia y detallada de los diversos factores implicados en el abuso psicológico infantil. Esta distribución porcentual subrayaba la importancia de la empatía, la confianza y la comunicación en el contexto del abuso psicológico en niños, destacando la variedad de aspectos emocionales y psicológicos que debían considerarse al abordar este problema.

Tabla 1.

Codificación de primer nivel

CODIFICACIÓN DE PRIMER NIVEL			Total de Marcas de Color	
Categoría	Subcategorías	Códigos	n	%
Abuso Psicológico en niños (APN)	Confianza	CON	3	7,3
	Resiliencia	RES	1	2,4
	Seguridad	SEG	2	4,9
	Autocontrol	AUT	1	2,4
	Desapego	DES	1	2,4
	Empatía	EMP	4	9,8
	Comunicación	COM	3	7,3
	Motivación	MOT	1	2,4
	Miedo	MIE	1	2,4
	Autoestima	AUT	1	2,4
	Preocupación	PRE	1	2,4
	Optimismo	OPT	1	2,4
	Susceptibilidad	SUS	1	2,4
	Frustración	FRU	1	2,4
	Superación	SUP	1	2,4
	Autoconocimiento	ATC	1	2,4
	Aceptación	ACE	2	4,9
	Regulación	REG	1	2,4
	Adaptabilidad	ADA	2	4,9
	Traumas	TRA	2	4,9
Infancia	INF	1	2,4	
Dependencia	DEP	1	2,4	
Angustia	ANG	1	2,4	
Signo	SIG	1	2,4	
Control	CNT	1	2,4	

Prevención	PRE	1	2,4
Tristeza	TRI	1	2,4
Eficacia	EFI	1	2,4
Recuerdo Positivo	REP	1	2,4
Recuerdo Negativo	REN	1	2,4
		41	100,0

La Tabla 2 presentó un análisis de densificación sobre el Abuso Psicológico en Niños (APN), categorizando las subcategorías del tema y detallando las coincidencias y discordancias observadas en las respuestas. La información reveló diversas perspectivas y experiencias relacionadas con el abuso psicológico infantil y cómo estas experiencias impactaron tanto a los niños como a los padres.

En la subcategoría de Confianza, se mencionó la dificultad de mantener una rutina, pero se destacó la capacidad de llegar a un acuerdo para retomar la normalidad. Esto reflejó una preocupación por el bienestar del niño y la autoayuda en la maternidad. En cuanto a Resiliencia, se observó que, a pesar de las dificultades, la madre trataba de resolver los problemas sola, evitando desquitarse con el hijo.

La seguridad se relacionó con la vida social limitada del niño debido a su corta edad, mostrando que los padres aseguraban que el niño no tenía problemas significativos. Respecto al Autocontrol, se mencionó la complejidad de manejar los impulsos, pero se consideró que la infancia del niño era aún manejable y sin situaciones fuera de lugar. La subcategoría de Desapego indicó una falta de vínculo especial con los padres, a pesar de haber tenido ambas figuras presentes, sugiriendo una crianza distante. En la subcategoría de Empatía, la madre se enfocaba en una crianza sin castigos ni golpes para romper patrones negativos, destacando la importancia de estar presente en la vida del niño. La Comunicación se mencionó como fundamental para sobrellevar mejor las

situaciones, resaltando la importancia de acuerdos y rutinas en la relación madre-hijo.

La motivación se observó en la facilidad del niño para seguir órdenes desde pequeño. Miedo y autoestima se mencionaron en relación con la asistencia escolar y la felicidad del niño al compartir sus experiencias diarias. La preocupación se reflejó en el impacto potencial en el comportamiento y rendimiento académico del niño.

El optimismo se asoció con la escuela como red de apoyo para los padres, mientras que la Susceptibilidad mostró variaciones en los estados de ánimo al discutir la infancia. La frustración reveló la autoterapia de la madre para manejar las dificultades de la maternidad. La Superación indicó que, aunque influyeran los problemas, la madre evitaba desquitarse con el hijo. El autoconocimiento y la aceptación reflejaron la autoevaluación de la madre sobre su vínculo con sus propios padres.

La regulación y la adaptabilidad se destacaron en el manejo de impulsos y la capacidad del niño para seguir órdenes. Traumas se asociaron con recuerdos de maltrato en la familia de origen. La dependencia y la angustia señalaron la necesidad de estar presentes en la vida del niño y las limitaciones sociales resultantes. Signo y Control se refirieron a comportamientos observables y la escuela como red de apoyo.

Finalmente, Prevención, Tristeza, Eficacia, Recuerdo Positivo, y Recuerdo Negativo abarcaron desde conductas en casa, estados de ánimo, claridad en la crianza respetuosa, experiencias propias, hasta recuerdos de maltrato, proporcionando una visión amplia de los factores implicados en el abuso psicológico infantil.

Tabla 2.

Densificación

DENSIFICACIÓN				
Categoría	Subcategorías	Códigos	Coincidencias	Discordancia
Abuso Psicológico en niños (APN)	Confianza	CON		<p>Pero de igual manera llegamos a un acuerdo y es fácil retomar la rutina. No hay ningún patrón porque sé que mi hijo no lo vive o no le pasa. Pero creo que me enfoco mucho y trato de darme auto terapia, porque en la maternidad a veces controlarse es difícil.</p>
	Resiliencia	RES	Influye bastante, pero por lo general no me desquito con mi hijo, busqué resolverlo sola	
	Seguridad	SEG		Se ha limitado la vida social porque aún es pequeña y los que criamos somos su papá y yo. Pienso y puedo asegurar que no

hay ningún patrón porque sé que a mi hijo no le pasa. No creo que tenga dificultades porque tiene apenas 3 años.

Autocontrol AUT

Es muy complicado el manejo de mis impulsos porque su infancia aún es manejable y no hay alguna situación que esté fuera de lugar por el momento porque es educado.

Desapego DES

Hoy en día uno lee y se da cuenta que la crianza que recibí no fue la mejor, tuve ambas figuras presentes (mamá y papá) pero estuve en la mayoría de las ocasiones a cargo del resto de mis hermanos, pero siento que no tengo ese vínculo especial con mis padres y es algo distante.

Empatía EMP

Yo mantengo una crianza fuera de castigos y golpes para romper ese patrón de crianza que no es correcto.

Para mí es un tema muy maternal, porque desde que tuve a mi hijo ya no salgo mucho porque sé que me necesita y tengo que estar presente en esta edad. Mantengo una crianza fuera de castigos y golpes para romper ese patrón de crianza que no es correcto.

Comunicación COM

Se mantenga una dinámica para sobrellevar mejor las situaciones y comunicaciones entre los dos.

Por contarme lo que hizo en su día. Hay días en los que no quiere dormir o seguir la rutina, pero de igual manera llegamos a un acuerdo

y es fácil retomar la rutina.

Motivación	MOT	El no presenta dificultad al momento de seguir las órdenes porque desde que era pequeño lo aplique
Miedo	MIE	Asumo que no queriendo asistir a la escuela o tal vez ocultándose
Autoestima	AUT	Creo que sería una muestra o señal porque al momento de ir a la escuela va muy feliz, y regresa feliz por contarme todo lo que hizo en su día
Preocupación	PRE	Pienso que de ser así cambiaría su comportamiento y cómo consecuencia, bajaría su rendimiento académico

Optimismo	OPT	Creo que la escuela de una red de apoyo para los padres porque pasan mucho tiempo con los niños, creo que identificar la personalidad de cada niño y su desempeño, tal vez podrían recurrir con ayuda de los padres para tratar su conducta en casa
-----------	-----	---

Susceptibilidad	SUS	Se pudo observar estados de ánimo variados al momento de tocar temas de su infancia debido a los patrones de crianza que vivió
-----------------	-----	--

Frustración	FRU	No describió mi salud mental como inestable, pero creo que me enfoco mucho y trato de darme auto terapia, porque en la maternidad a veces controlarse es difícil.
-------------	-----	---

Superación	SUP	Influye bastante, pero por lo general no me desquito con mi hijo.
Autoconocimiento	ATO	Busco resolverlo sola
Aceptación	ACE	No creo que tenga dificultades. Pero siento que no tengo ese vínculo “especial” con mis padres y es algo distante.
Regulación	REG	Tiene apenas 3 años y no es muy complicado el manejo de mis impulsos
Adaptabilidad	ADA	Su infancia aún es manejable y no hay alguna situación que está fuera de lugar por el momento porque es muy educado. El no presenta dificultad al momento de seguir las órdenes, porque desde que era pequeño lo apliqué.

Traumas	TRA	Si tengo recuerdos de mis padres ejerciendo maltrato sobre uno de mis hermanos mayores. Hoy en día uno lee y se da cuenta que la crianza que recibí no fue la mejor, estuve a cargo de mis hermanos.
Infancia	INF	Tuve ambas figuras presentes
Dependencia	DEP	Ya no salgo mucho porque sé que me necesita y tengo que estar presente en esta edad.
Angustia	ANG	Se ha limitado la vida social porque aún es pequeño y los que criamos somos su papá y yo.
Signo	SIG	Asumo que no queriendo asistir a la escuela o tal vez ocultándose, creo que sería una muestra o señal.
Control	CNT	La escuela es una red de apoyo para los padres.

Prevención	PRE	Conductas en casa y así poderlas controlar en la escuela con ayuda de entidades específicas que brindan una mejor guía para los niños.
Tristeza	TRI	Observar estados de ánimos variados al momento de tocar temas de su infancia.
Eficacia	EFI	Muy clara y concisa al hablar sobre la crianza respetuosa que aplica en su hijo.
Recuerdo Positivo	REP	Yo como experiencia propia no la viví porque fui la única de los hijos y fui “engreída”.
Recuerdo Negativo	REN	Pero si tengo recuerdos de mis padres ejerciendo maltrato sobre uno de mis hermanos mayores, pero no viví algo en carne propia.

En la tabla cualitativa de segundo nivel de las experiencias y emociones relacionadas con el abuso psicológico en niños, se identificaron diversas categorías y subcategorías que reflejaban las vivencias de los padres. En la categoría de Confianza, los datos mostraron cómo los padres trataban de mantener una relación empática con sus hijos, fusionando aspectos de empatía en sus prácticas de crianza. Se resaltó que, a pesar de los desafíos de la maternidad, los padres buscaban romper con patrones de crianza incorrectos y se esforzaban en proporcionar una crianza libre de castigos y golpes.

En la subcategoría de Resiliencia, los padres indicaron que enfrentaban dificultades sin desquitarse con sus hijos, mostrando una capacidad de recuperación y manejo de sus emociones de manera autónoma. La categoría de Autocontrol reveló cómo los padres luchaban por manejar sus impulsos, enfatizando la importancia del autoconocimiento para evitar situaciones de abuso.

La Ansiedad surgió como una subcategoría significativa, donde los padres reflexionaron sobre la calidad de la crianza que recibieron y cómo esto influía en sus prácticas actuales. Muchos padres describieron su crianza como imperfecta y distante, lo que los llevó a estar más conscientes y ansiosos sobre cómo criaban a sus propios hijos.

En la categoría de Recuerdos Positivos, se mencionaron traumas relacionados con el maltrato observado en otros hermanos, aunque algunos padres no lo vivieron en carne propia. Este reconocimiento de experiencias pasadas influyó en su determinación de proporcionar un entorno mejor y más seguro para sus hijos. La prevención y el control fueron aspectos clave destacados, donde los padres consideraron que la escuela actuaba como una red de apoyo importante. Creían que las conductas en casa podían ser mejor manejadas con la ayuda de entidades específicas que brindaban orientación adecuada para los niños. La subcategoría de Autoestima mostró que los padres interpretaban la felicidad de sus hijos al ir y regresar de la escuela como una señal de bienestar y una confirmación de su eficacia en la crianza. La “Comunicación” se mencionó como un factor esencial para mantener una dinámica positiva y para resolver situaciones cotidianas. Los padres se esforzaban por llegar a acuerdos y mantener una rutina estable para sus hijos. Además, la “Dependencia” de los niños en los padres se destacó como una responsabilidad

CAPÍTULO II

Tras las huellas del dolor: Perspectivas de Madres sobre el abuso psicológico infantil en Cuenca

percibida, con los padres limitando su vida social para estar presentes en la vida de sus hijos.

Por último, las subcategorías de “infancia”, “tristeza” y “susceptibilidad” reflejaron cómo los estados de ánimo de los padres variaban al recordar su propia infancia y los patrones de crianza que vivieron. La presencia de ambas figuras parentales durante su infancia y la reflexión sobre estos recuerdos influyeron en su enfoque hacia la crianza actual, tratando de evitar repetir los mismos errores y proporcionando un entorno más positivo para sus hijos.

Tabla 3

Codificación de segundo nivel (Axial)

CODIFICACIÓN DE PRIMER NIVEL						
Categoría	Subcategorías	Códigos	Cambios	Subcategoría Final	Recodificación	Frases
Abuso Psicológico en niños (APN)	Confianza	CON	Se fusionan	Empatía	EMP	Pero de igual manera llegamos a un acuerdo y es fácil retomar la rutina. No hay ningún patrón, porque sé que mi hijo no lo vive o no le pasa. Pero creo que me enfoco mucho y trato de darme auto terapia, porque en la maternidad a
	Seguridad	SEG				
	Empatía	EMP				

CAPÍTULO II

Tras las huellas del dolor: Perspectivas de Madres sobre el abuso psicológico infantil en Cuenca

veces controlarse es difícil. Se ha limitado la vida social porque aún es pequeña y los que criamos somos su papá y yo.

Pienso y puedo asegurar que no hay ningún patrón, porque sé que a mi hijo no le pasa.

No creo que tenga dificultades

porque tiene apenas 3 años.

Yo mantengo una

crianza fuera de castigos y golpes para romper ese patrón de crianza que no es correcto.

Para mí es un tema muy maternal, porque desde que tuve a mi hijo ya no salgo mucho porque sé que me necesita y tengo que estar presente en esta edad.

Mantengo una crianza fuera de castigos y golpes

para romper ese patrón de crianza que no es correcto.

Resiliencia	RES
Superación	SUP
Aceptación	ACE

Influye bastante, pero por lo general no me desquito con mi hijo, busqué resolverlo sola. No creo que tenga dificultades.

Resiliencia RES RES

Adaptabilidad ADA

Pero siento que no tengo ese vínculo “especial” con mis padres y es algo distante.

Su infancia aún es manejable y no hay alguna

situación que esté fuera de lugar por el momento porque es muy educado.

El no presenta dificultad al momento de seguir las órdenes porque desde que era pequeño lo apliqué.

Autocontrol	AUT				Es muy
Autoconocimiento	ATC				complicado el
		Autoconocimiento	ATC	ATC	manejo de mis
Regulación	REG				impulsos porque
					su infancia aún es
					manejable y no
					hay alguna

CAPÍTULO II

Tras las huellas del dolor: Perspectivas de Madres sobre el abuso psicológico infantil en Cuenca

					situación que esté fuera de lugar por el momento porque es educado. Busco resolverlo sola Tiene apenas 3 años y no es muy complicado el manejo de mis impulsos
Desapego	DES				
Miedo	MIE				
		Ansiedad	ANS	ANS	Hoy en día uno lee y se da cuenta que la crianza que recibí no fue la mejor, tuve ambas figuras presentes (mamá y papá)
Angustia	ANG				

pero estuve en la mayoría de las ocasiones a cargo del resto de mis hermanos, pero siento que no tengo ese vínculo especial con mis padres y es algo distante.

Asumo que no queriendo asistir a la escuela o tal vez

ocultándose.

Se ha limitado la vida social porque aún es pequeño y los

CAPÍTULO II

Tras las huellas del dolor: Perspectivas de Madres sobre el abuso psicológico infantil en Cuenca

					que criamos somos su papá y yo.
Recuerdos Positivos	REP				Yo, como experiencia
Recuerdos Negativos	REN				propia, no la viví porque fui la única de los hijos y fui “engreída”.
		Traumas	TRA	TRA	Pero si tengo recuerdas de mis padres ejerciendo maltrato sobre uno de mis hermanos mayores, pero no viví algo en carne propia.
Traumas	TRA				

CAPÍTULO II

Tras las huellas del dolor: Perspectivas de Madres sobre el abuso psicológico infantil en Cuenca

Si tengo recuerdos de mis padres ejerciendo maltrato sobre uno de mis hermanos mayores.

Hoy en día uno lee y se da cuenta que la crianza que recibí no fue la mejor, estuve a cargo de mis hermanos.

Control

CON

Prevención

PRE

PRE

La escuela es una red de apoyo para los padres.

Prevención

PRE

Conductas en casa y así

poderlas controlar en la escuela con ayuda de entidades específicas que brindan una mejor guía para los niños.

Creo que sería una muestra o señal, porque al momento de ir a la escuela va muy feliz, y regresa feliz por contarme todo lo que hizo en su día

Autoestima AUT

Autoestima AUT

AUT

Motivación MOT

Eficacia EFI

EFI

Optimismo OPT

Creo que la escuela es una red de apoyo para los padres

porque pasan mucho tiempo con los niños, creo que identificar la personalidad de cada niño y su desempeño,

Eficacia EFI

tal vez podrían recurrir con ayuda de los padres para tratar su conducta en casa

El no presenta dificultad al

momento de seguir las órdenes porque desde que era pequeño lo aplique.

Muy clara y concisa al hablar sobre la crianza respetuosa que aplica en su hijo.

Comunicación

COM

Comunicación

COM

COM

Se mantiene una dinámica para sobrellevar mejor las situaciones y comunicaciones entre los dos. Por contarme lo que

hizo en su día. Hay días en los que no quiere dormir o seguir la rutina, pero de igual manera, llegamos a un acuerdo y es fácil retomar la rutina.

Signo

SIG

Signo

SIG

SIG

Asumo que no queriendo asistir a la escuela o tal vez ocultándose, creo que sería una muestra o señal.

Preocupación

PRE

Preocupación

PRE

PRE

Pienso que de ser así cambiaría su comportamiento y

					como consecuencia bajaría su rendimiento académico
Dependencia	DEP	Dependencia	DEP	DEP	Ya no salgo mucho porque sé que me necesita y tengo que estar presente en esta edad.
Infancia	INF	Infancia	INF	INF	Tuve ambas figuras presentes
Tristeza	TRI	Tristeza	TRI	TRI	Observar estados de ánimos variados al momento de tocar temas de su infancia.

Susceptibilidad

SUS

Susceptibilidad

SUS

SUS

Se pudo observar estados de ánimo variados al momento de tocar temas de su infancia debido a los patrones de crianza que vivió

La red semántica analizó el abuso psicológico en niños (APN) y desglosó diversos factores influyentes, así como sus consecuencias y componentes. En primer lugar, la dinámica familiar desempeñó un papel crucial. Una coparentalidad positiva, donde los padres colaboraban de manera efectiva, creó un entorno familiar saludable. La interacción entre los miembros de la familia, especialmente entre padres e hijos, también resultó esencial. La gestión adecuada del entorno familiar ayudó a manejar conflictos y mantener la armonía, contribuyendo así a la prevención del abuso psicológico.

El entorno familiar conflictivo, aunque no se dividió en subcategorías, se identificó como un factor que podría contribuir al abuso psicológico en los niños. Los conflictos constantes y la falta de armonía en el hogar crearon un ambiente propenso a estos abusos. Por otro lado, el apoyo educativo, aunque sin subdivisiones, se consideró un elemento clave. Las instituciones educativas proporcionaron un soporte esencial, influenciando positivamente la dinámica familiar y ayudando a prevenir o mitigar los efectos del abuso psicológico.

El compromiso de los padres y la familia resultó fundamental en la crianza y protección de los niños. Este compromiso incluyó estar presente y ser proactivo en la vida de los niños, asegurando que se desarrollaran en un entorno seguro y saludable. En el núcleo de la red se destacó cómo la dinámica familiar afectaba directamente al abuso psicológico. La coparentalidad positiva y las interacciones familiares saludables actuaron como barreras contra el abuso, mientras que la gestión efectiva del entorno familiar ayudó a prevenirlo.

Los factores emocionales y las consecuencias del abuso psicológico también se analizaron. Las emociones experimentadas por los niños y sus padres en un entorno abusivo fueron significativas. Los recuerdos y traumas que surgieron del abuso psicológico tuvieron un impacto a largo plazo, afectando el bienestar emocional y psicológico de los niños.

Además, los comportamientos observables resultantes del abuso proporcionaron indicadores claros de su presencia. En resumen, la red semántica mostró cómo diversos factores familiares, emocionales y comportamentales se entrelazaron en el contexto del abuso psicológico en niños. La dinámica familiar positiva, el apoyo educativo y el compromiso de los padres fueron esenciales para prevenir y manejar el abuso psicológico. Asimismo, se señaló cómo las emociones y los recuerdos traumáticos influyen en los comportamientos de los niños, destacando la necesidad de un enfoque integral para abordar esta problemática.

La triangulación metodológica analizó la categoría del desarrollo del lenguaje en varios aspectos, comparando los resultados de dos revisores y ofreciendo una interpretación conjunta.

En la subcategoría de empatía, ambos revisores destacaron la importancia de una crianza sin castigos y golpes, mencionando que la vida social de los padres se limitó para estar presentes con el hijo. Los revisores coincidieron en que la madre mantenía una crianza respetuosa, dedicándose completamente a su hijo y asegurando una comunicación efectiva en el hogar. La interpretación general fue que se mantenía una crianza respetuosa, con una dedicación completa al hijo para asegurar su bienestar y fomentar una buena comunicación.

En cuanto a la resiliencia, se mencionó que la madre trataba de no desquitarse con su hijo y que no tenía dificultades con su comportamiento, destacando que su infancia aún era manejable. La interpretación fue que se mantenía una línea de respeto, resolviendo los problemas aparte y asegurando que la infancia del niño era controlable y manejable.

Sobre el autoconocimiento, los revisores indicaron que la madre encontraba manejable el control de sus impulsos debido a la corta edad de su hijo y su buena conducta. La interpretación fue que era necesario

controlarse para manejar situaciones fuera de control y que la comunicación diaria era importante.

En la subcategoría de ansiedad, se mencionó la limitación de la vida social de los padres debido a la necesidad de estar presentes para el hijo. Los revisores señalaron la importancia de ser figuras paternas presentes para promover el desarrollo de valores y crear un vínculo con el hijo.

Respecto a los traumas, se señaló que la madre reconocía que la crianza que recibió no fue la mejor y recordaba maltratos hacia sus hermanos mayores. La interpretación indicó la necesidad de recurrir a herramientas para tratar temas de la infancia y evitar replicar patrones negativos en sus propios hijos.

En cuanto a la prevención, se destacó la importancia de tratar conductas en casa y en la escuela con ayuda de entidades específicas. La interpretación subrayó el compromiso con entidades de apoyo, como la escuela, para un correcto desarrollo de actitudes y relaciones interpersonales.

En la subcategoría de eficacia, la madre fue clara y concisa sobre la crianza respetuosa que aplicaba. Los revisores destacaron la importancia de la escuela como red de apoyo para los padres y la necesidad de aplicar normas y reglas adaptables a la edad del niño.

En la comunicación, se enfatizó la importancia de mantener una dinámica que facilitara la comunicación y resolución de situaciones. La interpretación sugirió que hablar sobre situaciones incómodas era crucial para una mejor relación.

En cuanto al signo, los revisores interpretaron la falta de interés en asistir a la escuela o el ocultamiento como posibles señales de problemas. La interpretación señaló la importancia de prestar atención al comportamiento y la forma de relacionarse del niño con su entorno.

CAPÍTULO II

Tras las huellas del dolor: Perspectivas de Madres sobre el abuso psicológico infantil en Cuenca

En la subcategoría de preocupación, se mencionó el establecimiento de horarios y rutinas desde temprana edad para mantener una dinámica estable. La interpretación indicó que seguir un ritmo de crianza con rutinas facilitaba la independencia del niño.

Sobre la dependencia, la madre mencionó que no salía mucho para estar presente con su hijo. La interpretación sugirió que permitir el desenvolvimiento del niño era esencial para evitar la dependencia mutua.

En la infancia, se mencionó la presencia de ambas figuras paternas. La interpretación indicó que crecer en un ambiente sano con ambos padres ayudaba a evitar traumas inconscientes. Respecto a la tristeza, se observó una variación en los estados de ánimo al tocar temas de la infancia. La interpretación señaló que asistir a terapia y hablar sobre dolores emocionales ayudaba a una mejor correlación en la maternidad.

Finalmente, en la susceptibilidad, se observaron estados de ánimo variados debido a los patrones de crianza vividos. La interpretación indicó que los patrones de crianza pasados podían afectar y presentarse inconscientemente en el modo de crianza actual.

Tabla 4.

Triangulación metodológica

Triangulación metodológica			
Categoría: Desarrollo del lenguaje			
<u>Subcategoría</u>	<u>Resultados</u>		<u>Interpretación</u>
	Revisor 1	Revisor 2	
Empatía	<p>Pero creo que me enfoco mucho y trato de darme auto terapia, porque en la maternidad a veces controlarse es difícil</p> <p>No creo que tenga dificultades porque apenas tiene 3 años. Yo mantengo una crianza fuera de castigos y golpes para romper ese patrón de crianza que no es correcto.</p> <p>Para mí es un tema muy maternal, porque desde que tuve a mi hijo ya no salgo mucho porque sé que me necesita y tengo que estar</p>	<p>Mantengo una crianza fuera de castigos y golpes para romper ese patrón de crianza que no es correcta.</p> <p>Pero de igual manera llegamos a un acuerdo y es frágil retomar la rutina.</p> <p>No hay ningún patrón porque sé que mi hijo no lo vive o no le pasa.</p> <p>Se mantenga una dinámica para sobrellevar las situaciones y comunicación entre los dos.</p> <p>Contarme lo que hizo en su día</p>	<p>Se mantiene una crianza respetuosa, dedicación completa a su hijo para saber que está presente y fundamenta la comunicación. (6° Trabajo OROS (6 De Mayo)_Maquetación 1, n.d.)</p>

presente en esta edad. Se ha limitado la vida social porque aún es pequeño y lo que criamos somos su papá y yo. Pienso y puedo asegurar que no hay ningún patrón porque sé que mi hijo no lo vive o no le pasa. Muy clara y concisa al hablar sobre la crianza respetuosa que aplica en su hijo y el modo de comunicación que se oferta en casa.

Resiliencia

Influye bastante, pero por lo general no me desquito con mi hijo. No creo que tenga dificultades. Su infancia aún es manejable y no hay alguna situación que se fuera de lugar por el momento porque es muy

Por lo general no me desquito con mi hijo, busco resolverlo sola.

Se mantiene una línea de respeto y resuelvo los problemas aparte, su infancia es controlable y manejable.

educado.
Siento que no tengo ese vínculo “especial” con mis padres y es algo distante.
El no presenta dificultad si al momento de seguir las órdenes porque desde que era pequeño lo apliqué.

Autoconocimiento

Tiene apenas 3 años y no es muy complicado el manejo de mis impulsos. Busco resolverlo sola.

No es muy complicado el manejo de mi impulso porque su infancia aún es manejable y no hay alguna situación que esté fuera de lugar por el momento porque es muy educado.

Creo que sería una muestra o señal, porque al momento de ir a la escuela va muy feliz y regresa feliz por contarme todo lo que hizo en su día.

Es necesario controlarse para manejar situaciones fuera de control, es importante la comunicación diaria. *(Autoconcepto Y Autoestima En Niños Maltratados Y Niños De Familias Intactas., 2002)*

Ansiedad

Se ha limitado la vida social porque aún es pequeño y los que criamos somos su papá y yo.	Asumo que no queriendo asistir a la escuela o tal vez ocultándose. Hoy en día uno lee y se da cuenta que la crianza que recibí no fue la mejor, tuve ambas figuras presentes, pero estuve en la mayoría de ocasiones a cargo del resto de mis hermanos, pero siento que no tengo ese vínculo especial con mis padres y es algo distante.	Ser figuras paternas presentes promueve el desarrollo de valores y ayuda a crear un vínculo con ellos. (Ciencia y Cultura, n.d.)
Traumas	Hoy en día uno lee y se da cuenta que la crianza que recibí no fue la mejor. Si tengo recuerdos de mis padres ejerciendo maltrato sobre uno de mis hermanos mayores Yo, como experiencia propia, no la viví porque fui la única de los hijos y fui “engreída”. Si tengo recuerdos de mis padres ejerciendo maltrato sobre uno de mis hermanos mayores, pero no lo viví en carne propia.	Recurrir a herramientas que me permitan tratar temas de mi infancia para no replicar los patrones sobre mis hijos. (<i>Maltrato Psicológico: ¿cómo Afecta a Los Niños?</i> , 2017)

Prevención	<p>Tratar conductas en casa y así poderlas controlar en la escuela con ayuda de las entidades específicas que brindan una mejor guía para los niños. La escuela es una red de apoyo para los padres.</p>	<p>Comprometerse con entidades de apoyo como una escuela permite un correcto desarrollo de actitudes en relaciones interpersonales. (Ciencia y Cultura, n.d.)</p>
Eficacia	<p>Muy clara y concisa al hablar sobre la crianza respetuosa que aplica en su hijo.</p>	<p>Creo que la escuela es una red de apoyo para los padres, porque pasan mucho tiempo con los niños. Creo que identificar la personalidad de cada niño y su desempeño, tal vez, podrían recurrir con ayuda de padres para la conducta en casa. El no presenta dificultad al momento de seguir las órdenes porque desde que era pequeño lo apliqué.</p> <p>Aplicar normas y reglas que sean adaptables para su edad. (<i>Eficacia de la Psicoterapia en el Maltrato Infantil. Una Revisión Sistemática De La Experiencia Latinoamericana Perspectivas Metodológicas</i>, 2023)</p>

CAPÍTULO II

Tras las huellas del dolor: Perspectivas de Madres sobre el abuso psicológico infantil en Cuenca

Comunicación	Para que se mantenga la dinámica para sobrellevar mejor las situaciones y comunicación entre los dos. Contarme lo que hizo en su día.	Hay días en los que no quiere dormir o seguir la rutina, pero de igual manera llegamos a un acuerdo y es fácil retomar la rutina.	Hablar sobre las situaciones que pueden incomodar es importante para una mejor relación. (<i>Maltrato Infantil y sus Consecuencias a Largo Plazo</i> MedUNAB, 2010)
Signo	Asumo que no queriendo asistir a la escuela o tal vez ocultándose, creo que sería una muestra o señal.		Prestar atención sobre el comportamiento y forma de relacionarse con su entorno. (<i>Maltrato Psicológico: ¿Cómo Afecta a Los Niños?</i> , 2017)
Preocupación		Yo establecí horarios y rutinas porque le implante desde pequeño la hora de dormir o comer, para que se mantenga una dinámica para sobrellevar mejor las situaciones y comunicación entre los dos.	Seguir el ritmo de crianza e implementar rutinas que brinden facilidad al momento de ser independiente. (<i>Maltrato Infantil Y Sus Consecuencias a Largo Plazo</i> MedUNAB, 2010)
Dependencia	Ya no salgo mucho porque sé que me necesita y tengo que estar presente en esta edad.		Permitir el desenvolvimiento de los niños es esencial para no generar dependencia y viceversa. (<i>Maltrato Psicológico a Los Niños, Niñas Y Adolescentes En La Familia: Definición Y Valoración De Su Gravedad</i> , n.d.)

CAPÍTULO II

Tras las huellas del dolor: Perspectivas de Madres sobre el abuso psicológico infantil en Cuenca

Infancia	Tuve ambas figuras presentes.	Crecer en un ambiente sano con ambos padres permite no generar traumas inconscientemente. (6° Trabajo OROS (6 De Mayo)_Maquetación 1, n.d.)
Tristeza	Observar estados de ánimo variados al momento de tocar temas de su infancia.	Asistir a terapia y hablar sobre dolores emocionales ayuda a una mejor correlación de la maternidad. (Maltrato Psicológico a Los Niños, Niñas Y Adolescentes En La Familia: Definición Y Valoración De Su Gravedad, n.d.)
Susceptibilidad	Se pudo observar estados de ánimo variados al momento de tocar temas de su infancia debido a los patrones de crianza que vivió.	Los patrones de crianza que vivió afectan e incluso pueden presentarse inconscientemente en el modo de crianza actual del sujeto. (Un Niño Maltratado Tiene Tres Veces Más Riesgo De Desarrollar Una Adicción De Adulto, 2024)

Discusión

En un estudio realizado en Cuenca sobre el abuso psicológico en niños se pudo evidenciar que a “mayor empatía, mayor resiliencia” en los infantes de forma similar se pudo evidenciar en el estudio de (Ziv, 2020) que demuestra que una mayor empatía permite que padres obtengan respuestas positivas junto a la importancia de la resiliencia al momento de abordar reacciones de los infantes en un momento de frustración, de igual manera en el estudio de (Chen, 2023) se menciona que el abuso psicológico en los infantes se relacionan de forma directa con el comportamiento social por factores de un desbalance personal que altera el modo de percepción y actuar empático. En el mismo contexto (Massey, 2023) afirma que el trauma infantil a largo plazo afecta la resiliencia y empatía en adultos sanos, afectando a una relación interpersonal.

En tanto a la categoría ansiedad se dice que genera un mayor trauma o existe la posibilidad de generar uno a largo plazo, en otro estudio realizado por (Xiao & Murat Baldwin, 2021) se estipula que el maltrato o abuso psicológico genera a largo plazo traumas en la edad adulta acompañado de un cierto grado de ansiedad que puede provocar incluso un trastorno de estrés traumático, de igual manera en un estudio de (Strathearn, 2020) recalca en el mismo contexto que las consecuencias generadas por la ansiedad y un trauma preservan en el bienestar sea física y psicológicamente en el infante.

En categorías como prevención y preocupación se estipula que es netamente necesario poder tener un ambiente que influya en un desarrollo sano a corto y largo plazo, así mismo lo menciona (Shuai, 2023) que es un maltrato preocupante y no es fácil de detectar y medir por medio de afecciones ya sean cortas a largo plazo, en el mismo contexto sale a relevancia el apellido (Shuai, 2023) que destaca en su estudio la importancia y relevancia de la detección temprana de violencia psicológica, porque a futuro se desencadenan conductas no deseadas.

En categorías acerca de la comunicación y eficacia se determina que entre más adaptabilidad a su ambiente por medio de reglas facilita la hora de comunicarse en el entorno y resulta factible para mejorar las relaciones, en un estudio realizado por (Jenazah Jenangan, 2023) dice que en el contexto de la experiencia infantil existe una autoeficacia que media la angustia psicológica y ayuda a aliviar la misma con ayuda de la comunicación en especial en dicha población, además (“Therapeutic Communication For Children Victims of Sexual Violence in Citra Tepian-Samarinda,” n.d.) habla que para abordar la violencia psicológica en niños la comunicación es eficaz para ayudar a los infantes a sobrellevar esa situación, incluso que la comunicación terapéutica orienta hacia un tratamiento que maximiza resultados del proceso terapéutico.

La susceptibilidad y signos son esenciales evaluarlos para determinar eficazmente si un infante es víctima de abuso psicológico, como se menciona en el estudio de (Kimber, 2017, 496-498) los signos en un infante son difíciles de detectar, porque sus comportamientos son relevados por una supresión emocional, por esa razón es esencial que sus cuidadores estén atentos siempre, se menciona igual en (Damodaran, 2015) que una correlación entre el abuso psicológico y las afecciones en la salud mental de los niños da iniciativa a tomar medidas preventivas.

Las variables de dependencia y tristeza aclaran que es necesario permitir el desenvolvimiento del niño para evitar generar una dependencia y estados de tristeza asociados a la falta de apoyo, en el artículo (Gomes, 2022) dice que el abuso emocional, junto a la dependencia y tristeza son problemas interconectados en los niños que tienen un gran nivel significativo y este puede traer consecuencias emocionales y conductuales que afectan a su desarrollo. Además, en el artículo de (Momeñe López, n.d) se subraya que la dependencia emocional se relaciona intrínsecamente con el abuso psicológico e influye con un ámbito resiliente que desvía estos efectos.

Finalmente, se obtienen categorías como infancia y autoconocimiento, las cuales son muy importantes ya que estimulan a la creación de buenas relaciones y un correcto desenvolvimiento en el entorno, en el escrito (Ghosh, n.d) se habla que el abuso psicológico infantil trae en sí consecuencias a largo plazo como las dificultades propias como baja autoestima y educativas como disfunciones académicas.

Conclusión

A modo de finalizar se puede considerar que en este estudio se determina que existe una gran influencia del modo de crianza de los padres, sus experiencias y traumas son relevados inconscientemente en la crianza, hay diversos contextos como los emocionales, familiares, demográficos y sociales que se relacionan intrínsecamente con el abuso psicológico infantil, es necesario mencionar que la dinámica familiar, la red de apoyo educativa y compromiso parental son estrictamente necesarios para prevenir el mismo y saber actuar ante una situación asociada. El estudio presenta una importancia relevante en el contexto psico-familiar que atribuye un real significado y conciencia sobre las consecuencias mentales y comportamentales a corto y largo plazo en un sujeto que padece violencia psicológica.

Desde una perspectiva infantil se establece que la exposición a un entorno relativamente desequilibrado interrumpe el desarrollo de un vínculo afectivo y emocional que induce a un trastorno mental y fallas en el desarrollo cognitivo que como consecuencia afecta a la autoestima, eficacia mental y social del sujeto. En función a un ambiente netamente estable y seguro para un niño, es importante que los progenitores tomen conciencia sobre sus conductas y comportamientos para analizar qué metodologías pueden implementar para llevar a cabo una crianza responsable y afectiva, promoviendo la identificación y modificación de comportamientos que pueden presentar un grado de afección.

En dicha situación se puede recomendar que ser afectivos y empáticos con los niños genera un estado de confianza, en el que se siente escuchado y se valida su sentir, se crea un comportamiento con base en el respeto y paciencia evitando el uso de humillaciones o críticas que cohíben estrictamente al niño.

El estudio sobre el abuso psicológico es sumamente importante, pero hay una significativa limitación, el estudio fue basado en la entrevista realizada a una sola persona, no se puede generalizar sobre los hallazgos y experiencias porque son subjetivas, cada contexto es diferente y responde a diferentes formas y manifestaciones, para poder conseguir un análisis más completo sería necesario ampliar la muestra y sujetos que reflejen sus experiencias. Se podría recomendar que para contextualizar la situación acerca del abuso psicológico infantil en el entorno cuencano se podría recomendar realizar una investigación exhaustiva sobre el contexto familiar predominante, es importante poder abordar este tema con debido conocimiento que estimule la educación y conciencia respecto a este tema.

Finalmente, se puede decir que esta problemática afecta en gran cantidad al desarrollo autónomo del individuo, promoviendo a largo plazo la generación de un trauma que afecte a procesos cognoscitivos y conductas que se ven incluidos en la actividad diaria y modo de relacionarse con su entorno y directamente con su familia.

Referencias

Alzate, L., Betancur, L., Pérez, J., & Sosa, A. (2023). Impacto del maltrato psicológico durante la crianza sobre la salud mental en estudiantes de 2° y 3° de básica primaria de la institución educativa presbítero Bernardo Montoya del municipio de Copacabana, Antioquía - primer semestre de 202. Tecnológico de Antioquia Institución Universitaria. <https://dspace.tdea.edu.co/handle/tdea/4295>

Autoconcepto y autoestima en niños maltratados y niños de familias intactas. (2002, May 3). Psiquiatria.com. Retrieved June 24, 2024, from <https://psiquiatria.com/trastornos-infantiles-y-de-la-adolescencia/autoconcepto-y-autoestima-en-ninos-maltratados-y-ninos-de-familias-intactas>

Ciencia y Cultura. (n.d.). Prevención del abuso Psicológico infantil. Scielo. Retrieved June 24, 2024, from http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-33232000000200012&script=sci_arttex

Cuevas, A. (2002). Consideraciones en torno a la investigación cualitativa en psicología. Revista cubana de psicología, 19. [https://virtualidadkennedy.s3.sa-east-1.amazonaws.com/M%C3%A9todos+de+investigaci%C3%B3n+\(psico\)/Material/Cuevas+Consideraciones+en+torno+a+la+investigacion+cualitativa.pdf](https://virtualidadkennedy.s3.sa-east-1.amazonaws.com/M%C3%A9todos+de+investigaci%C3%B3n+(psico)/Material/Cuevas+Consideraciones+en+torno+a+la+investigacion+cualitativa.pdf)

Damodaran, D. (2015, June 16). Childhood Psychological Abuse and Mental Health of Youth. <https://typeset.io/papers/childhood-psychological-abuse-and-mental-health-of-youth-2py5va8uo9>

Eficacia de la psicoterapia en el maltrato infantil. Una revisión sistemática de la experiencia Latinoamericana | Perspectivas Metodológicas. (2023, August 29). PORTAL REVISTAS UNL. Retrieved

CAPÍTULO II

Tras las huellas del dolor: Perspectivas de Madres sobre el abuso psicológico infantil en Cuenca

June 24, 2024, from
<https://revistas.unla.edu.ar/epistemologia/article/view/4337>

Folgueiras, P. (2016, September 14). La entrevista. Universidad de Barcelona, 1(1), 2.
<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/99003/1/entrevista%20opf.pdf>

Ghosh, S. (n.d.). Awareness through Teaching Program Regarding Child Abuse. 26-53. <https://typeset.io/papers/awareness-through-teaching-program-regarding-child-abuse-i76zxv22>

Gomes, L. (2022, July 18). Possíveis impactos psicológicos em crianças vítimas de abuso sexual – uma revisão de literatura / Possible psychological impacts on children victims of sexual abuse – a literature review. 8(7), 52024-52029. <https://typeset.io/papers/possiveis-impactos-psicologicos-em-criancas-vitimas-de-abuso-165cio4z>

Jenazah Jenangan, T. P. (2023, March 18). General self-efficacy as a mediator of the association between adverse childhood experiences and psychological distress in gender-minority individuals. <https://typeset.io/papers/general-self-efficacy-as-a-mediator-of-the-association-281otgs0>

Kimber, M. (2017). Child Psychological Abuse. Pediatrics in Review (American Academy of Pediatrics), 38(10), 496-498. <https://typeset.io/papers/child-psychological-abuse-508my0u4m3>

Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia 1. (n.d.). SciELO Colombia. Retrieved June 24, 2024, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-89612011000200008&script=sci_arttext

Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo | MedUNAB. (2010, August 26). Revistas Unab. Retrieved June 24, 2024, from <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/1155>

Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad. (n.d.). Revistas del colegio oficial de la psicología de Madrid. Retrieved June 24, 2024, from <https://dx.doi.org/10.5093/in2011v20n1a3>

Maltrato psicológico: ¿cómo afecta a los niños? (2017, October 30). Educo. Retrieved June 24, 2024, from <https://www.educo.org/Blog/maltrato-psicologico-como-afecta-a-los-ninos>

Massey, A. (2023, May 13). Overcoming the Odds: The Relationship Between Childhood Adversity, Lifetime Trauma, and Resiliency in Empathy and Conscientiousness. Universal Wiser Publisher, 42-55. <https://typeset.io/papers/overcoming-the-odds-the-relationship-between-childhood-h6m6ojzg>

Momeñe López, J. (n.d.). El papel de la resiliencia en la dependencia emocional y el abuso psicológico. El papel de la resiliencia en la dependencia emocional y el abuso psicológico, (44), 28-43. <https://typeset.io/papers/el-papel-de-la-resiliencia-en-la-dependencia-emocional-y-el-d18az319aw>

Psychosocial Intervention - Home Page. Retrieved June 24, 2024, from https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_serial&pid=1132-0559&lng=es&nrm=iso

Riquelme, N., Bustos, C., & Parrada, B. (2020, December 8). Impacto del maltrato infantil en la prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes. 26(20). https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532020000100215&script=sci_arttext

Rodríguez, A., Rodríguez, M., & Rodríguez, Y. (2023, June 12). Programa psicoeducativo basado en valores para la prevención del abuso sexual infantil. Dialnet, 17(3), 9-19. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9075760>

CAPÍTULO II

Tras las huellas del dolor: Perspectivas de Madres sobre el abuso psicológico infantil en Cuenca

Sarango, M. (2010, May 20). Causas y consecuencias del maltrato infantil de los casos que se receptan en el centro de diagnóstico y orientación psicopedagógica. Universidad de Cuenca facultad de jurisprudencia, ciencias políticas y sociales escuela de trabajo social, 20(2), 14. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/965/1/trbs236.pdf>

Shuai, J. (2023, June 18). Psychological abuse, internalising, and externalising behaviours of students: A latent profile analysis. 33, 199-206. <https://typeset.io/papers/psychological-abuse-internalising-and-externalising-mg0onv8h>

Strathearn, L. (2020, August 31). Long-term Cognitive, Psychological, and Health Outcomes Associated With Child Abuse and Neglect. 146. <https://typeset.io/papers/long-term-cognitive-psychological-and-health-outcomes-13g3fttazf>

Suryati, & Ismarwati. (n.d.). Psychological impact of sexual violence in children: systematic literature review. 1(1), 85-95. <https://typeset.io/papers/psychological-impact-of-sexual-violence-in-children-iprmak48f9>

Therapeutic Communication For Children Victims of Sexual Violence in Citra Tepian-Samarinda. (n.d.). 10(1), 149-149. <https://typeset.io/papers/therapeutic-communication-for-children-victims-of-sexual-1wi75ckd>

UNICEF. (n.d.). Violencia, el principal desafío para la infancia en Ecuador. UNICEF. Retrieved May 16, 2024, from <https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/violencia-el-principal-desaf%C3%ADo-para-la-infancia-en-ecuador>

CAPÍTULO III

**ENFRENTANDO EL ALZHEIMER:
PERSPECTIVAS DE UN CUIDADOR EN
CUENCA, ECUADOR**

Juan Carlos Sucozhañay Idrovo

Carrera de Psicología Clínica

Universidad Politécnica Salesiana

<https://orcid.org/0009-0009-6541-470X>

jsucozhanay@est.ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador.

Maria Lorena Cañizares Jarrin

Carrera de Psicología Clínica

Universidad Politécnica Salesiana

<https://orcid.org/0009-0002-6021-2649>

lcanizares@ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador.

Resumen

Introducción: Las personas encargadas de cuidar a pacientes que padecen la enfermedad del Alzheimer desempeñan un rol fundamental en la protección de la integridad de estas personas. **Objetivo:** El objetivo de esta investigación fue comprender las percepciones de un cuidador de un paciente con Alzheimer en la ciudad de Cuenca. **Metodología:** Este estudio fue realizado con un diseño fenomenológico, utilizó una entrevista semiestructurada de 8 preguntas, misma que fue aplicada a un cuidador masculino de 51 años. Dos revisores participaron en el análisis de los datos para asegurar la rigurosidad del proceso. **Resultado:** Con respecto a este apartado, se encontró que la pérdida de memoria es el aspecto más destacado en las percepciones de este cuidador. Además, la empatía y el cuidado surgieron como variables significativas, reflejando las preocupaciones y actitudes del cuidador hacia los pacientes. **Conclusión:** Con base en los resultados, se deduce la necesidad de crear programas de intervención psicológica para mejorar la calidad en la que viven los cuidadores de personas que padecen Alzheimer, haciendo énfasis en la relevancia del control emocional en su labor cotidiana.

Palabras clave: cuidadores, Alzheimer, percepciones, memoria

Perceptions of a caregiver of an Alzheimer's patient in the city of Cuenca, Ecuador

Abstract

Introduction: Individuals responsible for caring for Alzheimer's patients play a crucial role in safeguarding the integrity of those suffering from this condition. **Objective:** The aim of this qualitative research was to thoroughly understand the perceptions of a caregiver of an Alzheimer's patient in the city of Cuenca. **Methodology:** This study, employing a phenomenological design, utilized an 8-question semi-structured interview conducted with a 51-year-old male caregiver. Two reviewers participated in data analysis to ensure rigor in the process. **Result:** Regarding the findings, memory loss emerged as the most prominent aspect in the caregiver's perceptions. Additionally, empathy and caregiving surfaced as significant variables, reflecting the caregiver's concerns and attitudes towards patients. **Conclusion:** Based on the results, there is a discernible need to develop psychological intervention programs to enhance the quality of life for caregivers of Alzheimer's patients, emphasizing the importance of emotional management in their daily work.

Keywords: caregivers, Alzheimer's, perceptions, memory

Introducción

El Alzheimer (EA) es una enfermedad o trastorno neurológico que puede provocar la muerte neuronal. Por lo general, esta afección se desarrolla lentamente y sus signos iniciales pueden estar relacionados con el envejecimiento o con olvidos ocasionales (Romano et al., 2007). Además, la presencia de esta enfermedad en el Ecuador es de gran importancia y se ha categorizado por género, siendo las mujeres el 65% de los casos y los hombres el 35%. Luego de examinar las edades, se descubrió que el 35% de los participantes se encuentran dentro del rango de edad de 60 a 65 años, mientras que el 20% se encuentran dentro del intervalo entre 66 a 71 años (Mejía et al., 2021).

Por esta razón, se hará una investigación de tipo cualitativa a un cuidador de un paciente que sufre Alzheimer. En cuanto a las causas, se descubrió que existen factores tanto genéticos como biológicos que pueden realizar una función importante en el desarrollo de la enfermedad ya descrita en adultos mayores, pero a su vez, también pueden existir otros factores como los antecedentes familiares y el proceso natural de envejecimiento.

Por otra parte, esta enfermedad puede originarse por ciertos factores ambientales, como el consumo de tabaco, la depresión, la alimentación inadecuada, la no realización de actividad física ni cognitiva, el alcohol y el bajo nivel educativo (Chandrashekar et al., 2023). En las consecuencias podemos encontrar que el Alzheimer causa deterioro de manera gradual en la función cognitiva, por lo cual, modifica las manifestaciones comportamentales y, además, conduce a la contracción del cerebro produciendo una desmielinización en su función, llegando a causar deterioro tanto en la parte intelectual como en la memoria (Chandrashekar et al., 2023).

Según la Organización Panamericana de la Salud, el Alzheimer, está en aumento a nivel mundial y se prevé que lo siga haciendo. Las familias,

especialmente las cuidadoras, experimentan importantes consecuencias psicológicas, emocionales y sociales. Si hablamos de los lugares en donde ha aumentado, encontramos al Caribe y a América Latina, y especialmente en las mujeres. Se ha aumentado en la misma región Covid-19, que ha empeorado la situación, poniendo más presión sobre los pacientes, sus familias y los cuidadores. Además, a pesar de la creciente prevalencia de demencia, todavía hay una falta de entendimiento de la enfermedad y del conocimiento relacionado con la misma, lo que conduce a la generación de estigmas y obstáculos para evaluarla y tratarla a tiempo (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Por otro lado, en Ecuador, entre los entes que dan atención a un número significativo de personas con demencia está el Ministerio de Salud Pública, principalmente brindando este servicio a adultos mayores de 65 años y, en espacial, a personas del sexo femenino. Ante estas cifras alarmantes, es necesario y conveniente comprender las percepciones de los cuidadores para mejorar su calidad de vida. Por medio de una entrevista a un cuidador real, se logrará tener una percepción acerca de esto, siendo de los primeros estudios en el país, dado que no existe información previa sobre los cuidadores. Para esto, se generará un instrumento que sería una entrevista semiestructurada para el cuidador ya mencionado.

Con este estudio, se pretende impulsar el cuidado y bienestar de quienes cuidan de personas que tienen Alzheimer. Por otro lado, se planea brindar ciertas recomendaciones sobre la sobrecarga para los cuidadores, que enfrentan desafíos emocionales y físicos significativos. Por medio, de este trabajo se beneficiará directamente a los familiares de personas con Alzheimer, al poder proporcionar información y orientación adecuada para mejorar el cuidado de sus seres queridos.

También será muy importante para los cuidadores profesionales, como enfermeras y asistentes de salud, así como para los psicólogos, ayudándoles a ofrecer un apoyo más efectivo a las personas que atienden y sus familias. De este modo, todo este esfuerzo tiene un impacto beneficioso en todos los involucrados, mejorando el bienestar general.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, se define Alzheimer como una enfermedad de carácter neurológica, la cual causa, en el cerebro, la muerte de las neuronas. Por ende, esta condición empieza paulatinamente y su sintomatología se puede atribuir a la vejez (Romano et al., 2007).

Por otra parte, las dos etapas vitales para que surja y se desarrolle esta enfermedad, el estadio asintomático en pacientes que tienen cierto riesgo y el estadio antes del síntoma, más conocido como presintomático. El primero abarca desde el inicio de los primeros eventos relacionados con esta condición o lesiones hasta que se producen y manifiestan en los primeros cambios en la parte cognitiva (Allegri et al., 2011).

El segundo, el estadio asintomático con donde existe un riesgo latente de evolucionar con la enfermedad del Alzheimer y se puede identificar mediante estudios de neuroimagen donde pueden existir cambios en el líquido cefalorraquídeo o mediante trazadores de amiloide, se mostrará la evidencia de amiloidosis cerebral, como concentraciones anómalas de amiloide fosfotau, β 42 y tau. Sin embargo, es importante destacar que la fiabilidad predictiva de estos hallazgos aún no está completamente establecida (Allegri et al., 2011).

Es importante saber que, cuando hablamos de la EA presintomática, se hace referencia a sujetos que eventualmente tendrán la enfermedad de Alzheimer, lo cual se puede simplemente predecir en familias que son perjudicadas mediante ciertas formas monogénicas autosómicas que de algún modo son predominantes, donde se conocen ciertas mutaciones específicas (Allegri et al., 2011).

Cabe destacar que existe una etapa sintomática (pre-demencia), marcada por la aparición de señales clínicas que incluyen problemas de memoria episódica con un patrón hipocampal (dificultades en recordar información sin ayuda que no se mejoran con ayuda), que no interfieren con las actividades del día a día y no son evidencia suficiente para diagnosticar la demencia. Durante esta etapa, se observan en el líquido cefalorraquídeo algunos marcadores biológicos o también en imágenes cerebrales, lo cual respaldan la hipótesis de cambios que se relacionan con el Alzheimer (Allegri et al., 2011).

Después de esta etapa de pre-demencia, existe otra en la que los signos relacionados a la cognición (incluyendo la memoria de los recuerdos, llamada episódica) son lo bastante graves y consiguen afectar las relaciones sociales y las habilidades cotidianas. Durante esta etapa, es posible identificar tanto presentaciones típicas como atípicas (Allegri et al., 2011).

Existe una diversa clasificación de esta enfermedad, donde encontramos al tipo más frecuente de la misma llamada enfermedad de Alzheimer típica, que está caracterizada por un deterioro progresivo de la memoria que permite recordar situaciones de la vida desde las etapas tempranas hasta las avanzadas, acompañado o seguido de otros trastornos de la cognición (como problemas ejecutivos, complejidades en la comunicación o lenguaje, procesamiento de la visión en un nivel complejo y praxias) y síntomas relacionados a la neuropsiquiatría. La evaluación diagnóstica se ve sustentada por la existencia de marcadores de tipo biológico que pueden ser uno o más de uno de la enfermedad de Alzheimer detectables en pruebas en vivo (Allegri et al., 2011).

Entre otras, encontramos la enfermedad de Alzheimer atípica que describe síntomas que no muchas personas llegan a tener, pero son formas bien definidas en las que la enfermedad se presenta, que tienen que ver con la variante frontal, la afasia logopédica, la afasia progresiva

primaria no fluida y además la atrofia cortical en la parte posterior. Por otra parte, cuando se realiza el diagnóstico de alguno de estos cuadros clínicos, se requiere evidencia en vivo de la presencia de amiloidosis en el cerebro o en el líquido cefalorraquídeo que circula por el sistema nervioso, para confirmar el diagnóstico de esta condición (Allegrí et al., 2011).

Finalmente, tenemos la enfermedad de Alzheimer mixta que describe a aquellos sujetos que, al analizar los criterios de la enfermedad, los cumplen, pero que también muestran evidencia de carácter clínico y cierta biológica-neuro imagenología adicional de trastornos donde existe comorbilidad, como la enfermedad con cuerpos de Lewy o ECV (Allegrí et al., 2011).

Es crucial comprender no sólo la enfermedad en sí misma, sino también las repercusiones que tiene en la familia y más aún en el cuidador primario. Un punto donde se exige esfuerzo es cómo influye en la vida del paciente, su familia y especialmente en quienes se encargan de cuidarlos, dedicando gran parte de su tiempo a esta tarea. Con el progreso de la enfermedad, la incapacidad y la dependencia del paciente aumentan gradualmente, lo que hace que las labores de cuidado sean más complejas.

De acuerdo con el progreso de la enfermedad, la familia enfrenta situaciones complicadas, como la discapacidad, el encamamiento y la pérdida de relaciones compartidas. Esto implica cambios en los roles y funciones de los miembros familiares, ya que existe una interdependencia entre ellos en un sistema familiar en constante interacción dinámica (Díaz et al., 2016).

Un estudio cualitativo realizado en Costa Rica en 2016 revela que la forma en la que las familias perciben el mismo contexto puede variar, incluso cuando comparten circunstancias similares. Los comentarios, en gran medida, reflejaban aspectos negativos, mostrando comentarios donde se evidenciaba que el Alzheimer es una enfermedad terrible. Los

participantes también expresaron cómo la enfermedad había alterado profundamente sus vidas en todas las áreas, llegando incluso a evitar actividades sociales como visitar amigos o salir a pasear (Díaz et al., 2016).

Además, al profundizar en la percepción de los familiares sobre sus seres queridos enfermos, se observa una forma de recapitular las etapas de vida, como si el paciente hubiera regresado a la época de su infancia, dependiendo completamente de otros para sus necesidades básicas (Díaz et al., 2016). Otro aspecto destacado en los relatos de las familias es el recurso a servicios eclesiásticos como fuente de consuelo y regulación emocional (Díaz et al., 2016).

La etapa se da a partir de los 60 años, aunque existen variabilidades. Es una fase heterogénea marcada por cambios en múltiples dimensiones del ser humano (Alvarado y Salazar, 2014). Al empezar esta edad se presenta el llamado envejecimiento, mismo que resulta ser un proceso que se da de forma natural, siendo complejo y multidimensional, que conlleva cambios biopsicosociales en cada persona a lo largo del tiempo. Aunque implica modificaciones inherentes a nivel celular y funcional, la forma de experimentarlo depende de factores individuales y contextuales. Se caracteriza por ser continuo desde la concepción, irreversible, particular para cada individuo y universal para todos los seres humanos. Involucra una adaptación progresiva ante las transformaciones físicas y cognitivas asociadas a la edad (Alvarado y Salazar, 2014).

El Alzheimer en adultos mayores que van desde los 65 años o más se establece que esta enfermedad afecta tanto a las habilidades de pensamiento, a la memoria y después de un tiempo, a la facilidad de realizar tareas. Según investigaciones realizadas en Estados Unidos, se estima que una cantidad aproximada de 6 millones de adultos mayores llegan a padecer esta enfermedad (National Institute on Aging, 2023).

Por último, tenemos que la sobrecarga en los cuidadores es significativa. En una investigación realizada en Cuenca, en qué año y quién fue el autor, se estableció que el 52.9% son cuidadores. En donde un 23.6% es de tipo severa y el 29.3% es de tipo ligera. Por lo cual, se considera necesario realizar evaluaciones a tiempo e intervenir con profesionales para poder mejorar la forma de cuidado en las personas con Alzheimer y así minorar la sobrecarga de los pacientes (Moscoso y Bustosos, 2023).

En los antecedentes encontramos que Zhang et al. (2023) se enfocaron en examinar las roturas de ADN en los cerebros post mortem de personas con y sin EA en un estudio realizado en Estados Unidos utilizando un enfoque cuantitativo. Descubrieron que los cerebros afectados por la enfermedad de Alzheimer presentaban un incremento significativo de 18 veces en la cantidad de roturas de ADN en comparación con los cerebros de individuos sin la enfermedad. Este hallazgo sugiere una acumulación de roturas de ADN en lugares genómicos anormales, lo cual podría influir en la regulación de la expresión génica.

Reyes et al. (2023) investigaron las percepciones acerca de la EA y las pruebas en cuanto a genética predictivas en familiares con riesgo de desarrollar enfermedad tempranamente en México. Descubrieron que la mayoría de los familiares desconocían su riesgo genético y experimentaban estrés relacionado con el papel de cuidadores. Además, algunos expresaron la posibilidad de considerar el suicidio en caso de obtener un resultado positivo en la prueba genética. Cando et al. (2022), llevaron a cabo una evaluación de los factores que contribuyen a la sobrecarga en personas que cuidan informalmente a pacientes con demencia en Ecuador. Destacaron la importancia de identificar y abordar el estrés experimentado por estos cuidadores, proponiendo intervenciones psicosociales para brindar apoyo a las familias en esta situación.

Por lo antes mencionado, se planteó como objetivo general comprender las percepciones de un cuidador de un paciente con Alzheimer en la ciudad de Cuenca en el periodo 2024, con la finalidad de analizar más a detalle la sobrecarga de este. Por lo tanto, en los objetivos específicos queremos fundamentar teóricamente sobre los cuidadores de pacientes diagnosticados con la enfermedad de Alzheimer. También, identificar la percepción que tienen de la misma, pero en la ciudad de Cuenca.

Metodología

Enfoque

En cuanto al enfoque, se usará un enfoque cualitativo que, en la investigación, podemos caracterizar su comprensión de la realidad como una construcción en sociedad. Este enfoque se centra en interpretar los significados dados por los sujetos a sus conductas, adentrándose en un contexto socialmente construido. También busca comprender la realidad desde la forma de ver de los participantes, de esta manera centrándose en cómo las personas pueden interpretar y dar sentido a sus experiencias y al ambiente en el que se encuentran. La investigación cualitativa implica un proceso dinámico y reflexivo entre quien investiga y los sujetos estudiados, haciendo énfasis en una generación de comprensión profunda y holística del fenómeno investigado (Valle et al., 2022).

Paradigma

El paradigma sociocrítico en la investigación tiene como foco principal el análisis y la comprensión de los fenómenos sociales mediante un enfoque crítico y reflexivo. Este enfoque considera las relaciones de poder, las desigualdades y las dinámicas sociales subyacentes a dichos fenómenos. El propósito fundamental es promover una visión holística sobre los fenómenos sociales, desafiando las concepciones tradicionales y dominantes prevalecientes en el campo de estudio (Urzueta, 2011).

Diseño de investigación

Se planteó una investigación fenomenológica, que se centra en describir las vivencias de los individuos en fenómenos específicos de interés, utilizando como fuentes de información confiables a las personas que experimentan estos fenómenos. Por lo tanto, las únicas fuentes confiables que pueden responder con información netamente certera a este tipo de investigación son las mismas personas que viven día a día este fenómeno (Driessnack et al., 2007).

Población y muestra

Se consideró que la población es infinita, debido a que, no se pudo obtener el dato exacto de cuántos cuidadores existen hasta el 2024, por lo que solo se planeó aplicar una encuesta a un cuidador de algún paciente que padece Alzheimer. La muestra fue por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Técnica e instrumentos

En lo que refiere a este estudio, se utilizó a la entrevista como técnica. La entrevista es una forma de investigación que involucra una interacción directa entre quien la hace (entrevistador) y la persona a la que se la realiza (entrevistado), para obtener datos y opiniones detalladas sobre un tema en particular (Medina et al., 2023). La entrevista se usó para conseguir ampliar la temática sobre las percepciones de cuidadores sobre el Alzheimer en adultos mayores de Cuenca, con la propuesta de investigar las experiencias en la muestra de estudio.

En cuanto al instrumento se usó una encuesta ad hoc de variables sociodemográficas tales como: edad (≥ 23 años), sexo (masculino o femenino), estado civil (con pareja o sin pareja), instrucción (primaria, secundaria, bachillerato, tercer nivel o cuarto nivel), y con quién vive actualmente (esposa, hijos, nietos, nuera). Posterior a esto, se aplicó un cuestionario de preguntas sobre percepciones de cuidadores sobre el Alzheimer en un adulto de 51 años, que contiene 8 preguntas que están

relacionadas con las causas (antecedentes familiares y consumo de sustancias) y consecuencias (atrofias cerebrales y deterioro cognitivo).

Procedimiento

En primer lugar, se realizó una entrevista semiestructurada enfocada en la percepción de estas personas sobre el tema expuesto. Después se aplicó la entrevista a un cuidador vía telefónica, que duró 12 minutos. A partir de esto, se elaboró un documento con una transcripción de tal entrevista y se analizaron los datos de manera cualitativa.

Para efectuar este análisis, se hizo uso de un documento de Excel donde se realizaron los siguientes pasos: codificación de primer nivel (abierta), densificación, codificación de segundo nivel (axial), una red semántica y finalmente, la triangulación correspondiente. Cabe recalcar que, durante esta investigación, se tuvieron presentes las consideraciones éticas relacionadas con la confidencialidad absoluta de la persona investigada.

Plan de análisis cualitativo

El plan de análisis cualitativo se aplicó a las entrevistas realizadas y siguió varios pasos detallados. Primero, se realizó la codificación de primer nivel. Se realizó una lectura exhaustiva de las transcripciones de las entrevistas, identificando segmentos significativos que representaban ideas, conceptos o temas importantes. Estos segmentos fueron etiquetados con códigos descriptivos que capturaron su esencia. Esta fase inicial fue exploratoria y permitió familiarizarse con los datos, comenzando a identificar patrones emergentes sin imponer una estructura rígida.

Después de completar la codificación de primer nivel, se realizó la codificación de segundo nivel o axial. En esta fase, se revisaron de manera más profunda y sistemática los códigos iniciales para identificar relaciones entre ellos. Se agruparon códigos similares y se establecieron conexiones que permitieron construir categorías más amplias y

comprensivas. La codificación axial integró los datos dispersos en un marco más coherente, facilitando la identificación de temas y subtemas clave. Durante este proceso, se desarrolló una estructura teórica preliminar que explicó los fenómenos observados en las entrevistas.

La siguiente etapa involucró la construcción de redes semánticas. Se crearon representaciones visuales que mostraron cómo los diferentes códigos y categorías estaban interconectados. Este paso fue crucial para visualizar las relaciones complejas entre los temas y subtemas identificados. Al construir una red semántica, se detectaron patrones y estructuras subyacentes en los datos, facilitando un entendimiento más holístico y detallado del fenómeno estudiado. Estas redes ayudaron a organizar los datos y a identificar efectivamente los hallazgos.

Finalmente, se llevó a cabo la triangulación para asegurar la validez del análisis cualitativo realizado, incluyendo su confiabilidad. Se utilizaron varias fuentes de teorías, métodos, datos o investigadores para corroborar los que se hallaron. Al comparar y contrastar diferentes perspectivas, se identificaron posibles sesgos y se aseguraron conclusiones robustas y bien fundamentadas. La triangulación aportó una capa adicional de rigor al análisis, aumentando la credibilidad y la profundidad de los resultados.

En síntesis, el plan de análisis cualitativo aplicado a las entrevistas incluyó la codificación de primer nivel para identificar segmentos significativos, la codificación de segundo nivel o axial para establecer relaciones y construir categorías, la creación de redes semánticas para visualizar y entender estas relaciones, y la triangulación para garantizar la validez y confiabilidad de los hallazgos. Este enfoque ordenado y riguroso permitió un entendimiento detallado de los fenómenos cualitativos, proporcionando una base sólida para la interpretación y presentar los resultados.

Resultados

La tabla 1 contiene la codificación de primer nivel, también conocida como codificación abierta, de las percepciones de los cuidadores de personas con Alzheimer. La tabla está organizada en varias categorías y subcategorías, cada una asociada con un código específico y un número total de marcas de color que representan la frecuencia de las menciones en los datos recopilados. Aquí se presenta una interpretación detallada de la tabla en párrafos:

En la tabla se detallan las percepciones de los cuidadores de personas con Alzheimer, organizadas en categorías y subcategorías específicas. Cada categoría está acompañada de un código abreviado, el número total de menciones (n) y el porcentaje que representa sobre el total de menciones.

La categoría más mencionada es Conducta Prosocial (CPS) con 5 menciones, lo que representa el 9,4% del total. Le sigue Memoria episódica (MEP) con 4 menciones y un 7,5% del total. Juicio Moral (JMO) y Deterioro cognitivo (DCO) cada una con 3 menciones, representan el 5,7% del total.

Varias categorías tienen 2 menciones, cada una representando el 3,8% del total. Estas categorías son: Empatía (EMP), Resignación (RES), Memoria a largo plazo (MLP), Optimismo (OPT), Voluntad (VOL), Memoria autobiográfica (MAU), Desorientación (DEO), Memoria a corto plazo (MCP), Despreocupación (DEP) y Actividad (ACT).

Las categorías con una sola mención, cada una representando el 1,9% del total, son numerosas e incluyen: Memoria Espacial (MES), Pensamiento crítico (PCR), Soledad (SOL), Control emocional (CEM), Ansiedad (ANS), Atención (ATE), Memoria de trabajo (MTR), Incomodidad (INC), Nostalgia (NOS), Cuidado (CUI), Malestar familiar (MLF), Disminución capacidades motrices (DCM), Protección (PRO), Negatividad (NEG) e Insomnio (INS).

En total, la tabla cuenta con 53 marcas de color, lo que indica el número total de menciones registradas en el estudio. Cada categoría refleja una dimensión distinta de las percepciones y experiencias de los cuidadores de personas con Alzheimer, mostrando una variedad de aspectos emocionales, cognitivos y conductuales observados en el cuidado de estos pacientes.

Tabla 1.

Codificación de primer nivel (abierto) sobre las percepciones de un cuidador de una persona con Alzheimer

Categoría	Subcategorías	Códigos	n	%
Percepciones de un cuidador de una persona con Alzheimer	Memoria episódica	(MEP)	4	7,5
	Conducta Prosocial	(CPS)	5	9,4
	Juicio Moral	(JMO)	3	5,7
	Empatía	(EMP)	2	3,8
	Memoria Espacial	(MES)	1	1,9
	Memoria retrógrada	(MRE)	3	5,7
	Pensamiento crítico	(PCR)	1	1,9
	Soledad	(SOL)	1	1,9
	Control emocional	(CEM)	1	1,9
	Resignación	(RES)	2	3,8
	Memoria a largo plazo	(MLP)	2	3,8
	Ansiedad	(ANS)	1	1,9
	Atención	(ATE)	1	1,9
	Memoria de trabajo	(MTR)	1	1,9
	Deterioro cognitivo	(DCO)	3	5,7
	Optimismo	(OPT)	2	3,8
	Voluntad	(VOL)	2	3,8
	Nostalgia	(NOS)	1	1,9
	Memoria autobiográfica	(MAU)	2	3,8
	Incomodidad	(INC)	1	1,9

CAPÍTULO III

Enfrentando el Alzheimer: Perspectivas de un cuidador en Cuenca, Ecuador

Desorientación	(DEO)	2	3,8
Memoria a corto plazo	(MCP)	2	3,8
Despreocupación	(DEP)	2	3,8
Cuidado	(CUI)	1	1,9
Malestar familiar	(MLF)	1	1,9
Disminución de capacidades motrices	(DCM)	1	1,9
Protección	(PRO)	1	1,9
Actividad	(ACT)	2	3,8
Negatividad	(NEG)	1	1,9
Insomnio	(INS)	1	1,9
	Total	53	100,0

La tabla 2 de Densificación ofrece un análisis detallado de las percepciones de un cuidador de una persona que padece Alzheimer, destacando las coincidencias y discordancias en sus respuestas sobre diversas categorías y subcategorías. A continuación, se presenta una interpretación más profunda de la información en párrafos.

En la categoría de Memoria episódica (MEP), el cuidador relata experiencias significativas, como cuando el paciente confunde a familiares con otras personas y olvida a miembros de la familia. Esto subraya la dificultad de los cuidadores al ver cómo sus seres queridos pierden recuerdos importantes. No se reportan discordancias en esta subcategoría, indicando una experiencia común entre los revisores.

Juicio Moral (JMO) incluye percepciones sobre la confusión y la dificultad de reconocer a familiares, y la importancia de una dieta adecuada para los pacientes. Estas percepciones muestran que los cuidadores se preocupan profundamente por el bienestar físico y emocional del paciente, aunque no se mencionan desacuerdos en esta área.

CAPÍTULO III

Enfrentando el Alzheimer: Perspectivas de un cuidador en Cuenca, Ecuador

La categoría de Empatía (EMP) revela cómo el cuidador se preocupa por el bienestar del paciente, destacando la importancia de que otras personas que desempeñan la misma labor, también brinden apoyo. La falta de discordancias sugiere un consenso sobre la necesidad de empatía y apoyo en el cuidado de pacientes con Alzheimer.

Memoria espacial (MES) y Memoria retrógrada (MRE) muestran ejemplos de desorientación y confusión temporal de los pacientes. El cuidador nota cómo los pacientes a veces no saben dónde están y cómo mezclan recuerdos del pasado con el presente, lo cual es considerado raro pero significativo en la experiencia del cuidado.

En Pensamiento crítico (PCR), se reconoce que los pacientes tienen dificultades para recordar cosas importantes, lo que refleja una pérdida de habilidades cognitivas fundamentales. No hay desacuerdos mencionados, lo que sugiere una experiencia comúnmente aceptada.

La categoría de Soledad (SOL) destaca cómo la soledad afecta negativamente la nutrición y el bienestar general del paciente, mientras que Control emocional (CEM) subraya el impacto emocional de la enfermedad en toda la familia. Ambos aspectos reflejan el profundo impacto psicológico y emocional del Alzheimer tanto en los pacientes como en su cuidador o cuidadores.

Resignación (RES) y Memoria a largo plazo (MLP) abordan la aceptación de la enfermedad y los problemas de memoria a largo plazo, mostrando cómo el cuidador se adapta y ayuda en actividades cotidianas, a pesar de las dificultades. Las respuestas muestran una mezcla de aceptación y frustración.

La categoría Ansiedad (ANS) refleja el miedo de los pacientes al moverse, mientras que Atención (ATE) aborda la falta de atención del paciente hacia el cuidador. Ambas subcategorías indican desafíos adicionales que los cuidadores deben enfrentar, como el manejo de la ansiedad y la atención dispersa del paciente.

El deterioro cognitivo (DCO) detalla la progresión del Alzheimer y la pérdida total de memoria, con una referencia a factores negativos en el cerebro como posibles causas. Esto muestra la gravedad del deterioro y la búsqueda de explicaciones por parte del cuidador.

En Optimismo (OPT) y Voluntad (VOL), se destacan actitudes positivas y la disposición de los pacientes a participar en entrevistas, lo que refleja aspectos de resiliencia y adaptabilidad tanto en pacientes como en cuidadores. A pesar de las dificultades, el cuidador intervenido encuentra momentos de amabilidad y cooperación.

Nostalgia (NOS) revela cómo los pacientes recuerdan eventos del pasado con tristeza, mientras que Incomodidad (INC) y Desorientación (DEO) muestran las experiencias incómodas y desorientadoras que enfrentan los pacientes. Estas respuestas reflejan las emociones complejas involucradas en el cuidado de personas con Alzheimer.

Memoria a corto plazo (MCP) y Despreocupación (DEP) destacan las dificultades de recordar eventos recientes y la falta de cuidado personal del paciente. Estas subcategorías ilustran la lucha constante por mantener la memoria y la salud cotidiana del paciente.

La categoría Cuidado (CUI) muestra la importancia del apoyo continuo en la vida diaria del paciente, como en la alimentación, medicación y limpieza. El cuidador expresa la necesidad de un cuidado integral y la colaboración entre familiares.

Disminución de capacidades motrices (DCM) aborda la pérdida de habilidades motoras y el miedo del paciente a moverse, mientras que negatividad (NEG) e Insomnio (INS) reflejan la presencia de pensamientos negativos y problemas para dormir. Estas subcategorías subrayan los desafíos físicos y emocionales adicionales que enfrentan los pacientes y sus cuidadores.

Tabla 2.

Densificación sobre las percepciones de un cuidador de una persona con Alzheimer

Categoría	Subcategorías	Códigos	Coincidencias	Discordancias
Percepciones de un cuidador de una persona con Alzheimer	Memoria episódica	(MEP)	Primero papá empezó a creer que yo era otra persona. Se olvidaba por completo de todos sus hermanos, nietos, realmente todos. Iba poco a poco, olvidándose más y más de todos.	----- ----
	Juicio Moral	(JMO)	No sabía qué hacer para que me reconociera. Yo creo que sí puede afectar demasiado. Que lo pongan fuertecito como sopitas de pollo o de verduritas	----- ----

		<p>A uno, como hijo, le preocupan. Son personas que necesitan ayuda de los demás, si tienen la oportunidad de vivir con estas personas que lo hagan.</p>	
Empatía	(EMP)		
Memoria espacial	(MES)	<p>A veces ni sabía dónde se encontraba.</p>	Recuerdo que
Memoria retrógrada	(MRE)	<p>Era como si estuviera viendo su pasado en su presente.</p>	Muy raro.
Pensamiento crítico	(PCR)	<p>Por eso no pueden recordar mayor cosa.</p>	
Soledad	(SOL)	<p>Papá cómo vivía solo</p>	Pues no se alimentaba bien
Control emocional	(CEM)	<p>Fue una noticia dura para toda la familia.</p>	

CAPÍTULO III

Enfrentando el Alzheimer: Perspectivas de un cuidador en Cuenca, Ecuador

Resignación	(RES)	Pero bueno, le dio unas pastillas	Por eso toca ayudarlo a ir al baño, por ejemplo
Memoria a largo plazo	(MLP)	Me llamaba por el nombre de un amigo que tenía cuando era joven. No me acuerdo cómo se llamaban	Pero sí, solo eso, nada más
Ansiedad	(ANS)	Papá tiene como miedo de caminar	De ahí
Atención	(ATE)	No me ponía atención.	Pues yo notaba que
Deterioro cognitivo	(DCO)	La memoria se le perdió más y más con el tiempo, no recordaba nada, pero en serio nada.	Supongo que tiene que ver con algo negativo en la cabeza, por eso no pueden recordar mayor cosa.
Optimismo	(OPT)	Es muy difícil, pero es lo mejor para que puedan vivir bien. De igual forma,	----- ----

CAPÍTULO III

Enfrentando el Alzheimer: Perspectivas de un cuidador en Cuenca, Ecuador

			fue bastante amable.
			El participante entrevistado participó de forma voluntaria con la entrevista realizada
Voluntad	(VOL)	El participante tuvo una muy buena actitud en querer responder todas las preguntas	Misma que fue realizada mediante una llamada de voz (grabada).
			Aunque al responder la pregunta #5 recordó la noticia de cuando le avisaron que su papá tenía Alzheimer
Nostalgia	(NOS)	Y se puso algo nostálgico	
			De esas que, en serio, a uno como hijo, le preocupan.
Incomodidad	(INC)	Fue bastante fea.	
			Recuerdo que a veces ni sabía dónde se encontraba
Desorientación	(DEO)	Le decía “papá, ¿quiere comer algo?”, y me veía como si estuviera	

CAPÍTULO III

Enfrentando el Alzheimer: Perspectivas de un cuidador en Cuenca, Ecuador

		perdido o algo, pero ni me respondía.
Memoria a corto plazo	(MCP)	Olvidarse de a los jóvenes todo por No me acuerdo momentos cómo se llamaban
Despreocupación	(DEP)	No se alimentaba Papá, cómo bien vivía solo
Cuidado	(CUI)	Que les ayuden con todo, comida, pastillas, limpieza. Le cuidábamos varios. Que lo pongan Cada que lo fuertecito cuidaba como sopitas intentaba de pollo o de verduras darle cosas Que les que le llenen. ayuden con Mis hermanos todo, comida, lo visitaban pastillas, igual que yo limpieza. por días. Solo le llevábamos donde su doctora de confianza.

		Papá tiene como miedo de
Disminución de capacidades motrices	(DCM)	Por eso toca caminar No sabe ni poder dormir, le cuesta bastante.
Negatividad	(NEG)	Supongo que tiene que ver con algo negativo en la cabeza
Insomnio	(INS)	No sabe ni poder dormir, le cuesta bastante.

La Tabla 3 presenta la codificación de segundo nivel (Axial) en el estudio de las percepciones del cuidador del paciente con Alzheimer. Este nivel de codificación implica la agrupación y reestructuración de las categorías y subcategorías identificadas en la codificación de primer nivel, con el objetivo de simplificar y clarificar los datos. Aquí se ofrece una interpretación detallada de la tabla en párrafos.

En la categoría general, se observan varios cambios importantes. Las subcategorías relacionadas con la memoria, como Memoria episódica (MEP), Memoria retrógrada (MRE), Memoria a largo plazo (MLP), Deterioro cognitivo (DCO), Memoria a corto plazo (MCP) y Memoria espacial (MES), se fusionan en una sola subcategoría llamada Memoria (MEM). Las frases asociadas reflejan la pérdida progresiva de memoria en los pacientes, desde olvidar a familiares hasta confundir el pasado con el presente y olvidar detalles recientes.

La subcategoría Juicio Moral (JMO) permanece sin cambios, manteniendo su enfoque en la confusión de los cuidadores sobre cómo actuar y sus percepciones sobre la moralidad y el juicio del paciente. Las frases incluyen dificultades para ser reconocidas, la creencia de que la enfermedad afecta significativamente y el manejo diario de los síntomas.

Empatía (EMP) también se mantiene como una subcategoría, agrupando percepciones sobre la preocupación y el cuidado necesarios para los pacientes. Las frases reflejan la preocupación de los cuidadores por el bienestar del paciente y la necesidad de apoyo emocional y físico continuo.

La subcategoría Soledad (SOL) se fusiona con Insomnio (INS) para formar la nueva subcategoría Bienestar físico (BIF). Esta combinación refleja cómo la soledad y la falta de sueño afectan negativamente la salud física del paciente. Las frases indican problemas como la soledad y dificultades para dormir, mostrando el impacto del Alzheimer en el bienestar físico del paciente.

Control emocional (CEM) fusiona la ansiedad y la nostalgia, manteniendo su enfoque en el impacto emocional de la enfermedad tanto en pacientes como en sus familias. Las frases asociadas reflejan el impacto emocional significativo, como el miedo del paciente a caminar y la nostalgia por el pasado.

La subcategoría Atención (ATE) se fusiona con despreocupación, enfocándose en la dificultad de los pacientes para prestar atención a sus cuidadores y a su entorno. Las frases incluyen ejemplos de cómo los pacientes a veces parecen perdidos o no responden.

Despreocupación (DEP) se fusiona con Disminución de capacidades motrices (DCM) y con Cuidado (CUI), manteniendo esta última como subcategoría. Este cambio refleja la necesidad de un cuidado integral y constante, abarcando tanto el cuidado personal como la atención a las necesidades diarias del paciente. Las frases destacan el esfuerzo del

CAPÍTULO III

Enfrentando el Alzheimer: Perspectivas de un cuidador en Cuenca, Ecuador

cuidador para proporcionar alimentos, medicinas y apoyo emocional, a pesar de la despreocupación del paciente por su propio bienestar.

Tabla 3.

Codificación de segundo nivel (axial) sobre las percepciones de un cuidador de una persona con Alzheimer

Categoría	Subcategorías	Códigos	Cambios	Subcategoría Final	Recodificación	Frases
Percepciones de un cuidador de una persona con Alzheimer	Memoria episódica	(MEP)	Se fusiona	Memoria	(MEM)	Primero papá empezó a creer que yo era otra persona.
	Memoria retrógrada	(MRE)				Se olvidaba por completo de todos sus hermanos, nietos, realmente todos.
	Memoria a largo plazo	(MLP)				Iba poco a poco, olvidándose más y más de todos.
	Deterioro cognitivo	(DCO)				A veces ni sabía dónde se encontraba.
	Memoria a corto plazo	(MCP)				Me llamaba por el nombre de un amigo que tenía cuando era joven.
	Memoria espacial	(MES)				No me acuerdo cómo se llamaban Era como si estuviera

					viendo su pasado en su presente. La memoria se le perdió más y más con el tiempo, no recordaba nada, pero en serio nada. Olvidarse de todo por momentos
Juicio Moral	(JMO)				No sabía qué hacer para que me reconociera. Yo creo que sí puede afectar demasiado.
Pensamiento crítico	(PCR)	Se fusiona	Juicio Moral	(JMO)	Que lo pongan fuertecito como sopitas de pollo o de verduritas
Resignación	(RES)				Por eso no pueden recordar mayor cosa. Pero bueno, le dio unas pastillas
Incomodidad	(INC)				Fue bastante fea.

Negatividad	(NEG)			
Empatía	(EMP)			A uno como hijo, le preocupan. Son personas que necesitan ayuda de los demás, si tienen la oportunidad de vivir con estas personas que lo hagan.
Optimismo	(OPT)			
		Se fusiona	Empatía	(EMP)
Voluntad	(VOL)			Es muy difícil, pero es lo mejor para que puedan vivir bien. De igual forma, fue bastante amable. El participante entrevistado participó de forma voluntaria con la entrevista El participante tuvo una muy buena actitud en

CAPÍTULO III

Enfrentando el Alzheimer: Perspectivas de un cuidador en Cuenca, Ecuador

					querer responder todas las preguntas
Soledad	(SOL)	Se fusiona	Bienestar físico	(BIF)	Papá cómo vivía solo No sabe ni poder dormir, le cuesta bastante.
Insomnio	(INS)				
Control emocional	(CEM)	Se fusiona	Control emocional	(CEM)	Fue una noticia dura para toda la familia. Papá tiene como miedo de caminar Y se puso algo nostálgico
Ansiedad	(ANS)				
Nostalgia	(NOS)				
Atención	(ATE)	Se fusiona	Atención	(ATE)	No me ponía atención. Le decía “papá, ¿quiere comer algo?”, y me veía como si estuviera perdido o algo, pero ni me respondía.
Desorientación	(DEO)				

Despreocupación (DEP)				Que les ayuden con todo, comida, pastillas, limpieza. Le cuidábamos varios. Cada que lo cuidaba intentaba darle cosas que le llenen.
Cuidado (CUI)	Se fusiona	Cuidado (CUI)		Mis hermanos lo visitaban igual que yo por días. Solo le llevábamos donde su doctora de confianza. No se alimentaba bien Por eso toca ayudarle a ir al baño.
Disminución capacidades motrices (DCM)				

La red semántica presentada en la imagen organiza las percepciones de un cuidador de una persona con Alzheimer en una estructura clara y detallada, mostrando cómo se interrelacionan diversas categorías y subcategorías.

En primer lugar, la memoria se presenta como una categoría central, subdividida en varias subcategorías: memoria episódica, memoria espacial, memoria retrógrada, memoria a corto plazo, memoria a largo plazo y deterioro cognitivo. Todas estas subcategorías se integran en el concepto de Memoria, que se divide en olvido, familia y amigos. Esta agrupación refleja cómo la pérdida de memoria en los pacientes afecta su capacidad para recordar eventos específicos, ubicaciones, relaciones pasadas y abarca tanto la memoria reciente como la de largo plazo. Esta pérdida progresiva de memoria es una preocupación central para el cuidador, al impactar significativamente la vida diaria y las interacciones del paciente. Además, de la memoria también surge una flecha hacia desorientación, que a su vez está relacionada con la atención. Esto muestra cómo la pérdida de memoria contribuye a la desorientación del paciente, afectando su capacidad para mantenerse enfocado y atento a su entorno.

El juicio moral es otra categoría importante que incluye subcategorías como pensamiento crítico, resignación, incomodidad y negatividad. Estas subcategorías se agrupan bajo el Juicio Moral y se fusionan en preocupación y desprecio. Este agrupamiento destaca las dificultades y dilemas morales que enfrentan los cuidadores al tratar de comprender y manejar la enfermedad de Alzheimer. El cuidador expresa confusión sobre cómo actuar de manera adecuada y las emociones negativas que surgen en el proceso de cuidado. Del juicio moral sale una flecha hacia la memoria a largo plazo, indicando que las decisiones y juicios morales de los cuidadores como la persona entrevistada están influidos por recuerdos y experiencias pasadas, y cómo pueden afectar cómo abordan el cuidado de sus seres queridos.

La empatía se destaca como una categoría crucial que se agrupa con optimismo, voluntad, incomodidad y negatividad. La subcategoría de empatía se realza con la inclusión de amabilidad, subrayando la importancia de la empatía y la amabilidad en el cuidado de las personas con Alzheimer. El cuidador reconoce la necesidad de apoyo emocional y el valor de tratar a los pacientes con amabilidad y comprensión, lo cual es esencial para su bienestar general. De la empatía sale una flecha hacia preocupación, mostrando que la empatía del cuidador está estrechamente ligada a su preocupación por el bienestar del paciente. La empatía y la preocupación son aspectos interrelacionados que motivan a los cuidadores a proporcionar un cuidado atento y considerado.

El bienestar físico es una categoría que agrupa la soledad y el insomnio, reflejando los factores físicos de la salud del paciente que se ven mayormente agravados por la enfermedad. El hecho de estar solos y los problemas a la hora de descansar son comunes en los pacientes con Alzheimer y tienen un impacto significativo en su bienestar a nivel físico. Los cuidadores deben estar atentos a estos aspectos y trabajar para mitigar sus efectos negativos. Del bienestar físico sale una flecha hacia preocupación, indicando que las preocupaciones sobre la salud física de los pacientes son un factor importante en la percepción general del cuidador. El bienestar físico de los pacientes influye directamente en el nivel de preocupación de los cuidadores.

El control emocional es otra categoría significativa que incluye ansiedad y nostalgia. Esta categoría muestra la carga emocional y el impacto psicológico tanto en los pacientes como en sus cuidadores. El manejo de las emociones es un desafío constante y crucial para mantener la estabilidad y el bienestar de ambas partes. Del control emocional sale una flecha hacia amabilidad, sugiriendo que el manejo adecuado de las emociones por parte de los cuidadores está vinculado a la forma en que demuestran amabilidad hacia los pacientes. El control emocional ayuda

a los cuidadores a mantener una actitud positiva y comprensiva, esencial para el bienestar psicológico de las personas a quienes cuidan.

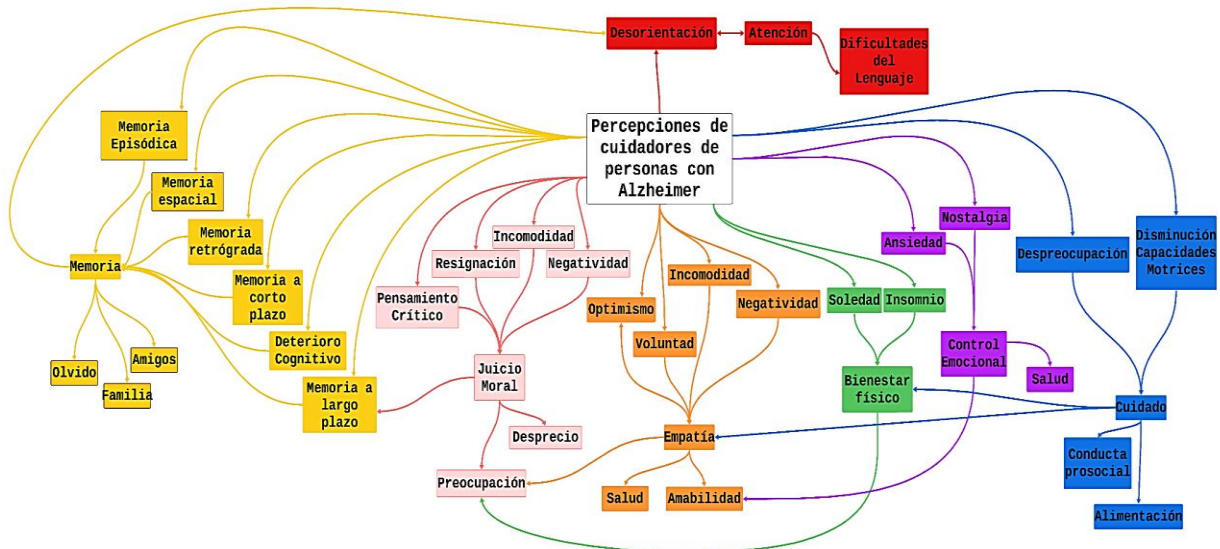
La atención se enfoca en la desorientación, que se fusiona con las dificultades del lenguaje. Esta categoría resalta cómo la falta de atención y la desorientación pueden llevar a problemas de comunicación, complicando aún más la interacción entre el paciente y el cuidador. Las dificultades en la atención y la desorientación afectan la capacidad del paciente para seguir conversaciones y responder adecuadamente, lo que a su vez impacta la calidad del cuidado recibido.

Finalmente, la categoría de cuidado incluye despreocupación y disminución de capacidades motrices, fusionándose con aspectos como conducta prosocial y alimentación. Esto subraya la importancia de un cuidado integral que abarca el apoyo físico, emocional y la alimentación adecuada de los pacientes. Los cuidadores deben ser diligentes en atender todas estas áreas para asegurar una calidad de vida aceptable para los pacientes. Del cuidado sale una flecha hacia empatía y otra hacia amabilidad, lo que indica que las acciones de cuidado están profundamente influenciadas por la empatía y la amabilidad del cuidador entrevistado. La calidad del cuidado proporcionado se ve mejorada por estos atributos, resaltando la importancia de las cualidades humanas en el manejo de la enfermedad.

Finalmente, esta red semántica proporciona una visión estructurada y clara de las percepciones de un cuidador de una persona con Alzheimer, organizando estas percepciones en categorías y subcategorías interrelacionadas. Esta estructura ayuda a comprender mejor los desafíos y necesidades en el cuidado de estas personas, resaltando la complejidad y la interconexión de los diversos aspectos del cuidado y el impacto profundo que tiene en la vida de las personas involucradas.

Figura 1.

Red semántica sobre las percepciones de un cuidador de una persona con Alzheimer



En la tabla 4, referente a la triangulación metodológica, muestra que, en primer lugar, la memoria de los pacientes con Alzheimer se deteriora progresivamente, como se observa en las experiencias narradas por el cuidador. Inicialmente, el paciente comienza a confundir a sus familiares con personas de su pasado, sugiriendo una superposición entre recuerdos antiguos y la realidad actual. Este fenómeno puede interpretarse como una pérdida de la capacidad de distinguir temporalidades diferentes, lo que lleva al paciente a revivir episodios de su juventud como si fueran presentes.

Conforme la enfermedad avanza, el paciente sufre una amnesia profunda, olvidando completamente a sus familiares cercanos, amigos y, eventualmente, cualquier recuerdo personal significativo. Esta pérdida de memoria va acompañada de episodios de desorientación espacial, en los que el paciente no sabe dónde se encuentra, aumentando su vulnerabilidad y dependencia de quienes cuidan de él. Esta condición resalta la necesidad de un enfoque cuidadoso y comprensivo por parte de

los cuidadores para manejar la confusión y la desorientación del paciente, adaptando su apoyo a la evolución del deterioro cognitivo (Acarín y Malagelada, 2017).

Los cuidadores de personas con Alzheimer enfrentan desafíos significativos en términos de juicio moral y responsabilidad emocional. El cuidador expresa una profunda preocupación por el bienestar del paciente, lo que se traduce en una fuerte empatía y un sentido de responsabilidad para ayudar con tareas básicas y garantizar la comodidad del paciente. La preocupación constante y la descripción de las situaciones como “feas” reflejan el impacto emocional que esta responsabilidad tiene en esta persona.

Además, el cuidador observa que los pacientes pueden presentar comportamientos inusuales y a veces perturbadores, lo que incrementa la necesidad de asistencia continua y paciente. El deterioro de la capacidad para realizar actividades cotidianas simples por parte de la persona cuidada resalta la importancia de que los cuidadores muestren empatía, asuman su responsabilidad con amor y paciencia, y comprendan el profundo impacto moral de su rol. La pérdida gradual de habilidades por parte del paciente subraya la necesidad de un cuidado integral que incluya tanto aspectos físicos como emocionales, asegurando que la dignidad y el bienestar del paciente sean mantenidos en todo momento (Acarín y Malagelada, 2017).

La empatía es excesivamente importante en la relación entre cuidadores y pacientes con la enfermedad tratada en este artículo. El cuidador reconoce la importancia de brindar apoyo en todo ámbito de la vida del paciente, destacando que, a pesar de las dificultades, convivir con ellos puede mejorar significativamente su salud general. El testimonio muestra que el cuidador siente una obligación moral de ayudar con las tareas cotidianas, como la alimentación, la medicación y

la higiene, demostrando una actitud positiva y voluntaria hacia el cuidado.

Esta disposición refleja una conexión empática profunda y un esfuerzo continuo por comprender y apoyar a los pacientes. El cuidador no solo busca satisfacer las necesidades físicas, sino también proporcionar un entorno emocionalmente seguro y amoroso a quien cuida. Este enfoque empático y amable es esencial para mantener la identidad y el bienestar del paciente, destacando el valor moral del cuidado en el contexto de la EA (Mejía, 2018).

El bienestar físico de los pacientes con Alzheimer está significativamente comprometido, según lo expresado por el cuidador. Los principales problemas incluyen una mala alimentación, dificultades para dormir y miedo al caminar, lo que limita considerablemente la movilidad del paciente. Estas condiciones reflejan un deterioro general en la condición física del paciente, subrayando la necesidad de atención y apoyo constantes para mejorar su día a día.

La atención dedicada a estos pacientes debe enfocarse no solo en sus necesidades físicas inmediatas, sino también en proporcionar un ambiente seguro y estable que pueda mitigar los efectos del deterioro físico y vivir mejor. El cuidado integral, que abarca tanto la salud física como el apoyo emocional, es esencial para abordar las múltiples facetas del bienestar de los pacientes con Alzheimer (Martínez et al., 2018).

El control emocional es un desafío significativo para las personas involucradas en este tema. El cuidador describe cómo la enfermedad provoca un impacto emocional profundo en toda la familia. La noticia del diagnóstico es dura y trae consigo una carga emocional que incluye miedo, ansiedad y nostalgia. Los pacientes pueden experimentar miedo al realizar actividades simples, como caminar, y los recuerdos del diagnóstico pueden evocar sentimientos de tristeza y pérdida.

Estos factores indican que tanto los pacientes como sus cuidadores necesitan apoyo emocional y psicológico para manejar las dificultades asociadas con la enfermedad. El deterioro del control emocional en los pacientes, manifestado en miedo y desorientación, exige una respuesta empática y paciente por parte de los cuidadores, quienes también deben encontrar formas de gestionar su propio bienestar emocional mientras brindan atención continua y compasiva (Arroniz, 2024).

La desorientación y la falta de respuesta pueden ser frustrantes para los cuidadores, que deben buscar estrategias para mejorar la atención y la interacción, adaptándose a las limitaciones cognitivas del paciente. El entendimiento de estas dificultades es crucial para desarrollar métodos de comunicación y cuidado que puedan ayudar a mantener una conexión significativa con el paciente, a pesar de los desafíos cognitivos (Mejía, 2018).

El cuidado del paciente con EA implica un compromiso profundo y una dedicación constante por parte de los cuidadores. Los cuidadores deben proporcionar compañía, asegurar una alimentación adecuada, administrar la medicación, mantener la limpieza y acompañar al paciente a las citas médicas. La colaboración entre los cuidadores, ya sean familiares o profesionales en ciencias de la salud, es fundamental para garantizar la atención integral de necesidades de la persona con EA.

Los cuidadores demuestran una gran sensibilidad y empatía, buscando proporcionar un entorno de confort y apoyo constante. La responsabilidad del cuidado implica comprender profundamente las necesidades del paciente, mantener la paciencia frente a los desafíos diarios y asegurar que la dignidad del paciente se mantenga intacta. El cuidador debe equilibrar el cuidado físico con el apoyo emocional, proporcionando una atención integral que aborde todos los aspectos de la vida del paciente (Mejía, 2018).

Tabla 4.

Triangulación metodológica sobre las percepciones de un cuidador de una persona de Alzheimer

Subcategoría	Resultados		Interpretación
	Revisor 1	Revisor 2	
Memoria	<p>Primero papá empezó a creer que yo era otra persona, me llamaba por el nombre de un amigo que tenía cuando era joven.</p> <p>Era como si estuviera viendo su pasado en su presente.</p> <p>Se olvidaba por completo de todos sus hermanos, nietos, realmente todos.</p> <p>Iba como poco a</p>	<p>Primero papá empezó a creer que yo era otra persona, me llamaba por el nombre de un amigo que tenía cuando era joven.</p> <p>Tenía de la nada como esos episodios raros donde no sabía qué hacer para que me reconociera.</p> <p>Era como si estuviera viendo su pasado en su presente, muy raro.</p> <p>Se olvidaba por completo de todos sus hermanos, nietos, realmente todos. Le cuidábamos varios, pero iba como poco a poco,</p>	<p>Se describe una progresiva pérdida de memoria de una persona con Alzheimer. Se describe cómo el paciente empieza a confundir al cuidador con personas de su pasado, lo que indica una mezcla de recuerdos antiguos con la realidad presente. Esta confusión de identidades es acompañada de episodios de desorientación, donde el paciente no sabe dónde se encuentra. Además, el paciente se olvida completamente de familiares y amigos, y con el tiempo, no recuerda absolutamente nada.</p> <p>Cuando el paciente comienza a confundir a los miembros de su familia, puede llegar a creer que sus hijos son sus hermanos o incluso sus propios padres, probablemente fallecidos hace mucho tiempo. Además, puede tener dificultades para orientarse, sin</p>

	<p>poco, olvidándose más y más de todos, todos. recuerdo que a veces ni sabía dónde se encontraba. No me acuerdo cómo se llamaban, pero sí, solo eso, nada más. La memoria sí se le perdió más y más con el tiempo, no recordaba nada, pero en serio nada</p> <p>olvidándose más y más de todos. Les causa cosas como olvidarse de todo por momentos. Le dio unas pastillas que no me acuerdo cómo se llamaban. Por eso no pueden recordar mayor cosa. Pues en la memoria sí se le perdió más y más con el tiempo, no recordaba nada, pero en serio nada</p>	<p>saber dónde se encuentra (Acarín y Malagelada, 2017).</p>
<p>Juicio Moral</p>	<p>Tenía de la nada como esos episodios raros donde no sabía qué hacer para que me reconociera. Yo creo que sí puede afectar demasiado.</p> <p>Algo parecido de lo que le pasaba a papá, entonces por eso creo que es un gran motivo. Fue bastante fea, de esas</p>	<p>Se hace énfasis en las opiniones realizadas hacia el paciente con Alzheimer. El cuidador demuestra una fuerte preocupación por el bienestar del paciente y asume la responsabilidad de ayudarlo con tareas básicas y garantizar su comodidad, lo que lleva a mostrar su empatía. La descripción de la situación como “fea” y la preocupación constante muestra el</p>

Que lo pongan que en serio a uno como
fuertecito como hijo, le preocupan.
sopitas de pollo o de
verduritas.

Fue bastante fea
Algo parecido de lo
que le pasaba a
papá, entonces por
eso creo que es un
gran motivo.
Pero bueno, nada
más

Supongo tiene que
ver con algo negativo
en la cabeza, por eso
no pueden recordar
mayor cosa
Por eso toca ayudarlo
a ir al baño

impacto emocional y moral que esta responsabilidad
tiene en los cuidadores.

La persona va perdiendo gradualmente la capacidad
de realizar la secuencia de movimientos necesarios
para lograr un objetivo específico, como usar
adecuadamente los objetos cotidianos: olvida cómo
utilizar el pintalabios o la maquinilla de afeitar, el
peine o el lápiz para escribir o hacer un dibujo sencillo
(dos rectángulos), u olvida cómo y en qué orden
ponerse las prendas de ropa para vestirse. Por eso
resulta tan importante que los cuidadores muestren
empatía, responsabilidad y cariño a estos pacientes
(Acarín y Malagelada, 2017).

Empatía	<p>A uno, como hijo, le preocupan</p> <p>Son personas que necesitan ayuda de los demás, si tienen la oportunidad de vivir con estas personas, que lo hagan, es muy difícil, pero es lo mejor para que puedan vivir bien.</p> <p>Pero de igual forma fue bastante amable.</p> <p>El participante entrevistado participó de forma voluntaria con la entrevista, misma que fue realizada mediante una</p>	<p>Que les ayuden con todo, comida, pastillas, limpieza, eso es lo importante, porque son personas que necesitan ayuda de los demás, si tienen la oportunidad de vivir con estas personas, que lo hagan, es muy difícil, pero es lo mejor para que puedan vivir bien.</p> <p>El participante tuvo una muy buena actitud en querer responder todas las preguntas</p>	<p>Se puede denotar la importancia que sienten los cuidadores de brindarles apoyo en todas las áreas de su vida diaria y subrayan que, a pesar de las dificultades, vivir con ellos puede mejorar significativamente su salud y calidad de vida, demostrando también su optimismo, ante todo. La actitud positiva y voluntaria del participante en la entrevista también refleja una conexión empática y una disposición a colaborar, lo que resalta el esfuerzo de los cuidadores por comprender ser amables y apoyar a los pacientes en todas sus necesidades.</p> <p>El cuidador experimenta empatía hacia el paciente y le brinda atención. Actúa como un sostén que permite que la persona cuidada mantenga su identidad. En este contexto, el cuidado se percibe como un acto valioso, cargado de significado moral (Mejía, 2018).</p>
---------	--	---	--

llamada de voz
(grabada).

El participante tuvo
una muy buena
actitud en querer
responder todas las
preguntas

Bienestar
físico

Papá como vivía solo,
pues no se
alimentaba bien
No sabe ni poder
dormir, le cuesta
bastante

Papá tiene miedo de
caminar y no sabe ni poder
dormir, le cuesta bastante.

El cuidador menciona que el bienestar físico del paciente con Alzheimer está considerablemente afectado. Los principales problemas identificados incluyen una mala alimentación, dificultades para dormir y miedo al caminar, lo cual limita su movilidad. Estos factores combinados reflejan un deterioro general en la condición física del paciente, lo que subraya la necesidad de atención y apoyo constantes para mejorar su calidad de vida.

En cuanto a las consecuencias más comunes para la salud de los cuidadores informales, existe suficiente evidencia que indica que el cuidado de personas con Alzheimer agota las reservas físicas y psicológicas de

los cuidadores debido a la intensidad requerida por esta tarea. Esto tiene un impacto significativo en la vida social, personal y económica del cuidador, conocido como síndrome del cuidador o carga del cuidador (Martínez et al., 2018).

Control
emocional

Fue una noticia dura para toda la familia Papá tiene como miedo de caminar Aunque al responder la pregunta #5 recordó la noticia de cuando le avisaron que su papá tenía Alzheimer, y se puso algo nostálgico

Fue una noticia dura para toda la familia.

Se evidencia un impacto emocional profundo en la familia. Se indica que el paciente experimenta miedo al caminar y que la evocación de recuerdos del diagnóstico provoca nostalgia. Entonces, el paciente y los familiares tienen dificultades para manejar sus emociones ante la enfermedad y sus efectos, al buscar la salud del paciente. El control emocional está comprometido, manifestándose en miedo, ansiedad y nostalgia, lo que subraya la necesidad de apoyo emocional y psicológico tanto para el paciente como para sus cuidadores.

Este tipo de cuidado puede impactar significativamente la salud y el bienestar de los cuidadores familiares, porque frecuentemente tienen que equilibrar las necesidades del enfermo con las exigencias de su propia rutina diaria. La práctica de ejercicio, una alimentación balanceada y el descanso suelen complicarse para el cuidador, lo cual puede afectar directamente su salud (Arroniz, 2024).

Atención

Pues yo notaba que no me ponía atención

Recuerdo que a veces ni sabía dónde se encontraba. Pues yo notaba que no me ponía atención, le decía “papá, ¿quiere comer algo?”, me veía como si estuviera perdido o algo, pero ni me respondía.

El paciente con Alzheimer presenta una notable falta de atención. Los cuidadores notan que el paciente no responde adecuadamente a las interacciones y parece desconectado de su entorno, lo que se manifiesta en una incapacidad para concentrarse en preguntas simples y una desorientación espacial. Esta falta de atención complica la comunicación y el cuidado, indicando una necesidad de estrategias para mejorar la interacción y el apoyo al paciente. La comunicación en personas con Alzheimer se ve afectada significativamente. Además de las pérdidas de memoria, se evidencian dificultades para procesar información, problemas de atención y concentración, deterioro en funciones específicas del lenguaje, y pérdida de control motor que afecta la capacidad de hablar y la voz (Mejía, 2018).

Cuidado

Le cuidábamos
varios
Cada que lo cuidaba
intentaba darle
cosas que le llenen
mis hermanos lo
visitaban igual que
yo por días
Solo le llevábamos
donde su doctora de
confianza, ella dijo
una vez que tenía
Alzheimer
Que les ayuden con
todo, comida,
pastillas, limpieza

Cada que lo cuidaba
intentaba darle cosas que le
llenen, que lo pongan
fuertecito como sopitas de
pollo o de verduritas, mis
hermanos lo visitaban igual
que yo por días.
Papá como vivía solo, pues
no se alimentaba bien
por días y decían que ni
quería comer.
Por eso toca ayudarle a ir al
baño, por ejemplo.

Se nota profundo compromiso y dedicación en el cuidado de su familiar con Alzheimer. Esto incluye proporcionar compañía, asegurar la alimentación adecuada, administrar la medicación, mantener la limpieza y acompañar al paciente a las citas médicas. La colaboración entre los cuidadores, ya sean familiares o profesionales de la salud, es fundamental para garantizar que todas las necesidades del paciente sean atendidas de manera integral. Este cuidado no solo se centra en las necesidades físicas del paciente, sino también en su bienestar emocional, buscando siempre proporcionarle confort y apoyo constante, siendo empáticos con él. El cuidador debe poseer una gran sensibilidad para comprender las necesidades del paciente, cultivar un amor tanto por sí mismo como por la persona enferma, mantener una paciencia fundamental frente a los desafíos diarios del enfermo, aprender a sobrellevar el sufrimiento compartido con él, y mantener una esperanza firme de que la enfermedad

no afecte la dignidad ética que merece la persona enferma. Además, confía en que la muerte no sea el último sentido en medio de todo el sufrimiento (Mejía, 2018).

Discusión

En el contexto de la relación entre la memoria y las percepciones de un cuidador de una persona con EA, se observa una profunda interconexión que afecta a ambas personas. Los cuidadores a menudo experimentan una intensa frustración y tristeza al ver cómo la memoria de sus seres queridos se deteriora, llevándolos a olvidar eventos recientes y personas cercanas. En la investigación de Contreras et al. (2022) realizado en Colombia, la mayoría de los cuidadores destacaron las complicaciones en cuanto a la memoria, debido a que sus familiares no pueden codificar información nueva con claridad, lo cual guarda relación con alteraciones en cómo se entiende e interpreta reciente. Mientras que, Velasco (2023) menciona que las afectaciones que repercuten negativamente en el diario vivir del cuidador, vienen de la forma de interpretar y ver la sobrecarga, además, aumentan cuando el paciente con EA alcanza un nivel avanzado de la condición, precisamente cuando su memoria está más deteriorada. En ese sentido, según Martínez et al. (2021) un porcentaje considerable de cuidadores experimenta una visión más pesimista en cuanto a calidad de vida, acompañado de síntomas depresivos o ansiosos, mismos que están estrechamente vinculados con el desarrollo de disfunciones cognitivas en el paciente, como problemas de memoria.

La relación entre el juicio moral y las percepciones de un cuidador de una persona con EA revela las complejidades emocionales y éticas involucradas al cuidar a este tipo de personas, mostrando puntos de vista diversos. Tal como lo indica Ohanesian (2023), estos cuidadores deben lidiar con desafíos complicados, lo que les obliga a encontrar un equilibrio entre sus propias necesidades y las del paciente. Por su parte, Hovenga et al. (2024) indican que las investigaciones subrayan la angustia moral que enfrentan los cuidadores en residencias de ancianos, lo que complica su implicación en el proceso de cuidado.

Por otro lado, al analizar la empatía en el contexto de la percepción de este cuidador, se destaca la importancia que los cuidadores atribuyen a brindar apoyo general en el día a día de los pacientes, además de la disposición voluntaria de los cuidadores para colaborar y su actitud positiva durante las entrevistas. Wang et al. (2022) mencionan que la empatía de los cuidadores es fundamental para la satisfacción con los servicios de salud, debido a que afecta su forma de percibir la atención que reciben los pacientes a quienes cuidan. Ihara et al. (2023), destacan la relevancia de la empatía y la comprensión del bienestar personal de los individuos que reciben cuidados, para ofrecer servicios de atención centrados en la persona de manera eficaz.

Evaluando el bienestar físico con las percepciones de un cuidador de una persona con Alzheimer revela una serie de desafíos que afectan significativamente la calidad en la que ambos viven. Para Blake et al. (2023), los cuidadores son quienes enfrentan diversos retos que impactan la forma en que viven los pacientes, evidenciando problemas de alimentación, complicaciones al dormir y limitaciones en la movilidad debido al temor a caminar. Según Duplantier y Williamson (2023), estos retos añaden a la carga general que enfrentan los cuidadores y afectan tanto su salud física como mental. La literatura resalta la carga emocional intensa que experimentan los cuidadores, marcada por emociones como pérdida, dolor, culpa y aislamiento, que a menudo prevalecen sobre sus propias necesidades de bienestar.

Si analizamos la interrelación entre el control emocional y las percepciones de un cuidador de una persona con Alzheimer, se evidencia un impacto emocional profundo en la familia, provocando nostalgia y dificultando el manejo emocional tanto del paciente como de quienes velan por su bienestar. Sharif et al. (2023) indican que los cuidadores de personas con Alzheimer suelen experimentar impactos emocionales significativos, como lo revelan los estudios sobre la gestión del estrés en el cuidado. Esto también lo corrobora Arroniz (2024), que dice que este

tipo de cuidado puede impactar significativamente en el bienestar emocional de los cuidadores.

La asociación entre la atención del paciente con Alzheimer y las percepciones de un cuidador de una persona con Alzheimer revela desafíos significativos en la comunicación y el cuidado diario. Higgins et al. (2024) dicen que las personas con EA generalmente presentan problemas de atención, lo cual afecta su habilidad para interactuar con su entorno y comunicarse de manera efectiva. Tokushige et al. (2023) también mencionan que su investigación ha confirmado que estos pacientes muestran una capacidad reducida para centrar la atención en regiones específicas de interés durante las tareas visuales.

Al relacionar el cuidado de pacientes con EA y la percepción de un cuidador real, se refleja un profundo compromiso y dedicación. Este cuidado abarca proporcionar compañía, asegurar una alimentación adecuada, administrar la medicación, mantener la limpieza y acompañar al paciente a las citas médicas. Como lo mencionan Ashrafizadeh et al. (2021), los cuidadores influyen al asegurar el cumplimiento de la medicación, ofrecer apoyo emocional, mantener la higiene y acompañar a los pacientes a sus citas médicas, demostrando un profundo compromiso y dedicación hacia el bienestar de los pacientes. Además, tal como lo indican Mahmoodabad y Kamaladdini (2023), las investigaciones muestran la relevancia de conocer sobre el tema, la actitud que se refleja y las prácticas que realizan los cuidadores para brindar una atención adecuada a los pacientes con Alzheimer.

Conclusiones

Basado en los hallazgos de la investigación cualitativa realizada sobre las percepciones de un cuidador de una persona con Alzheimer, en primer lugar, se denota un profundo compromiso y dedicación de los cuidadores hacia sus familiares con la enfermedad, evidenciado en la atención integral que proporcionan, desde asegurar la alimentación

adecuada hasta brindarles un apoyo emocional constante. Además, se destaca que los cuidadores observan mayormente una progresiva pérdida de memoria en los pacientes, acompañada de episodios de desorientación y confusión de identidades, lo que muestra los desafíos emocionales y prácticos a los que se enfrentan todas las personas involucradas.

Dado el aumento en la prevalencia de demencia, especialmente en América Latina y el Caribe, existe una urgente necesidad de comprender las experiencias y desafíos específicos que enfrentan los cuidadores. Esta investigación brinda una visión detallada de las percepciones de los cuidadores en Ecuador, donde la información previa es escasa, permitiendo desarrollar estrategias más efectivas para la prevención, diagnóstico temprano y atención integral del Alzheimer. Además, con esto no solo se espera contribuir a mejorar la calidad de vida de ambas personas, sino también proporcionar apoyo significativo a profesionales de la salud y psicólogos en la región.

Por otro lado, las implicaciones prácticas de esta investigación son significativas. Se recomienda realizar programas de intervención específicos que incluyan el abordaje tanto las necesidades físicas como emocionales de los pacientes y sus cuidadores, incluyendo sesiones de capacitación para los cuidadores familiares y profesionales. Estos programas deben enfocarse en mejorar las habilidades de manejo del estrés, promover estrategias de comunicación efectiva y proporcionar técnicas para el cuidado diario del paciente. Además, se sugiere establecer redes de apoyo comunitario que puedan ofrecer recursos educativos continuos para los cuidadores, disminuyendo así la carga emocional y física asociada con el cuidado prolongado de las personas que padecen EA.

Las limitaciones de esta investigación cualitativa incluyen una muestra reducida de participantes, lo cual limita la generalización de los hallazgos a una población más amplia de cuidadores. Además, el proceso

de análisis cualitativo involucró múltiples etapas laboriosas como la codificación, densificación y triangulación de datos, lo que demandó considerable tiempo y recursos. La escasez de información específica sobre el tema en el contexto ecuatoriano también obligó a recurrir a estudios y literatura de otros países, aunque las diferencias culturales podrían influir en las percepciones y experiencias de los cuidadores.

Para futuras investigaciones sobre este mismo tema, se recomienda ampliar la muestra de participantes para capturar una diversidad de experiencias y contextos culturales dentro de Ecuador. Además, sería beneficioso utilizar métodos mixtos que complementen la investigación cualitativa con datos cuantitativos para obtener una comprensión más abierta de las necesidades y desafíos enfrentados por los cuidadores.

Finalmente, y a modo de resumen, en toda esta investigación cualitativa, se destaca un profundo compromiso de los cuidadores hacia el bienestar general de los pacientes, enfrentando desafíos significativos como la falta de información y apoyo adecuados. La progresiva pérdida de memoria y la confusión de identidades en los pacientes surgen como temas críticos, impactando tanto a los pacientes como a sus familias. Las recomendaciones incluyen ampliar muestras de estudio, implementar programas de intervención específicos y fomentar la colaboración entre investigadores y profesionales en ciencias de la salud para mejorar el diario vivir de las personas que padecen tal condición. Todo esto, subrayando la necesidad latente de servicios que apoyen integralmente a los afectados por esta enfermedad en el contexto global.

Referencias

- Acarín, N. & Malagelada, A. (2017). *Alzheimer*. RBA Libros.
<https://sncpharma.com/wp-content/uploads/2021/06/Alzheimer-DIVULGACI%C3%93N-Spanish-Edition.pdf>
- Allegri, R. F., Arizaga, R. L., Bavec, C. V., Colli, L. P., Demey, I., Fernández, M. C., & Zuin, D. R. (2011). Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica. *Neurología Argentina*, 3(2), 120-137.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S185300281170026X>
- Alvarado, A. M., & Salazar, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
<https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Añari, M., Camargo, L., Ramos, M., Rivera, C., Fernandez, L., Calle, U., Ocampo, N., Barbág, F., Lopez, M., Cladichoury, N., Obando, C., Pascual, G., Calletanos, C., Lopez, N. (2021). Prevalence of Dementia and Associated Factors among Older Adults in Latin America during the COVID-19 Pandemic. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 11(3), 214-219. <https://doi.org/10.1159/000518922>
- Arroniz, R. R. (2024). Cuidar a un familiar con Alzheimer: El papel y los desafíos del cuidador principal. *Interconectando Saberes*, 9(17), 9-21.
<https://doi.org/10.25009/is.v0i17.2821>
- Ashrafizadeh, H., Gheibizadeh, M., Rassouli, M., Hajibabae, F., & Rostami, S. (2021). Explain the experience of family caregivers regarding care of Alzheimer's patients: a qualitative study. *Frontiers in psychology*, 12, 2-8.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.699959/full>
- Blake, C., Merriman, N., Mackey, L., Fernandez, E. G., Curran, F., Caulfield, B., & Power, D. (2022). 193 Connected Health Sustaining Home Stay In Dementia (Chess): Health-Related Quality Of Life In Caregivers Of

People With Dementia. *Age and Ageing*, 51(3), 218-166.
https://academic.oup.com/ageing/article-abstract/51/Supplement_3/afac218.166/6770590

Cando, D. C. M., López, E. A. M., Calderón, K. V. M., & Nieves, M. R. N. (2022). Factores que Predisponen a una Sobrecarga en el Cuidador Informal de un Adulto Mayor Diagnosticado Con Alzheimer. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 4(6), 411-421.
<http://www.editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/366>

Chandrashekar, D. V., Steinberg, R. A., Han, D., & Sumbria, R. K. (2023). Alcohol as a modifiable risk factor for alzheimer's disease — Evidence from experimental studies. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(11), 9492. <https://www.mdpi.com/1422-0067/24/11/9492>

Contreras, C., Chacón, R., Martínez, S., Ríos, C., & Bolívar, B (2022). Percepciones de un grupo de cuidadores sobre los síntomas asociados al deterioro cognitivo y uso de estrategias de rehabilitación en la enfermedad de Alzheimer. *Enfoques*, 4 (1), 19-37.
<https://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/EFQ/article/download/802/667>

Díaz, V., Rojas, M. & Mora, E. (2016). Experiencias de familias que conviven con una persona con diagnóstico de Alzheimer. *Enfermería Actual en Costa Rica*, (30).
<https://www.redalyc.org/pdf/448/44843206007.pdf>

Driessnack, M., Sousa, V. D., & Mendes, I. A. C. (2007). Revisión de diseños relevantes para enfermería: parte 2: diseños de investigación cualitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 684-688.
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/FVZS98PgdgzmsgCFJ5qTSjP/?lang=es>

CAPÍTULO III

Enfrentando el Alzheimer: Perspectivas de un cuidador en Cuenca, Ecuador

Duplantier, S. C., & Williamson, F. A. (2023). Barriers and facilitators of health and well-being in informal caregivers of dementia patients: a qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054328>

Higgins, J. A., Milberg, W., & McGlinchey, R. (2024). Semantic Priming from Uncued Distractors in Alzheimer's Disease. *Experimental Aging Research*, 50(4), 401-421. <https://doi.org/10.1080/0361073X.2023.2195294>

Hovenga, N., Landeweer, E., Vinckers, F., Leget, C., & Zuidema, S. (2024). Family involvement in dementia special care units in nursing homes: A qualitative care ethical study into family experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 80(1), 200-213. <https://doi.org/10.1111/jan.15794>

Ihara, M., Tokunaga, H., Nakashima, T., Saruwatari, S., Goto, H., Umezaki, Y., & Motoe, M. (2023). Facilitating empathy for care recipients. En A. Marcus, E. Rosenzweig, & M. M. Soares (Eds.), *Design, user experience, and usability. HCII 2023. Lecture Notes in Computer Science* (pp. 344–360). Springer Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-35705-3_26

Martínez, L., Gonzalez, J., & Cantero, M. (2021). Síndrome de sobrecarga en cuidadores de Alzheimer: Revisión sistemática. *Apuntes de Psicología*, 39(2), 75-85. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/128983/S%c3%adndrom e%20de%20sobrecarga%20en%20cuidadores%20de%20Alzheimer.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Martínez, M. N., Navascués, L. J., de Perosanz Calleja, M., & Tobar, E. B. (2018). Los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores: intervenciones de enfermería. *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 29(2), 79-82.

CAPÍTULO III

Enfrentando el Alzheimer: Perspectivas de un cuidador en Cuenca, Ecuador

<https://portaldelaciencia.uva.es/documentos/61b997a78bc05f42e9386178?lang=de>

Mahmoodabad, S. S. M., & Kamaladdini, S. M. B. (2023). Knowledge, attitude and practice of caregiver of the elderly with Alzheimer's regarding this disease in Yazd city, 1400. *The Journal of Toloobehdasht*, 21(6), 1-13. <https://publish.kne-publishing.com/index.php/TBJ/article/view/12298>

Medina, M., Rojas, R., & Bustamante, W. (2023). Metodología de la investigación: Técnicas e instrumentos de investigación. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú.

Mejía, C. S. (2018). *El cuidado y la comunicación con el paciente de Alzheimer*. [Tesis de maestría, Universidad Pontificia Comillas] Repositorio Comillas. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/31130/TFM000947.pdf?seq=acientes>.

Mejía, J., Mero, L., Apolinario, J., Guillen, M., (2021) Relación entre alteraciones cognitivas y depresión en pacientes con alzhéimer en Ecuador. *Revista científica INSPILIP* V, 2(5). <https://www.inspilip.gob.ec/public/site/datos/a12/V5%232/Relación%20entre%20alteraciones%20cognitivas%20y%20depresión%20en%20pacientes%20con%20alzhéimer%20en%20Ecuador.html>

Ministerio de Salud Pública (2022). Terapias para controlar el Alzheimer se realizan en el Hospital del Adulto Mayor. <https://www.salud.gob.ec/terapias-para-controlar-el-alzheimer-se-realizan-en-hospital-del-adulto-mayor/>

Moscoso, P. C. M., & Bustos, D. L. M. (2023). Sobrecarga del cuidador, riesgo laboral en cuidadores informales de personas con discapacidad en Cuenca-Ecuador. *PACHA. Revista de Estudios Contemporáneos del Sur Global*, 4(11), 1-11.

CAPÍTULO III

Enfrentando el Alzheimer: Perspectivas de un cuidador en Cuenca, Ecuador

<https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/c552b124-6d05-4917-9f11-6403370a63ff/content>

National Institute on Aging. (2023). La enfermedad del Alzheimer. National Institute on Aging. <https://www.nia.nih.gov/espanol/enfermedad-alzheimer/enfermedad-alzheimer>.

Ohanesian, N. (2023). Caregiver Burden and the Impact of Diagnostic Disclosure of Dementia: Why Primary Care Physicians Have a Moral Responsibility to Disclose. *The Journal of Clinical Ethics*, 34(2), 128-137. <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/724230>

Organización Panamericana de la Salud (2021). Demencia. <https://www.paho.org/es/temas/demencia>

Ramírez-Coronel, A. A., Cevalco, J., & Saux, G. (2023). Escala De Conocimiento De La Enfermedad De Alzheimer: Adaptación Y Análisis De Las Propiedades Psicométricas En Estudiantes Universitarios Ecuatorianos. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 32(1), 33-42. http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812023000100033

Reyes-Domínguez, Y. A., Figuera, L. E., & Brambila-Tapia, A. J. L. (2023). Perceptions of Knowledge, Disease Impact and Predictive Genetic Testing in Family Members at Risk to Develop Early-Onset Alzheimer's Disease (EOAD) and Their Levels of Suicidal Ideation: A Mixed Study. *Brain sciences*, 13(3), 501. <https://doi.org/10.3390/brainsci13030501>

Romano, M., Nissen, M. D., Del Huerto, N., & Parquet, C. (2007). Enfermedad de alzheimer. *Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina*, 75, 9-12. https://www.academia.edu/download/37218372/3_175.pdf

Sharif, H., Hosseini, L., Ashghali Farahani, M., & Froelicher, E. S. (2023). Development and validation of care stress management scale in

CAPÍTULO III

Enfrentando el Alzheimer: Perspectivas de un cuidador en Cuenca, Ecuador

family caregivers for people with Alzheimer: a sequential-exploratory mixed-method study. *BMC geriatrics*, 23(82), 2-10.
<https://doi.org/10.1186/s12877-023-03785-6>

Tokushige, S. I., Matsumoto, H., Matsuda, S. I., Inomata-Terada, S., Kotsuki, N., Hamada, M., & Terao, Y. (2023). Early detection of cognitive decline in Alzheimer's disease using eye tracking. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 15(1), 1-14.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnagi.2023.1123456/full>

Unzueta Morales, S. (2011). Algunos aportes de la psicología y el paradigma socio crítico a una educación comunitaria crítica y reflexiva. *Revista Integra Educativa*, 4(2), 105-144.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1997-40432011000200006

Valle, A., Manrique, L., & Revilla, D. (2022). La investigación descriptiva con enfoque cualitativo en educación. *Facultad de Educación PUCP*.
<https://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/184559/GU%c3%8dA%20INVESTIGACI%c3%93N%20DESCRIPTIVA%202022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vallejo, S. A. S., & Sánchez, G. L. T. (2024). Abordaje Integral en un Anciano con Enfermedad de Alzheimer: Un Reporte de Caso Clínico. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(1), 3-9.
<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9986>

Velasco, V. (2023). Percepción acerca de la sobrecarga experimentada por cuidadores principales familiares de pacientes con Alzheimer antes y después de la institucionalización. [Tesis de grado, Corporación Universitaria Minuto de Dios] Repositorio institucional UNIMINUTO.
https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/18106/1/T.P_VelascoHerreraVanessa_2023.pdf

CAPÍTULO III

Enfrentando el Alzheimer: Perspectivas de un cuidador en Cuenca, Ecuador

Wang, X., Wang, R., Sheng, F., & Chen, L. (2022). The effects of empathy by caregivers on healthcare service satisfaction. *Frontiers in Psychology*, 13(1), 1-9.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.912076/full>

CAPÍTULO IV

REFLEJOS DE LA SOLEDAD: VIVENCIAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE CUENCA

Paulina Yamile Merchan Rodriguez

Carrera de Psicología Clínica

Universidad Politécnica Salesiana

<https://orcid.org/0000-0002-1547-0537>

pmerchanr@est.ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador

Omar Francisco Saquicela Ochoa

Carrera de Psicología Clínica

Universidad Politécnica Salesiana

<https://orcid.org/0009-0001-6739-4257>

osaquicela@ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador

Resumen

Introducción: La depresión es un desafío significativo de salud entre los adultos mayores, frecuentemente exacerbado por problemas en su entorno familiar que afectan negativamente su estado de ánimo.

Objetivo: Investigar las experiencias de la población de los adultos mayores en cuanto tiene que ver con la depresión en la ciudad de Cuenca, Ecuador.

Método: Se realizó un estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico para indagar sobre la depresión en un adulto mayor de Cuenca, además, se implementó la realización de una entrevista semiestructurada que contenía nueve preguntas abiertas.

Resultado: El análisis de la red semántica reveló que el adulto mayor experimenta depresión como consecuencia de la soledad, tristeza y abandono, tras la muerte de su esposa, como consecuencia de esto, la depresión contribuye con la anhedonia y los cambios fisiológicos del mismo.

Conclusión La depresión actúa como un desencadenante de diversas sintomatologías que generan un malestar clínicamente significativo en quienes la padecen. Por ello, es crucial contar con un respaldo familiar y la motivación por parte de los mismos.

Palabra clave: depresión, adulto mayor, enfermedad, familia.

Abstract

Introduction: Depression is a significant health challenge among older adults, often exacerbated by problems in their family environment that negatively impact their mood. **Objective:** To investigate the experiences of the elderly population regarding depression in the city of Cuenca, Ecuador. **Method:** A qualitative study with a phenomenological approach was conducted to explore depression in an elderly individual from Cuenca. Additionally, a semi-structured interview containing nine open-ended questions was implemented. **Results:** The semantic network analysis revealed that the elderly individual experiences depression as a consequence of loneliness, sadness, and abandonment following the death of his wife. Consequently, depression contributes to anhedonia and physiological changes. **Conclusion:** Depression acts as a trigger for various symptoms that generate clinically significant distress in those who suffer from it. Therefore, it is crucial to have family support and motivation from family members.

Keywords: depression, elderly, illness, family

Introducción

La depresión (DEP), frecuentemente referida como depresión mayor, trastorno depresivo mayor o depresión clínica, es un trastorno del estado de ánimo frecuente, que genera manifestaciones intensas que afectan cómo un individuo piensa, siente, y maneja sus ocupaciones cotidianas, como dormir, comer o trabajar (NIMH, 2023). Según el estudio de Mlaki et al., (2021), la predisposición con lo que respecta a la DEP en sujetos de la tercera edad en Tanzania es del 5,7%, es crucial destacar que una de los principales determinantes de la depresión en este grupo es el abandono familiar, junto con el maltrato familiar, lo que tiene un impacto significativo en los individuos. Debido a estas causas que dan como resultado consecuencias graves para los adultos mayores, como intentos de suicidio y deterioro de la salud física, no obstante, como sociedad, hemos tendido a ignorar y desatender este tema, que es de gran importancia y afecta considerablemente a esta población.

Además de lo mencionado, la causal fundamental para la realización de este estudio radica y tiene base en la Constitución de la República del Ecuador de 2008, donde nos menciona en el capítulo tres, que tiene como temática, los derechos de los individuos y de lo conjuntos de atención prioritaria en su primera sección, se instituye que a estas personas se les proporcionarán protección contra la violencia, de igual manera, se les proporcionará protecciones y medidas de carácter particular frente a cualquier naturaleza de abuso laboral o económica, atención ante todo tipo de violencia y se adoptarán medidas de protección, maltrato o agresión, explotación o abuso sexual o de cualquier otra índole, o negligencia en diversas eventualidades (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008).

Es necesario considerar a los factores psicosociales, como los relacionados con el estrés por ejemplo los acontecimientos vitales negativos, enfermedad crónica, limitaciones funcionales, la soledad o la

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

salud subjetiva baja, parecen ser importantes en todos los trastornos de ansiedad, excepto en el TOC, en el que primarían los factores de tipo biológicos.

Para poder diagnosticar los trastornos del estado de ánimo en específico a la depresión, se debe siempre diferenciar entre los sentimientos de tristeza ocasionales relacionados con alguna circunstancia vital y lo que se denomina depresión.

Hablar de depresión es referirnos a un estado persistente de ánimo triste y pesimista, pérdida de interés por todas las actividades, disminución de la energía entre situaciones que en ocasiones son fácilmente identificables y en otras no.

Al referirnos a una persona adulta mayor, es necesario diferenciar cada una de las etapas que conlleva esta etapa de la vida, que todos tendremos que cumplir.

En la adultez temprana (65-74 años) donde hay cambios físicos, los adultos mayores notan la pérdida de física, movilidad y resistencia, y la agudeza visual y auditiva. Los cambios cognitivos en esta edad (adultez temprana) las personas adultas pueden mantenerse activos cognitivamente, algunos ya comienzan a notar una disminución en la velocidad de procesamiento y la memoria a corto plazo. Pero, consideremos también los cambios emocionales y sociales, en esta etapa suele ser una fase de transición, ya que muchas personas se jubilan y deben adaptarse a un nuevo ritmo de vida. También puede ser una etapa de redefinición de roles sociales y familiares. La adultez intermedia (75-84 años). En esta etapa los adultos mayores sienten su fragilidad física que va en aumento. La presencia de enfermedades crónicas como la hipertensión, diabetes y artritis, son razones suficientes para pensar en que la pérdida de movilidad puede verse presente. Los cambios cognitivos ya se observan como es la pérdida de memoria y la concentración, sin embargo, para esto la necesidad de mantener a las personas adultas

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

mayores mentalmente activas. Los cambios emocionales importantes ya se hacen presentes a esta edad, como la pérdida de familiares y amigos, lo que puede generar sentimientos de soledad y duelo. Aquí las redes de apoyo son cruciales. Y finalmente, la adultez tardía (de 85 años en adelante). Esta etapa se caracteriza por la necesidad de asistencia (dependencia física) que va en aumento. Las caídas son frecuentes, como también las fracturas. La probabilidad de desarrollar trastornos cognitivos como la demencia aumenta, la atención y la memoria a largo plazo pueden verse afectadas.

Cuando hablamos de salud mental en el adulto mayor, debemos considerar que la depresión y la ansiedad son frecuentes o comunes y van a estar relacionadas casi siempre con enfermedades crónicas o pérdida de seres queridos. El diagnóstico y tratamiento de la depresión en adultos mayores requieren una evaluación cuidadosa que considere las particularidades de esta etapa de la vida. Un enfoque multidisciplinario que incluya apoyo médico, psicológico y social puede ser el más efectivo para manejar la depresión en esta población.

A través de la teoría psicoanalítica la pérdida de personas significativas y su relación con la personalidad previa estudios realizados por Krassoievitch (1993) considera tres factores de riesgo para la depresión: las pérdidas significativas en la infancia, la incapacidad previa para afrontar situaciones difíciles en otras épocas de la vida y la personalidad previa. El investigador también refiere que las personalidades narcisistas y las de tipo obsesivo tendrían más dificultades para afrontar las pérdidas y adaptarse a las nuevas situaciones. Catch (1965) considera que la depresión en la edad avanzada nace de una sensación de incapacidad y desesperanza frente a las pérdidas reales inevitables, tanto las de los demás como las propias, los síntomas depresivos como la apatía, la baja autoestima serían el producto del sentimiento de haber perdido el control de sí mismo.

Sin embargo, el valor teórico de la investigación se relaciona con una de las principales causas de esta afección que da lugar a diferentes cambios significativos como el abandono familiar. Además, se encuentra el maltrato familiar, lo que afecta significativamente al individuo. Estas causas conllevan consecuencias muy perjudiciales para los adultos mayores, como intentos de suicidio y una repercusión adversa en su salud física, no obstante, como sociedad hemos tendido a olvidar y desatender este tema, que es de gran importancia y afecta considerablemente a esta parte de la población. Como último punto, se destaca el aporte metodológico de esta investigación, que incluye la realización de entrevistas para examinar las vivencias, actitudes y los obstáculos que afrontan diariamente las personas mayores con respecto a la depresión. Este enfoque es especialmente relevante debido a la falta de comprensión sobre este tema en la sociedad, particularmente en la población ecuatoriana. De este modo, se busca equilibrar la educación y el conocimiento sobre las consecuencias de la depresión, siendo los principales beneficiarios de esta investigación los adultos mayores, mientras que sus familiares, amigos, conocidos, estudiantes universitarios y profesionales de la salud se beneficiarán indirectamente. En relación con lo anterior, es crucial destacar que la depresión, también conocida como depresión mayor, es un trastorno del estado de ánimo que entra en el umbral de lo común, no obstante, es una afección para tener en consideración, por sus criterios severos. Este trastorno provoca síntomas intensos que presentan un impacto significativo de manera en que un sujeto siente, piensa y realiza sus funciones cotidianas, como comer, dormir, o trabajar (NIMH, 2023). Además, el DSM-5 identifica varios tipos de depresión, incluyendo el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno depresivo persistente, el trastorno de depresión mayor, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado (DSM-5, 2013).

Es importante resaltar el proceso de envejecimiento en la población, dado que va hibridando a un acrecentamiento en los requerimientos sanitarios, debido a las elevadas tasas de enfermedades y discapacidades en las personas de la tercera edad, es así como los cuadros depresivos se destacan como la principal discapacidad mental en este grupo, afectando a un gran número de pacientes ambulatorios, residentes de hogares de ancianos y hospitalizados. Según la OMS, se prevé que la depresión se convertirá en el principal problema de salud para este grupo de edad en 2020 (Lizárraga, 2006). Un indicador de riesgo se define como una particularidad familiar, personal, o social, donde se incrementa la posibilidad de que suceda un determinado evento adverso, como en un sentido contextual de violencia, un factor de riesgo es un atributo que, de alguna manera, pone al individuo en una condición de fragilidad hacia el comportamiento violento. En este escrito, hemos seguido el ejemplar ecológico de la evolución de la conducta humana de Bronfenbrenner (1987) para analizar las determinantes de riesgo (Luengo et al., 1999).

Incluso la depresión no solo se manifiesta como un estado de ánimo bajo, sino que también es una enfermedad que afecta el funcionamiento del cerebro. En las personas con depresión, la serotonina, un neurotransmisor crucial para el bienestar emocional y el sueño, se encuentra reducida. Esta disminución provoca cambios en los niveles de energía, alteraciones en el comportamiento y sentimientos de tristeza y apatía (NIMH, 2020). Los Institutos Nacionales de la Salud demuestran que, en los adultos de la tercera edad, la depresión puede presentar síntomas semejantes a la demencia, un ejemplo claro es el decrecimiento de la energía o también denominada como fatiga, asimismo, la disminución en la habilidad de concentración, memoria o en la toma de decisiones. Además, se ha observado que la depresión puede manifestarse con síntomas físicos frecuentes en todas las edades, incluyendo fatiga, dolores de cabeza, inapetencia, dolor articular, insomnio y trastornos gastrointestinales. (Stepko, 2022).

En primer lugar, en cuanto a los antecedentes, la indagación realizada por Durán Badillo (2013) investigó la asociación entre la DEP y el rendimiento cognitivo en ancianos residentes en una comunidad urbana desfavorecida en México. Los resultados revelaron que la depresión es prevalente en este grupo etario, especialmente entre aquellos de 81 a 90 años, no obstante, se encontró una alianza débil entre la DEP y el deterioro cognitivo, comprender el estado de ambos es esencial para diseñar intervenciones de enfermería dirigidas a los parientes de las personas de la tercera edad. Estas intervenciones buscan promover la motivación, la integración social y el estímulo de la función cognitiva, así como detectar signos de depresión de manera oportuna. Es crucial tener en cuenta, estas conclusiones al momento de dar inicio en la aproximación en el estado emocional y en la satisfacción absoluta de los adultos mayores en entornos urbanos marginales.

Por consiguiente, el artículo sobre la depresión sobre la comunidad de los adultos de la edad avanzada de la región peruana se centra en un estudio transversal y analítico, utilizando datos de la Encuesta Nacional de Hogares sobre condiciones como la pobreza y los términos de vida durante el periodo 2018-2020. Este estudio identifica varios factores asociados con la depresión, incluyendo ser mujer, tener bajos ingresos, un bajo nivel educativo, vivir en áreas rurales, y ser de la sierra o la selva. Además, la mayor parte de los casos se localizan en individuos de 75 años o más. Para abordar esta problemática, se sugiere que las autoridades se enfoquen en grupos pequeños y específicos, dando mayor atención a las mujeres mayores de 75 años que viven en zonas rurales, y centrarse también en los adultos mayores que residen en las secciones con elevada incidencia de depresión.

Un sondeo realizado por Lliguisupa et al. (2020) se centró en examinar el índice de síntomas recesivos en personas con una mayoría de edad que son tratados en un hospital de atención secundaria. Los descubrimientos resaltaron que una muestra significativa de estos adultos mayores

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

experimentaba síntomas depresivos, observándose una mayor frecuencia en mujeres y en el grupo de edad de 75 a 84 años. Aunque no hubo un vínculo directo entre la DEP y las comorbilidades específicas, se evidenció que la presencia de depresión afecta negativamente al bienestar entre los estándares de vida en los individuos y con ello la elevación en la mortalidad. Estos datos focalizados subrayan la importancia de identificar y abordar tempranamente los síntomas de DEP en la comunidad de adultos mayores, con el fin de mejorar su salud y disminuir los desafíos asociados. Es crucial tener en cuenta estas conclusiones al diseñar estrategias de atención y cuidado para este sector vulnerable. Asimismo, el estudio realizado por Durán Badillo et al. (2013) exploró la correlación entre la DEP y la función cognitiva en personas de la tercera edad de una comunidad urbana marginal. Este trabajo descubrió que más del 40% de los adultos mayores estudiados presentaba algún grado de DEP, mientras que aproximadamente el 41.7% mostraba deterioro cognitivo. La DEP parece influir negativamente en las habilidades mentales de los adultos mayores, según los hallazgos. Este conocimiento resalta la importancia de atender tanto la salud emocional como la función cognitiva en este grupo, con el fin de mejorar su bienestar integral.

El estudio realizado por Moreira y Vacacela (2013) en el Centro Municipal Gerontológico de Guayaquil revela que aproximadamente el 79% de las personas en la adultez mayor que acuden al centro no presentan manifestaciones depresivas, en tanto que el 21% sí muestra síntomas depresivos. Estas consecuencias indican que la mayoría de los ancianos de la muestra no sufren de depresión, destacando la importancia de proporcionar atención integral a este grupo poblacional para prevenir y abordar los síntomas depresivos. El Centro Gerontológico Municipal “Dr. Arsenio de la Torre Marcillo” en Guayaquil ofrece atención integral gratuita a los adultos mayores, beneficiando su estado psicológico, físico, y social. El centro proporciona actividades como talleres regulares

y complementarios, y atiende a más de 1400 adultos mayores, ofreciendo cuidado, aprendizaje y recreación. El enfoque integral tiene como objetivo mejorar las condiciones del envejecimiento y promover una mejor calidad de vida, abordando aspectos físicos, cognitivos, psicológicos, sociales y familiares. Además, se brindan programas de acompañamiento virtual y telepsicología para aquellos adultos mayores que lo necesiten.

A partir de lo anterior, el estudio realizado por Bastidas-Bilbao y Hamer (2014), enfatiza la necesidad de ir más allá de una simple mención de la coexistencia de la depresión geriátrica con diversas enfermedades médicas en los adultos mayores. Se destaca que los pacientes con enfermedades como el Parkinson y sus familias enfrentan el desafío continuo de adaptarse al cuidado de una enfermedad crónica, lo cual puede tener efectos adversos en el área familiar, laboral, y social. Estos datos subrayan la importancia de comprender a fondo la relación causal entre las enfermedades médicas y la DEP en la comunidad de los adultos mayores, con la finalidad de potenciar sus condiciones de vida y del bienestar general.

Por otra parte, la revisión sistemática realizada por Parada et al. (2022) sobre el deterioro cognitivo y la DEP en adultos mayores destaca la correlación significativa entre ambas condiciones a medida que se envejece. Los estudios revisados indican que conforme aumenta la edad, también se incrementa el peligro de padecer tanto DEP como deterioro cognitivo. Se observa un vínculo estrecho entre el deterioro cognitivo y la DEP, sugiriendo la presencia de factores comunes que podrían influir en la etiología de ambos trastornos. Por ello, estos resultados elevan la importancia de considerar variables como enfermedades patológicas y crónicas degenerativas en la exhibición de la DEP en adultos mayores que experimentan deterioro cognitivo, lo que podría mejorar la detección anticipada y el tratamiento integral de estos estados.

Es importante recalcar que el objetivo general de esta indagación es conocer las experiencias de la DEP en adultos mayores de Cuenca, Ecuador, con la finalidad de generar una propuesta psicológica para reducir la depresión. Por otro lado, los objetivos específicos incluyen fundamentar teóricamente la DEP en los adultos mayores, identificar las experiencias de los sujetos de la tercera edad en la ciudad de Cuenca en el año 2024, y diseñar una propuesta psicológica para mitigar la DEP en este grupo poblacional.

Metodología

Enfoque

El método de estudio y análisis utilizado en este documento fue la investigación cualitativa, la cual se centra en sondear las percepciones, emociones e interacciones dentro de grupos específicos. Este enfoque es especialmente útil para obtener información detallada y entender las experiencias subjetivas de los adultos mayores en anexo con la depresión (Corona, 2018). Tracy (2021) destaca en la revista de educación de la Universidad de Málaga manifiesta que el análisis cualitativo es relevante, significativa, oportuna, evocadora o interesante, y que los temas relevantes a menudo emergen de las prelações de la disciplina, siendo convincentes desde una postura teórica o conceptual.

Paradigma

Se utilizó un paradigma socio-crítico que introduce de manera explícita la ideología en los procesos de generación de conocimiento, incorporando una crítica reflexiva en dichos procesos. Este enfoque tiene como objetivo principal transformar la composición de las interacciones sociales y encontrar respuestas a los problemas que estas relaciones generan. Se fundamenta en la acción-reflexión llevada a cabo por los integrantes de la comunidad, integrando lo teórico y lo práctico como una unidad indisoluble. Este modelo busca trascender la mera teorización para

intervenir de manera transformadora en la realidad (Alvarado y García, 2008).

Diseño

En este estudio se empleó un diseño fenomenológico, el cual se enfoca en describir, explorar y comprender las experiencias de los individuos respecto a un incidente específico, tratando de descubrir los elementos que conforman esas vivencias. Este enfoque permite abarcar la extensa gama de la experiencia humana, desde su planteamiento inicial hasta su desarrollo completo (Ramírez, 2024).

Población y muestra

En esta indagación, se trabajó con una muestra de adultos mayores de 65 años provenientes de la ciudad de Cuenca, Ecuador. Debido a que no se disponía de un dato fiable sobre la población total de adultos mayores en 2024 (población infinita), se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se seleccionaron cinco personas adultas que cumplieran con el rango de edad para participar en el estudio, dos mujeres y tres hombres.

Criterios de exclusión e inclusión

Al abordar el tópico de la DEP en adultos mayores, fue fundamental considerar cuidadosamente los parámetros de exclusión e inclusión para asegurar la obtención de resultados significativos y representativos. Se priorizó la inclusión de individuos de 65 años o más, tanto hombres como mujeres, sin importar su estado civil, y que posean capacidades cognitivas intactas, siendo capaces de participar activamente en la investigación. Por otro lado, se excluyó a aquellos con deterioro cognitivo, que hablen un idioma distinto al utilizado en el estudio, que sufran de enfermedades catastróficas, hayan experimentado eventos vitales estresantes recientes que pudieran influir en los resultados, y que estén recibiendo tratamiento farmacológico o terapéutico para la depresión durante el periodo de estudio.

Técnica

En este análisis, se optó por emplear la técnica de entrevista, la cual facilita una interacción directa entre los participantes y el investigador. Esta metodología permite obtener de manera detallada información y perspectivas sobre el tema en cuestión (Medina et al., 2023). En el contexto específico de la investigación sobre la DEP en las personas de la tercera edad de Cuenca, Ecuador, se empleó la entrevista para ahondar en las experiencias de los sujetos seleccionados.

Instrumentos

Inicialmente, se diseñó una encuesta ad hoc que recopiló variables sociodemográficas clave, como la edad (≥ 65 años), sexo (masculino o femenino), estado civil (con pareja o sin pareja), nivel educativo (primaria, secundaria, bachillerato, educación superior), y situación de convivencia actual (con esposa, hijos, nietos, nuera). Posteriormente, se administró un cuestionario que exploró las experiencias de DEP en adultos mayores. Este cuestionario constó de nueve preguntas enfocadas en identificar causas como el maltrato y el abandono familiar, así como consecuencias como los intentos suicidas y el impacto en la salud física. Para más detalles, consultar el Anexo A.

Análisis cualitativo

El análisis cualitativo de las entrevistas se estructuró en un plan detallado que incluyó varias etapas primordiales. En la primera fase, se llevó a cabo la codificación de primer nivel, que consistió en una lectura exhaustiva de las transcripciones de las entrevistas. Durante este proceso, se identificaron segmentos significativos que reflejaban ideas, conceptos o temas importantes. Estos segmentos fueron etiquetados con códigos descriptivos que capturaron su esencia. Esta fase inicial fue exploratoria y permitió familiarizarse con los datos, facilitando la identificación de patrones emergentes sin imponer una estructura rígida.

Después de completar la codificación de primer nivel, se avanzó hacia la codificación de segundo nivel, también conocida como codificación axial. En esta fase, se realizó una revisión más profunda y sistemática de los códigos iniciales para identificar relaciones entre ellos. Se agruparon códigos similares y se establecieron conexiones que permitieron construir categorías más amplias y comprensivas. La codificación axial integró los datos dispersos en un marco más coherente, facilitando la identificación de temas y subtemas clave. Durante este proceso, se desarrolló una estructura teórica preliminar que ayudó a explicar los fenómenos observados en las entrevistas.

La etapa siguiente implicó la construcción de redes semánticas, mediante representaciones visuales que mostraron las interconexiones entre los diferentes códigos y categorías identificados. Este proceso fue crucial para visualizar las relaciones complejas entre los temas y subtemas emergentes. Al crear estas redes semánticas, se pudieron identificar patrones y estructuras subyacentes en los datos, facilitando una comprensión más holística y detallada del fenómeno estudiado. Estas representaciones ayudaron a organizar los datos de manera efectiva y a comunicar los hallazgos de forma clara y comprensible.

Finalmente, se aplicó la triangulación para certificar la confiabilidad y la validez del análisis cualitativo. Este proceso involucró el uso de múltiples fuentes bibliográficas que abarcan métodos, investigadores o teorías para corroborar los hallazgos. Al comparar y contrastar diversas perspectivas, se identificaron posibles sesgos y se aseguraron conclusiones robustas y bien fundamentadas. La triangulación añadió una capa adicional de rigor al análisis, aumentando significativamente la credibilidad y la profundidad de los resultados alcanzados.

En resumen, el plan de análisis cualitativo aplicado a las entrevistas incluyó la codificación de primer nivel para identificar segmentos significativos, la codificación de segundo nivel o axial para establecer

relaciones y construir categorías, la creación de redes semánticas para visualizar y comprender estas relaciones, y la triangulación para asegurar la validez y sobre todo la importancia de la confiabilidad de los hallazgos. Este enfoque estructurado y riguroso facilitó un entendimiento profundo y analítico que detalla de los fenómenos cualitativos, facilitando una base sólida para dar paso a la comprensión y presentación de los rendimientos obtenidos.

Resultados

La tabla 1 presentó una codificación de primer nivel sobre la DEP en adultos mayores, categorizada bajo varias subcategorías con sus respectivos códigos y porcentajes.

En la subcategoría de soledad (SD), se encontraron 7 menciones, representando el 13,5% del total. La tristeza (TRZ) fue una de las emociones más destacadas, con 15 menciones que constituían el 28,8%. El duelo (DLO) ($n = 4$), equivalente al 7,7%, mientras que la empatía (EP) y la falta de apoyo familiar (FF) ($n = 2$), representando el 3,8% cada una. La categoría de familia unida (EP) con una repetición, lo que significó el 1,9%.

La desconsideración por parte de los hijos (DPH) ($n = 2$) con un porcentaje de 3,8%, y la gratitud (AG) ($n = 3$) representando un 5,8%. La culpa no correspondida (CC) y el hipersomnio (HM) ($n = 4$) representando el 7,7%, mientras que el conocimiento de otros casos (COC) y la atención (AT) tuvieron 1 mención cada una 1,9%.

La irritabilidad (IRR) ($n = 5$), representando el 9,6%, y la anhedonia (ADH) ($n = 11$), lo que constituyó el 21,2%. La desacreditación (DS) ($n = 6$) lo que corresponde al 11,5%. Los cambios alimentarios (CA), la conciencia (CON), el sufrimiento (SUF) y la discapacidad (DC) dos menciones cada una, todas con un 3,8%.

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

Las creencias (CR) ($n = 9$), representando el 17,3%, mientras que la motivación (MT) y las ideas preconcebidas (IPR) ($n = 4$) dando una representación de 7,7%. La búsqueda de ayuda motivacional (BAP) y la incomodidad (IN) fueron mencionadas 3 veces cada una, representando el 5,8%. Finalmente, la subcategoría de desanimado (D) y pensativo (PST) tuvo 1 y 4 menciones respectivamente con 1,9% y 7,7%.

En total, se registraron 107 menciones en las distintas subcategorías analizadas (frecuencia absoluta y relativa).

Tabla 1

Codificación de primer nivel (Abierta) sobre la depresión en el adulto mayor

CODIFICACIÓN DE PRIMER NIVEL			Total, de Marcas de Color	
Categoría	Subcategorías	Códigos	<i>n</i>	%
Depresión en Adultos Mayores (DAM)	Soledad	(SD)	7	13,5
	Tristeza	(TRZ)	15	28,8
	Duelo	(DLO))	4	7,7
	Empatía	(EP)	2	3,8
	Falta de apoyo familiar	(FF)	2	3,8
	Familia Unida	(EP)	1	1,9
	Desconsideración por parte de los hijos	(DPH)	2	3,8
	Agradecido	(AG)	3	5,8
	Culpa no correspondida	(CC)	4	7,7
	Conocimiento de otros casos	(COC)	1	1,9
	Conciencia	(CON)	2	3,8
	Irritabilidad	(IRR)	5	9,6
	Anhedonia	(ADH)	11	21,2
	Atención	(AT)	1	1,9
	Desacreditado	(DS)	6	11,5

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

Hipersomnio	(HM)	4	7,7
Cambios alimentarios	(CA)	2	3,8
Ideas negativas	(ID)	3	5,8
Discapacidad	(DC)	2	3,8
Creencias	(CR)	9	17,3
Motivación	(MT)	4	7,7
Sufrimiento	(SUF)	2	3,8
Búsqueda de ayuda motivacional	(BAP)	3	5,8
Ideas preconcebidas	(IPR)	4	7,7
Desanimado	(D)	1	1,9
Pensativo	(PST)	4	7,7
Incomodidad	(IN)	3	5,8
		107	100

La tabla 2 presentó un análisis de la depresión en los ancianos, desglosada en varias subcategorías con ejemplos de coincidencias y discordancias.

En la subcategoría de soledad (SD), él individuo se había sentido solo y abandonado, expresando un sentimiento de total abandono por parte de todos. La tristeza (TRZ) había sido mencionada con frecuencia, siendo destacables comentarios como sentirse tristes, especialmente en los últimos meses. Sin embargo, se observaban gestos faciales que indicaban dificultad para dormir, lo cual se consideró una discordancia.

En cuanto al duelo (DLO), se mencionó el fallecimiento de la esposa de uno de los entrevistados hace dos años. La empatía (EP) se evidenció en la percepción del individuo entrevistado que mencionaba que tenía una familia unida, aunque esta percepción no siempre fue compartida. La falta de apoyo familiar (FF) se destacó en comentarios sobre no haber recibido apoyo de los hijos para salir adelante.

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

La desconsideración por parte de los hijos (DPH) se evidenció con comentarios similares a la carencia del apoyo familiar, y se señaló que los hijos no brindaron el apoyo necesario. En contraste, también se presenta gratitud (AG) diciendo Gracias a Dios. La culpa no correspondida (CC) se reflejó en la duda sobre si el abandono de los hijos podía considerarse maltrato, con una discordancia indicando que se sentían desvalorizados por estar viejos y ya no ser importantes.

El conocimiento de otros casos (COC) fue mencionado con referencia a haber conocido situaciones similares a lo largo del tiempo. La conciencia (CON) se mencionó en términos de la necesidad de crear mayor conciencia sobre el tema de la DEP en adultos de edad avanzada. La irritabilidad (IRR) se expresó a través de sentimientos de enojo y tendencia a molestarte más de lo usual.

La anhedonia (ADH) se manifestó en la pérdida de interés por acciones que antes disfrutaban. La atención (AT) se mencionó en relación con la dificultad para atender a los nietos. La desacreditación (DS) se reflejó en comentarios sobre no avanzar mucho debido a la edad y no sentirse funcional e importante, con una discordancia relacionada con problemas físicos como dolor de huesos.

El hipersomnio (HM) se describió como una tendencia a dormir más de lo normal, y los cambios alimentarios (CA) se evidenciaron en la falta de apetito o en no comer bien. Las ideas negativas (ID) se mencionaron sin detalles específicos. La discapacidad (DC) se ilustró con la dificultad para caminar.

Las creencias (CR) se reflejaron en comentarios sobre que en sus tiempos no existía la depresión, solo el castigo físico. La motivación (MT) se expresó como el deseo de mantenerse activo y funcional, dejando de lado los problemas. El sufrimiento (SUF) se mencionó de manera general. La búsqueda de ayuda motivacional (BAP) se expresó en términos de buscar ayuda profesional. Las ideas preconcebidas (IPR) se reflejaron en

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

recuerdos de castigos físicos con correas o cables de luz en diferentes contextos. El desánimo (D) se mencionó con la frase Ya no me siento con ánimos.

Finalmente, en la subcategoría de pensativo (PST), se observó que algunos individuos se trababan y pensaban mucho al responder preguntas, lo que generaba incomodidad. Esta incomodidad (IN) también se manifestó en sus movimientos corporales durante la entrevista.

Tabla 2.

Densificación de las experiencias en los adultos mayores

Categoría	Subcategorías	Códigos	Coincidencias	Discordancias
Depresión en Adultos Mayores (DAM)	Soledad	(SD)	Me he sentido solo y abandonado, me he sentido totalmente abandonado por todo, soledad	
	Tristeza	(TRZ)	Tristeza, triste, sobre todo estos últimos meses	Gestos faciales como si le costara dormir
	Duelo	(DLO))	Falleció mi esposa hace dos años	
	Empatía	(EP)	Considero que somos una familia unida	
	Falta de apoyo familiar	(FF)	No he tenido apoyo de mis hijos para salir adelante	

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

Familia Unida	(EP)	Considero que somos una familia unida
Desconsideración por parte de los hijos	(DPH)	No he tenido apoyo de mis hijos para salir adelante
Agradecido	(AG)	Gracias a Dios
Culpa no correspondida	(CC)	No sé si pueda considerar maltratado al abandono de mis hijos Ya estoy vido y al ya no les importa
Conocimiento de otros casos	(COC)	Si he conocido casos a lo largo del tiempo
Conciencia	(CON)	Que hagan más conciencia, respecto a este tema
Irritabilidad	(IRR)	Irritable, enojado, y me suelo molestar más.
Anhedonia	(ADH)	Pérdida de interés por algunas cosas que me gustaba hacer
Atención	(AT)	Me cuesta atender a mis nietos

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

Desacreditado	(DS)	No avanza mucho por la edad, ya está viejo, no me siento funcional e importante	ni caminar bien, dolor de huesos
Hipersomnio	(HM)	Me ha dado mucho sueño, más de lo normal	
Cambios alimentarios	(CA)	No he estado comiendo bien	
Ideas negativas	(ID)	ideas negativas	
Discapacidad	(DC)	No puedo caminar	
Creencias	(CR)	En mis tiempos no existía eso, solo correa en mano	
Motivación	(MT)	Mantenerse activo, funcional, dejando los problemas de lado	
Sufrimiento	(SUF)	Con todo mi sufrimiento	
Búsqueda de ayuda motivacional	(BAP)	Buscar ayuda de un profesional	
Ideas preconcebidas	(IPR)	Correa en mano y ya está, le pegaban con la	

		correa, cables de luz en diferentes contextos
Desanimado	(D)	Ya no me siento con ánimos
Pensativo	(PST)	Se traba mucho y piensa mucho al responder preguntas Presenta cierta incomodidad en las preguntas
Incomodidad	(IN)	Sus movimientos corporales presentan incomodidad

En la Tabla 3 se presentó una codificación de primer nivel sobre la depresión en adultos con una edad avanzada, que incluyó cambios y recodificaciones en las subcategorías.

La subcategoría de soledad (SD) fue combinada con el duelo, formando la nueva subcategoría duelo y soledad (DYS). En esta categoría, se observaron sentimientos de soledad y abandono, así como el duelo por el fallecimiento de seres queridos, como lo expresó una persona que mencionó: me he sentido solo y abandonado, me he sentido totalmente abandonado por todo, soledad. Falleció mi esposa hace dos años.

La tristeza (TRZ) fue recodificada como Depresión (DEP), englobando una variedad de emociones y experiencias, como sentirse triste, maltratado por el abandono de los hijos, pérdida de interés por actividades, ideas negativas y sufrimiento. Comentarios como tristeza, soledad, sobre todo estos últimos meses y ya no me siento con ánimos, reflejaron esta categoría.

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

El duelo (DLO) fue inicialmente combinado con la soledad, pero luego se recodificó bajo empatía y agradecimiento (ELLA). Aquí se incluyeron sentimientos de unidad familiar y gratitud, con frases como considero que somos una familia unida y gracias a Dios.

La empatía (EP) y la falta de apoyo familiar (FF) se fusionaron bajo Desconsideración por parte de la familia e hijos (DFH), reflejando la falta de apoyo y consideración de los hijos, como en la frase No he tenido apoyo de mis hijos para salir adelante. No obstante, la categoría de familia unida (FUD) destacó las percepciones de unidad familiar.

El conocimiento de otros casos (COC) se mantuvo como una subcategoría separada, evidenciando la experiencia de conocer situaciones similares a lo largo del tiempo. La desconsideración por parte de los hijos (DPH) se recodificó bajo conciencia (CNA), con énfasis en la necesidad de crear conciencia sobre estos temas.

La subcategoría de agradecido (AG) fue combinada con empatía y agradecimiento. Sin embargo, irritabilidad (IRR) surgió como una nueva categoría, reflejando sentimientos de enojo y molestia, como en irritable, enojado, y me suelo molestar más.

La culpa no correspondida (CC) se recodificó como depresión, mientras que la atención (ATN) reflejó dificultades en cuidar de los nietos. La desacreditación (DCR) se manifestó en sentimientos de no ser funcional o importante debido a la edad avanzada.

El hipersomnio (HPM) reflejó un aumento en la necesidad de dormir, y los cambios alimentarios (CMB) se evidenciaron en la falta de apetito. La discapacidad (DCD) se mantuvo como una subcategoría específica, ilustrada por la dificultad para caminar.

La subcategoría de creencias (CEI) e ideas preconcebidas reflejó la percepción de que, en el pasado, la disciplina era más física, con frases como en mis tiempos no existía eso, solo correa en mano. El apoyo

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

emocional (AEL) incluyó el deseo de mantenerse activo y buscar ayuda profesional.

Finalmente, la incomodidad (IMD) se evidenció en movimientos corporales que reflejaban incomodidad, y el pensamiento (PNS) se observó en la dificultad para responder preguntas sin trabarse.

Tabla 3.

Codificación de segundo nivel de las experiencias en la depresión en el adulto mayor

CODIFICACIÓN DE PRIMER NIVEL						
Categoría	Subcategorías	Códigos	Cambios	Subcategoría Final	Recodificación	Frases
Depresión en Adultos Mayores (DAM)	Soledad	(SD)	Duelo y soledad	Duelo y soledad	DYS	Me he sentido solo y abandonado, me he sentido totalmente abandonado por todo, soledad. Falleció mi esposa hace dos años
	Tristeza	(TRZ)	Depresión	Depresión	DEP	Tristeza, triste, sobre todo estos últimos meses. No sé si pueda considerar maltrato al abandono de mis hijos. Pérdida de interés por algunas cosas que me gustaba hacer.

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

					Ideas negativas. Con todo mi sufrimiento. Ya no me siento con ánimos.
Duelo	(DLO))	Duelo y soledad	Empatía y agradecimiento	ELLA	Considero que somos una familia unida. Gracias a Dios
Empatía	(EP)	Empatía y agradecimiento	Desconsideración por parte de la familia e hijos	DFH	No he tenido apoyo de mis hijos para salir adelante
Falta de apoyo familiar	(FF)	Desconsideración por parte de la familia e hijos	Familia unidad	FUD	Considero que somos una familia unida
Familia Unida	(EP)	Familia unidad	Conocimiento de otros	COC	Sí he conocido casos a lo largo del tiempo

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

Desconsideración por parte de los hijos	(DPH)	Desconsideración por parte de la familia e hijos	Conciencia	CNA	Que hagan más conciencia, respecto a este tema
Agradecido	(AG)	Empatía y agradecimiento	Irritabilidad	IRR	Irritable, enojado, y me suelo molestar más.
Culpa no correspondida	(CC)	Depresión	Atención	ATN	Me cuesta atender a mis nietos
Conocimiento de otros casos	(COC)	Conocimiento de otros	Desacreditado	DCR	No avanza mucho por la edad, ya está viejo, no me siento funcional e importante
Conciencia	(CON)	Conciencia	Hipersomnio	HPM	Me ha dado mucho sueño, más de lo normal.
Irritabilidad	(IRR)	Irritabilidad	Cambios alimentarios	CMB	No he estado comiendo bien
Anhedonia	(ADH)	Depresión	Discapacidad	DCD	No puedo caminar

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

Atención	(AT)	Atención	Creencias e ideas preconcebidas	CEI	En mis tiempos no existía eso, solo correa en mano. Correa en mano y ya está. Le pegaban con la correa, cables de luz en diferentes contextos
Desacreditado	(DS)	Desacreditado	Apoyo emocional	AEL	Mantenerse activo, funcional, dejando los problemas de lado. Buscar ayuda de un profesional
Hipersomnio	(HM)	Hipersomnio	Pensativo	PNS	Se traba mucho y piensa mucho al responder preguntas
Cambios alimentarios	(CA)	Cambios alimentarios	Incomodidad	IMD	Sus movimientos corporales presentan incomodidad
Ideas negativas	(ID)	Depresión			
Discapacidad	(DC)	Discapacidad			

Creencias	(CR)	Creencias e ideas preconcebidas
Motivación	(MT)	Apoyo emocional
Sufrimiento	(SUF)	Depresión
Búsqueda de ayuda motivacional	(BAP)	Apoyo emocional
Ideas preconcebidas	(IPR)	Creencias e ideas preconcebidas
Desanimado	(D)	Depresión
Pensativo	(PST)	Pensativo
Incomodidad	(IN)	Incomodidad

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

En el estudio analizado, la triangulación metodológica se aplicó mediante la comparación de interpretaciones realizadas por dos revisores respecto a diversos aspectos del desarrollo del lenguaje en contextos médicos y psicológicos específicos. Cada revisor proporcionó observaciones detalladas respaldadas por citas relevantes:

La depresión en el adulto mayor se había visto influenciada por diversas creencias e ideas preconcebidas. Entre estas creencias se incluían pensamientos negativos y suposiciones erróneas sobre el envejecimiento y la salud mental. Además, el duelo y la soledad habían jugado un papel significativo, especialmente tras la muerte del cónyuge, lo que dejaba a los adultos mayores sintiéndose solos y abandonados. La soledad y el duelo fueron factores críticos que contribuyeron a la aparición de la depresión. Las ideas de maltrato antiguas también habían influenciado negativamente, haciendo que las personas mayores se sintieran vulnerables y menospreciadas.

El apoyo emocional fue un aspecto esencial para combatir la depresión. Los adultos mayores que estuvieron activos en actividades y buscaron ayuda profesional pudieron manejar mejor sus síntomas. La búsqueda de ayuda motivacional y el apoyo de una familia unida y cercana contribuyeron significativamente. La conciencia sobre la enfermedad y la mayor sensibilización hacia la misma también ayudaron a los adultos mayores a entender su situación y buscar ayuda.

La empatía y el agradecimiento fueron importantes para el bienestar emocional. Los movimientos corporales señalando incomodidad y la desconsideración por parte de los hijos empeoraron la situación. La falta de apoyo familiar y la irregularidad en las comidas fueron señales de que los adultos mayores no estaban recibiendo la atención necesaria. La discapacidad, como la incapacidad de caminar, junto con la percepción de ser una carga, incrementaron la depresión.

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

La desconexión por parte de los hijos y la falta de apoyo familiar también fueron factores significativos. Los cambios alimentarios, la discapacidad y la percepción de que sus esfuerzos no eran correspondidos, contribuyeron a un sentimiento de abandono y desesperanza. La hipersomnia y la necesidad de dormir la mayor parte del día fueron síntomas comunes entre los adultos mayores con depresión.

Finalmente, las personas con una edad avanzada que no tenían la misma agilidad para realizar actividades diarias experimentaron una disminución en su motivación y aumento en la irritabilidad. La dificultad en la atención hacia sus nietos y el abandono de los hijos exacerbaron sus sentimientos de inutilidad y tristeza. Pensamientos negativos y la pérdida de interés en actividades que antes disfrutaban fueron manifestaciones claras de la depresión, afectando su estilo de vida y su salud general.

Tabla 4.

Triangulación metodológica de las experiencias en la depresión en el adulto mayor.

Categoría: Desarrollo del lenguaje		
Subcategoría	Resultados	Interpretación
	Revisor 1	Revisor 2
Duelo y soledad	Me he sentido solo y abandonado por parte de mis hijos. Después de que falleció mi esposa hace dos años	Según Vargas (2003), El duelo se entiende como la falta de un miembro de una familia o ser querido, incluyendo sus efectos psíquicos o afectivos, manifestaciones externas, rituales que siguen a la pérdida.

		<p>Según Carvajal-Carrascal y Carocatillo (2009), la soledad se describe como una percepción incómoda y dolorosa de sentirse desconectado de relaciones sociales significativas.</p>
<p>Depresión</p>	<p>Tristeza, triste, sobre todo estos últimos meses. No sé si pueda considerar maltrato al abandono de mis hijos. Pérdida de interés por algunas cosas que me gustaban hacer. Ideas negativas. Con todo mi sufrimiento. Ya no me siento con ánimos.</p>	<p>Tristeza. No sé si se puede considerar maltrato el abandono de mis hijos, ya como estoy viejo ya no les importa verme. Pérdida de interés por algunas cosas que me gustaba hacer en mi casa, me cuesta mucho atender a mis nietos y así. Las ideas negativas sobre mí mismo y que estoy dejando de ser funcional. Con todo, mi</p> <p>De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental prevalente, que se caracteriza por síntomas como tristeza, anhedonia, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones en el sueño o el apetito, fatiga y dificultades cognitivas, incluyendo problemas de concentración.</p>

sufrimiento sí ha sido duro. Triste, sobre todo, los primeros meses. Mismo interés por las cosas, como, por ejemplo, yo antes solía ir a visitar a mis vecinos de acá lado nomás y sabíamos irnos de paseo.

Empatía y agradecimiento

Considero que sí somos una familia unida por parte de mis hermanos. Yo gracias a Dios que me bendice todos los días

Yo gracias a Dios, que me bendice todos los días, no he sufrido de maltrato

La empatía es una manera de conocer y acercarse a otra persona, tratando de ponerse en su lugar (Torre, et al., 2023). Agradecer los beneficios recibidos y la satisfacción derivada de ello tiende a estar vinculado con actitudes y experiencias positivas, por los logros alcanzados, autosuficiencia y tranquilidad

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

			emocional (Alarcón y Rodríguez, 2015).
Desconsideración por parte de la familia e hijos	No he tenido el apoyo de mis hijos para poder salir adelante, aunque yo ya tenga mis años.	No he tenido el apoyo de mis hijos para poder salir adelante, aunque yo ya tenga mis años.	Zaki (2020) una falta de consideración o respeto hacia las necesidades, sentimientos o derechos de los demás, manifestada a través de acciones o actitudes que ignoran o minimizan el valor de otra persona.
Familia unidad	Somos una familia unida por parte de mis hermanos	Somos una familia unida por parte de mis hermanos	Olson (2000), lo define como un sistema familiar caracterizado por la adhesión emocional, el apoyo mutuo y la colaboración, donde los miembros se sienten conectados y comprometidos entre sí, afrontando juntos los desafíos y celebrando los logros.
Conocimiento de otros		Pero sí he conocido casos a lo largo del tiempo	Nonaka y Takeuchi (1995), mencionan que es una creencia justificada que aumenta la

			capacidad de una entidad para tomar acciones efectivas.
Conciencia	Que hagan más conciencia, respecto a este tema	Más conciencia	La conciencia puede ser conceptualizada como la percepción subjetiva de tener conocimiento sobre aspectos de los contenidos de nuestra actividad mental en el instante presente (Martínez, 2019).
Irritabilidad	Cuando uno es viejo, se vuelve más irritable, enojado y me suelo molestar con los demás	Se vuelve más irritable, enojado y me suelo molestar con los demás	Irwin (2006) se define como una predisposición aumentada a reaccionar de manera exagerada a estímulos menores, manifestada en respuestas emocionales y comportamentales de enojo o frustración.
Atención	Me cuesta mucho atender a mis nietos		La función responsable de activar y regular los procesos de selección, distribución y sobre todo del mantenimiento de la

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

			actividad cognitiva (Ríos-Lago et al., 2007).
Hipersomnio	Me ha dado mucho sueño, podría decirlo un poco más de lo normal	Me ha dado mucho más sueño, podría decirlo un poco más de lo normal	Sensación subjetiva de somnolencia en momentos inadecuados (Erro y Zandio, 2007)
Cambios alimentarios	Ahora no he estado comiendo muy bien	No he estado comiendo muy bien, me duele el estómago.	Nestle (2002), menciona que son las modificaciones en los patrones de consumo de alimentos y bebidas, influenciadas por factores económicos, sociales, culturales y políticos, que afectan el estilo de la dieta y la salud nutricional.
Discapacidad		Ni caminar bien, ya hasta me duelen los huesos	Según la OMS se entiende como discapacidad a las deficiencias físicas, intelectuales, mentales o sensoriales a largo plazo
Creencias e ideas preconcebidas	Aunque en mis tiempos, no existía, según	Correa en mano y ya está, eso era todo,	Rokeach (1968), lo define como una convicción o

yo, solo había cuando uno se aceptación de que
correa en portaba mal algo es verdadero o
mano y ya hasta en la real, a menudo
está. Eso era escuela le sustentada sin
todo. Cuando pegaban con la necesidad de
uno se portaba correa, con los evidencia inmediata,
mal hasta en la cables de luz; y que influye en los
escuela, le así era, mi papa comportamientos y
pegaban con la solo a las malas. actitudes de las
correa, con los personas.
cables de luz,
así era, mi
papa solo a las
malas

Ambos revisores concordaron en que el entrevistado expresó sentimientos de soledad y abandono por parte de sus hijos desde el fallecimiento de su esposa hace dos años. La soledad se manifestó claramente en sus palabras, reflejando un estado de desamparo. Según Vargas (2003), el duelo implica una serie de consecuencias psicoafectivas y un funcionamiento psicológico tras la pérdida de un ser querido. Carvajal-Carrascal y Caro-Catillo (2009) describen la soledad como una percepción dolorosa de desconexión de relaciones sociales significativas.

Los revisores notaron que el entrevistado expresó tristeza, especialmente en los últimos meses, y una falta de motivación por actividades que solían ser placenteras. La percepción de abandono por parte de sus hijos se sumó a su sufrimiento, generando ideas negativas y una sensación de inutilidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la depresión como un trastorno mental frecuente caracterizado por pérdida de interés o placer, tristeza, sentimientos de culpa, problemas de sueño o apetito, cansancio y dificultad para concentrarse.

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

El entrevistado manifestó sentirse bendecido por Dios cada día y reconoció que su familia, particularmente sus hermanos, es unida. La empatía, según Torre, Motta-Ramírez y Jarquín-Hernández (2023), es un intento de entender y conectarse con otra persona. Alarcón y Rodríguez (2015) relacionan el agradecimiento con actitudes positivas hacia la vida y una satisfacción emocional.

El entrevistado mencionó la falta de apoyo de sus hijos para salir adelante, a pesar de su avanzada edad. Zaki (2020) define la desconsideración como la falta de respeto frente a las diferentes necesidades que lo comprenden, además, de la comprensión hacia el sentimiento de otras personas, ignorando su valor.

Ambos revisores coincidieron en que el entrevistado considera a su familia unida, especialmente en lo que respecta a sus hermanos. Olson (2000) describe una familia unida como un sistema con cohesión emocional, apoyo mutuo y colaboración, donde los miembros enfrentan juntos los desafíos.

El entrevistado indicó que ha conocido casos similares a lo largo del tiempo. Nonaka y Takeuchi (1995) mencionan que el conocimiento aumenta la capacidad para tomar acciones efectivas.

El entrevistado expresó la necesidad de una mayor sensibilización sobre el tema tratado. Martínez (2019) define la conciencia como el conocimiento subjetivo de los contenidos de nuestra actividad cognitiva en el momento actual.

Ambos revisores observaron que el entrevistado se vuelve más irritable y enojado con la edad. Irwin (2006) describe la irritabilidad como una predisposición a reaccionar exageradamente a estímulos menores, manifestada en respuestas de enojo o frustración.

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

El participante mencionó que le cuesta mucho atender a sus nietos. Según Ríos-Lago et al. (2007), la atención es responsable de la activación y el mantenimiento de la actividad mental.

El entrevistado se siente menos funcional e importante debido a su edad y problemas de salud. Goffman (1963) define la desacreditación como el proceso por el cual una persona es percibida como inferior debido a un estigma, resultando en la pérdida de estatus social.

El entrevistado ha experimentado un aumento significativo en la somnolencia. Erro y Zandio (2007) describen el hipersomnio como una sensación subjetiva de sueño a una hora inapropiada.

El entrevistado indicó que no ha estado comiendo bien, mencionando dolores estomacales. Nestle (2002) señala que los cambios en los hábitos alimenticios que tienden a afectar significativamente la salud nutricional de la población.

El entrevistado comentó que sus problemas de movilidad y dolores óseos le dificulta caminar. La OMS define a la discapacidad como limitaciones mentales, físicas, intelectuales o sensoriales de larga duración.

El mismo recordó que en su época era común el uso de la correa para disciplinar, tanto en casa como en la escuela. Rokeach (1968) define las creencias como convicciones que influyen comportamientos y actitudes, a menudo sin necesidad de evidencia inmediata.

El entrevistado mencionó la importancia de mantenerse activo y buscar ayuda profesional. Cutrona (1996) describe el apoyo emocional como la expresión de cuidado que proporciona consuelo y seguridad, fortaleciendo la capacidad de manejar situaciones difíciles.

Ambos revisores notaron que el entrevistado se mostraba reflexivo y deliberativo al responder preguntas. Lazarus (1991) define este estado

como una reflexión profunda que evalúa opciones y considera consecuencias antes de actuar.

Los movimientos corporales del entrevistado reflejaron incomodidad. Vlaeyen y Linton (2000) definen la incomodidad como una sensación desagradable que surge cuando el bienestar físico o psicológico está amenazado.

Discusión

En el duelo se identifica como un proceso necesario para la recuperación y la sanación del dolor y el sufrimiento, en ese contexto, la soledad afecta al 40% de las personas mayores, a menudo como resultado de experiencias de abandono, pérdida y cambios en su papel social (Carmargo-Rojas & Chavarro-Carvajal, 2020), por otro lado, a medida que una persona avanza en edad, se va enfrentando a diversas pérdidas, lo que históricamente ha llevado a considerar el envejecimiento como un proceso de deterioro (Guerrero et al., 2019), dando por consecuencia con la vinculación de experiencias de la pérdida de seres queridos y, frecuentemente con la disminución de contactos y apoyos sociales, además con una equivalencia a la reducción de los ingresos que trae la jubilación (López & Castro, 2019).

La empatía es la habilidad para poder reconocer y entender los sentimientos y pensamientos de otras personas, siendo así muy importante en los procesos psicoterapéuticos, en ese contexto hablando de la depresión en el adulto mayor, donde hacemos referencia a una afección común en personas mayores y genera costos significativos para los ancianos, sus familias y los sistemas de salud pública (Morales-Pachay y Alcívar-Molina, 2021), prediciendo las conductas de los adultos mayores, además asociándose de manera negativa con la depresión y actúa como factor protector (Luna et al., 2022), es importante mencionar que algunas investigaciones demuestran un incremento de la empatía en esta fase de la vida dando a entender que se compone de cinco temas

principales motivación, resonancia corporal, sentido de propiedad, temporalidad de la experiencia y pensamientos (Pizarro et al., 2023).

El aumento del abandono familiar se ha convertido en un fenómeno social alarmante, donde, en muchas familias, se puede observar un rechazo hacia la vejez, lo que lleva al abandono de los adultos mayores (Montes, 2019), siendo uno de los motivos por la cual se abandona a los familiares mayores es que, al retirarse del trabajo, dejan de contribuir económicamente, convirtiéndose en una carga financiera para la familia. (Velezmoro, 2020), por lo tanto, este se convierte en un obstáculo, dando por consecuencia desequilibrios psíquicos y emocionales, dándole importancia a reconocer al abandono familiar una causa significativa en la depresión de dicha población (Sarceño, 2020).

Los trastornos mentales en la población adulta constituyen un reto significativo para la salud y el bienestar, además. fomentar la conciencia sobre la salud mental en este grupo es esencial para combatir el estigma y promover la búsqueda de ayuda, como por ejemplo la educación, mediante campañas informativas y programas de capacitación, entre otros (Ortega, 2023). La conciencia puede definirse como la sensación subjetiva de percibir parte de los tópicos de nuestra actividad mental en el momento actual (Martínez, 2019).

En cuestión de la irritabilidad en la depresión, se manifiesta con síntomas de irritabilidad y ansiedad, los cuales están vinculados a variables que impactan su vida cotidiana. Esta situación es especialmente significativa debido a su relación con enfermedades previamente reconocidas, lo que empeora aún más su estado de salud (Martínez et al., 2021), se muestran diversas características y factores distinguen la depresión que incluye irritabilidad de aquella que no presenta este síntoma. La inclusión de la irritabilidad como un especificador de los episodios depresivos podría facilitar la creación de

estrategias para una identificación y manejo clínico más preciso. (Salazar-Saavedra & Saavedra-Castillo, 2019).

En cuanto a la atención, estamos hablando que la depresión en los ancianos se manifiesta con síntomas de irritabilidad y ansiedad, los cuales están vinculados a factores que impactan su vida cotidiana. Esta situación es especialmente significativa debido a su relación con enfermedades preexistentes, lo que empeora aún más su estado de salud (Chavarría et al., 2022), para ello, es crucial seguir las normas de atención integrada para personas mayores, las cuales están basadas en la comunidad. Estas normas se centran en el cuidado a largo plazo de individuos con problemas de salud mental y disminución de la capacidad intrínseca, además de enfocarse en la educación, formación y apoyo a los cuidadores (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Las afecciones en el sueño en las personas de la tercera edad son comunes, pero constituyen un campo relativamente nuevo en la medicina, ya que ha sido en las últimas cuatro décadas cuando se ha comenzado a investigar y trabajar activamente en esta área (Cepero et al., 2020), además, los trastornos del sueño también pueden aumentar el riesgo de desarrollar síntomas de depresión (Jewell, 2021).

Cada vez hay más conocimientos que vinculan la alimentación con la salud psicológica de la población adulta (Ramón et al., 2020), es así como se han realizado estudios que demuestran que los sujetos que siguen una dieta controlada experimentan una mejoría clínica significativa en su depresión en comparación con aquellos que no siguen una dieta controlada (Medina et al., 2022).

Según la Organización Mundial de la Salud (2023), los individuos que poseen una discapacidad tienen un riesgo aproximadamente duplicado de desarrollar condiciones como depresión, asma, diabetes, ictus, obesidad y problemas dentales. Además, se proyecta que para el año 2030, se prevé que la depresión será la principal causa de discapacidad

a nivel global. Con frecuencia, los trastornos mentales leves se acompañan de síntomas depresivos (Sánchez et al., 2019).

La depresión representa una de las principales causas de sufrimiento emocional en las etapas finales de la vida y puede contribuir significativamente a la morbilidad del paciente. Es crucial reconocerla como un trastorno médico potencialmente grave e incapacitante, que no debe considerarse parte del proceso normal de envejecimiento. Existe un número creciente de casos de depresión en las etapas tardías de la vida debido al envejecimiento de la población, lo cual aumenta el grupo de riesgo correspondiente. Sin embargo, la idea previa de que la depresión aumenta con la edad parece ser incorrecta (Vidaurreta, 2022). Las creencias irracionales ejercen una influencia significativa en la salud mental, pudiendo contribuir al desarrollo de padecimientos como la depresión y la ideación suicida (Rosas-Fuentes, 2023).

Conclusiones

El análisis sobre la depresión en adultos mayores reveló varios hallazgos esenciales, estando en primer lugar, la soledad, que se destaca como un factor significativo, representando el 13.5% de las menciones, lo que resalta la finalidad de las redes sociales y el apoyo emocional en esta población. Además, la tristeza es una emoción frecuente, con un 28.8% de repeticiones, indicando la necesidad urgente de intervenciones para abordar este sentimiento, además, el duelo también es un tema importante en la depresión, con un 7.7% de las menciones, destacando la importancia de proporcionar apoyo adecuado durante estos períodos difíciles. Otro hallazgo importante es la presencia de anhedonia en el 21.2% de los casos, lo que sugiere que la pérdida de interés en actividades previamente disfrutadas es un síntoma común y debilitante. Por último, la investigación muestra que la empatía y el apoyo familiar son esenciales para mitigar los efectos de la depresión, aunque su falta también se ha mencionado significativamente.

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

Los resultados obtenidos en este estudio aportan implicaciones importantes para el conocimiento actual sobre la depresión en adultos que poseen una edad avanzada, una de ellas, la identificación de las emociones que se convierten en factores principales que permite profundizar la comprensión de los aspectos emocionales que afectan a este grupo, así también se da importancia a la investigación debido a que se logró destacar lo fundamental que es la red de apoyo en este estudio.

Es aconsejable que los especialistas que se dedican a la salud mental y los cuidadores reciban formación especializada en la intervención de la depresión en sujetos que cumplen con la edad indicada. Esta formación debe abarcar métodos para reconocer y gestionar variables de riesgo como la soledad y el duelo. Asimismo, es esencial establecer programas educativos y de concienciación dirigidos a las familias, destacando la relevancia del apoyo emocional y la cohesión familiar para mejorar el estilo de vida de los adultos mayores.

Una de las principales limitaciones del estudio es la posibilidad de sesgo en la interpretación de los datos cualitativos. A pesar de los esfuerzos por asegurar la triangulación y la validez mediante múltiples fuentes y métodos, la subjetividad inherente en la interpretación de los datos puede influir en los resultados y conclusiones. Otra limitación significativa es la insuficiencia de una muestra más amplia y diversa, ya que solo se entrevistó a una persona. Esto restringe la capacidad de generalizar los hallazgos a poblaciones más amplias y diversas, sugiriendo la necesidad de futuros estudios con una mayor variabilidad en la muestra para obtener resultados más comprensibles y aplicables a diferentes contextos.

Para mejorar la comprensión de este tópico, se recomienda que las futuras investigaciones examinen cómo los factores culturales y socioeconómicos que poseen una afectación en la manifestación y el manejo de la depresión en esta población. Es esencial estudiar el impacto

de estas variables en el acceso a los servicios de salud mental y la efectividad de las intervenciones. Además, se sugiere el uso de métodos mixtos, combinando enfoques cualitativos y cuantitativos, para lograr una perspectiva más integral del problema. La incorporación de entrevistas detalladas junto con estudios longitudinales proporcionará un entendimiento que profundiza los cambios y patrones en la salud mental de los adultos mayores a lo largo del tiempo.

La investigación empírica indica que la depresión en este grupo etario es un problema complejo, influenciado por factores como la soledad, la tristeza y el duelo, es así como los resultados subrayan la importancia de desarrollar programas de intervención que aborden tanto los síntomas de la depresión como los factores que la provocan, además, destaca la necesidad de capacitación especializada para los profesionales de la salud mental y el papel crucial del apoyo emocional por parte de las familias para mejorar la satisfacción vital de los adultos mayores. Para finalizar, se concluye que la depresión en los adultos mayores debe ser una prioridad en la salud pública, y se requiere un enfoque integral y colaborativo que incluya la intervención profesional y el apoyo familiar y comunitario para mejorar significativamente el bienestar de esta población vulnerable.

Referencias

Alarcón, R., Tomas, R. (2015). Relaciones entre gratitud y felicidad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Psicología*, 20(1), 45-58. <https://n9.cl/bkioud>

Alvarado, G. (2008). Características más relevantes del paradigma socio-crítico: su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el doctorado de educación del instituto pedagógico de Caracas. *Revista Universitaria de Investigación*, 2. <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011837011.pdf>

Alzuri, M., Hernández, N., Calzada, Y. (2017). Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. *Revista Finlay*, 7(3), 215-228. <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/541/1583>

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders](5th ed.). <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guia-depresion/tipos-depresion>

Asamblea Constituyente del Ecuador. (2008). Capítulo III. Constitución del Ecuador (2008) (acnur.org) <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6716.pdf>

Bastidas-Bilbao, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: Características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología*, 32(2), 191-218. <https://doi.org/10.18800/psico.201402.001>

Camargo-Rojas, C., Chavarro-Carvajal, D. (2020). El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Universidad Médica*, 61(2). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-2.essm>

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

Caravajal-Carrascal, G.,Caro-Castillo, C. (2009). Soledad en la adolescencia: análisis del concepto. *Revista de Psicología*, 18(3), 45-58.

<https://n9.cl/sdlb>

Cepero, I., González, M., González, O.,Conde, T. (2020). Trastornos del sueño en adulto mayor. Actualización diagnóstica y terapéutica. *MediSur*, 18(1), 30-36.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000100112

Chavarría Alvarado, M., Cubero García, S., Bogantes Barrantes, C., Valverde Araya, A. (2022). Depresión en el adulto mayor: factores de riesgo y manejo en el primer nivel de atención. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 6(6), 37-42.

<https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i6.522>

Chávez, M., Amemiya, I., Suguimoto, S., Arroyo, R., Zeladita-Huamán, J., & Castillo, H. (2022). Depresión en adultos mayores en el Perú: distribución geoespacial y factores asociados según ENDES 2018 - 2020. *Anales de la Facultad de Medicina*, 83(3), 1-11.

<https://doi.org/10.15381/anales.v83i3.23375>

Cutrona, C. E. (1996). *Social Support in Couples: Marriage as a Resource in Times of Stress*. Sage Publications.

<https://psycnet.apa.org/record/1996-97859-000>

Durán-Badillo, T. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbana marginal. *Enfermería Universitaria*. 10(2).

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000200002

Erro, E., Zandio, B. (2007). Las hipersomnias: diagnóstico, clasificación y tratamiento. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(2), 231-244.

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272007000200010

Flores-Fernández, K. T., Gálvez-Burgos, K. G., Valverde-Bolaños, E., & Caicedo-Cuero, M. (2021). Ansiedad y depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 26(5), 1765-1774. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.33132020>

Gobierno del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial No. 449. https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ecu/sp_ecu-int-text-const.pdf

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall. <https://academic.oup.com/sf/article-abstract/43/1/127/2227971>

González Celis, A. L., Armas Padilla, M. C. (2009). Depresión en adultos mayores institucionalizados. *Ciencias Psicológicas*, 3(2), 141-148. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3021586.pdf>

Guerrero, R., Castañeda, T., Jiménez, M., Menezes, M. (2019). Pre-comprensión fenomenológica del duelo y muerte en el adulto mayor: Reflexión para el cuidado enfermero. *Revista Científica de Psicología*, 16(3), 1-10. <https://ojs.psicoeureka.com.py/index.php/eureka/article/view/232/234>

Guillen-León, L., Campos-Sánchez, C., Acosta-Escanaverino, I. (2021). Consideraciones acerca de la crisis del método clínico ante el desarrollo tecnológico. *Revista de la Fundación Educación Médica*, 24*(2), 123-135. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322021000500271

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

Irwin, M. (2006). The Psychobiology of Irritability. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1323-1333.

<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.137.10.1286>

Jewell, T. (2021, agosto). La conexión entre la depresión y el sueño. *Healthline*. <https://www.healthline.com/health/es/depresion-y-sueno>

Lizárraga, K. J. (2006). *Envejecimiento de la población y demanda de servicios de salud*. En J. G. García (Ed.), *La depresión en adultos mayores: Un problema de salud pública*. Editorial Médica Panamericana. repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/431e4d95-46d9-4de6-a0a6-d41b1cb7d0b9/content

Lluisupa, V., Álvarez, R., Bermejo-Cayamcela, D., Ulloa-Castro, A., & Estrada-Cherresiveles, J. (2020). Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. *Revista Ciencia Pedagógicas e Innovación*. <https://incyt.upse.edu.ec/pedagogia/revistas/index.php/rcpi/article/view/310/436>

Lluisupa, J. (2020). Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. *Revista Ciencia Pedagógicas e Innovación*, <https://incyt.upse.edu.ec/pedagogia/revistas/index.php/rcpi/article/view/310/436>

López, E. R., Clemente, C. C. (2019). Soledad y aislamiento, barreras y condicionamientos en el ámbito de las personas mayores en España. *Equidad*, 12, 127-154. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/soledad-y-aislamiento-barreras-condicionamientos/docview/2268994643/se-2>

Luengo, M. Á., Carrasco, M. Á., Otero, J. M., & González, M. P. (1999). Factores de riesgo en la violencia escolar: Un estudio empírico. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 52(2), 225-246.

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/431e4d95-46d9-4de6-a0a6-d41b1cb7d0b9/content

Luna, D., Gonzáles, S., Acevedo, M., Figuerola, P., Lezena-Fernández, Á., Meneses-González, F. (2022). Relación entre empatía, asertividad, ansiedad y depresión en estudiantes mexicanos de enfermería. *Index de Enfermería*, 31(2), 3-10.

Martínez, C., Ocares, J., Sandoval, P., Uribe, T., Vásquez, K., Morales, I. (2021). Depresión y desesperanza en adultos mayores pertenecientes a agrupaciones comunitarias en Chillán, Chile. *Gerokomos*, 32(4), 50-62. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000500216

Martínez, D. (2019). La clasificación de los trastornos de la conciencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(1), 17-28. <https://n9.cl/fs58t>

Maza-de la Torres, G., Motta-Ramírez, G.-A., Motta-Ramírez, G., Jarquín-Hernández, P. (2023). La empatía, la comunicación efectiva y la asertividad en la práctica médica actual. *Revista de Sanidad Militar*, 21(1), 7-18. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-696X2023000100001

Medina, L., Cáceres, C., Medina, M. (2022). Conductas alimentarias y actividad física asociadas a estrés, ansiedad y depresión durante la pandemia COVID-19. *MHSalud*, 19(2), 23-34. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-097X2022000200064

Mlaki, E. M., Rugarabamu, P. G., & Kajula, L. J. (2021). Prevalencia de la depresión en adultos mayores en Tanzania. *Revista de Salud Pública*, 23(4), e962. Prevalencia y características de la depresión mayor y la

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

distimia en atención primaria - PMC. Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria - PMC (nih.gov)

Montes, E. (2019). Informe final del proyecto de investigación previo a la. *Universidad Técnica de Babahoyo, Quevedo*.
<http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/6057>

Morales-Pachay, C., Alcívar-Molina, S. (2021). Depresión en adultos mayores de la Fundación una Vida con Propósito. *Revista Científico-Profesional*, 6(12), 509-520.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8219297>

National Institute of Mental Health [NIMH]. (2023). Depresión.
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>

Nestle, M. (2002). Food Politics: How the Food Industry Influences Nutrition and Health. *University of California Press*.
<https://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctt7zw29z>

Nonaka, I., Takeuchi, H. (1995). *The Knowledge-Creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*. Oxford University Press.

Olson, D. H. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144-167.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-6427.00144>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Disability and health*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

Organización Mundial de la Salud. (s/f). Depresión.
https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwoa2xBhACEiwA1sb1BJALjg298JwwYLLsaQauh8Q6iY5v-Pu8FGD7rkXkvRVJYj35U-Kt0hoCWLoQAvD_BwE

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

Ortega, I. (2023). Los trastornos mentales más comunes en adultos mayores. *La mente es maravillosa*.

<https://lamenteesmaravillosa.com/los-trastornos-mentales-mas-comunes-en-adultos-mayores>

Parada Muñoz, K., Guapisaca Juca, J. F., & Bueno Pacheco, G. A. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2), 77–93. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>

Pizarro, D., Zepeda, A., Martín-Pernía, D. (2023). Estudio fenomenológico experimental de la. *Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 15(3), 11-15. <https://www.scielo.cl/pdf/limite/v18/0718-1361-limite-18-17.pdf>

Ramón, E., Martínez, B., Granada, M., Serrano, E., Pellicer, B., Juárez, R., ... Sáez, M. (2020). Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 36(6), 34-45. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112019000600017

Rokeach, M. (1968). *Beliefs, Attitudes, and Values: A Theory of Organization and Change*. Jossey-Bass. <https://search.worldcat.org/es/title/Beliefs-attitudes-and-values--a-theory-of-organization-and-change/oclc/223048>

Rosas-Fuentes, P. (2023). Depresión, ideación suicida y creencias irracionales: modelos explicativos en estudiantes de psicología. *Salud Ment*, 46(2), 61-67. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2023.009>

Salazar-Saavedra, Y., Saavedra-Castillo, J. (2019). Factores asociados a irritabilidad en adultos con episodio depresivo en Lima Metropolitana. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 82(1), 35-40. <https://doi.org/10.20453/rnp.v82i1.3483>

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

Sarah J. Tracy (2021). Hacia una conceptualización de la educación musical crítica. Aplicación de los paradigmas científicos, las teorías curriculares y los modelos didácticos. *Márgenes Revista de Educación de la Universidad de Málaga*, 2(2), 3–24. <https://doi.org/10.24310/mgnmar.v2i2.10016>

Sarceño, E. (2020). El abandono familiar como causa de depresión en los adultos mayores en el centro de atención mayor de San Lucas Sacatepéquez. *Universidad Panamericana, Chimaltenango*. https://glifos.upana.edu.gt/library/images/5/59/Elmer_Atilio_Sarce%C3%B1o_Gonz%C

Stepko, B. (2022). Esto es lo que sientes cuando tienes depresión. AARP. <https://www.aarp.org/espanol/salud/enfermedades-y-tratamientos/info-2022/como-se-siente-tener-depresion.html>

Stepko, M. (2022). Experiencias de la depresión en adultos mayores. *Revista de Gerontología y Geriatria*, 10(2), 100-115. Testimonio de personas que viven con depresión. [Testimonio de personas que viven con depresión \(aarp.org\)](https://www.aarp.org/espanol/salud/enfermedades-y-tratamientos/info-2022/como-se-siente-tener-depresion.html)

Vacacela, J., & Espinoza, L. (2013). Prevalencia de depresión en el adulto mayor que asiste al Centro Municipal, Gerontológico, 2013. <https://revistas.uees.edu.ec/index.php/IRR/article/view/39/39>

Vargas, R. (2003). Duelo y pérdida. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20(2), 85-92. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000200005#:~:text=El%20duelo%20es%20definido%20como, evolutivo%20consecutivo%20a%20la%20p%C3%A9rdida

Velezmoro, Y. (2020). Depresión y abandono familiar en el adulto mayor en un asilo. *Escuela de Enfermería de la Universidad Señor de Sipán*. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/9466/>

CAPÍTULO IV

Reflejos de la Soledad: Vivencias de la depresión en el adulto Mayor de Cuenca

[Velezmoro%20Zavala%20Yahami%20Seshira.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

Vlaeyen, J. W. S., Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: *A state of the art. Pain*, 85(3), 317-332. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10781906/>

Zaki, J. (2020). *The War for Kindness: Building Empathy in a Fractured World.* Crown Publishing Group. <https://www.warforkindness.com/>.

CAPÍTULO V

**REALIDADES OCULTAS: LA
EXPERIENCIA DE UN ESTUDIANTE
UNIVERSITARIO CON EL ABUSO
SEXUAL EN CUENCA**

Mauricio Xavier Zambrano Suquinagua

Carrera de Psicología Clínica

Universidad Politécnica Salesiana

<https://orcid.org/0009-0001-4966-7733>

mzambranos6@est.ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador

Pedro Andres Muñoz Arteaga

Grupo de investigación en Psicología (GIPSI-SIB)

Universidad Politécnica Salesiana

<https://orcid.org/0009-0006-6513-9654>

pmunoza@ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador

Resumen

Introducción: El abuso sexual es un problema que ha impactado profundamente a la población, generando graves consecuencias para el bienestar y la seguridad de las víctimas. Este fenómeno no solo afecta a las personas directamente involucradas, sino también a su entorno, exacerbando la vulnerabilidad psicológica y emocional de los estudiantes universitarios (Zawadzki, 2005). **Objetivo:** El estudio se centró en comprender las experiencias de los estudiantes universitarios, tanto de manera directa como indirecta, en relación con el abuso sexual. **Metodología:** Se llevó a cabo una investigación cualitativa con un enfoque fenomenológico para explorar las experiencias de abuso sexual en la población universitaria. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas, consistentes en 8 preguntas abiertas, para recolectar datos ricos y detallados sobre el tema. **Resultado:** Los análisis semánticos revelaron una prevalencia significativa de sentimientos de incomodidad y miedo entre los estudiantes que han vivido experiencias de abuso sexual. Estos factores están correlacionados con cambios en la personalidad, especialmente una tendencia a la introversión en individuos que originalmente eran extrovertidos. **Conclusión:** El abuso sexual es un desencadenante crítico de múltiples factores adversos para las víctimas. Por lo tanto, es imperativo que las universidades implementen o refuercen planes de acción que incluyan una intervención terapéutica adecuada, con el fin de apoyar a las víctimas y prevenir futuros casos.

Palabras clave: Abuso sexual, violencia sexual, estudiantes universitarios, emociones, género.

Introducción

El abuso sexual, especialmente cuando afecta a niños y adolescentes, plantea una preocupación significativa debido a la vulnerabilidad inherente de este grupo. Durante estas etapas críticas de desarrollo, los jóvenes son más susceptibles a la manipulación y persuasión, lo que amplifica las consecuencias perjudiciales tanto en la salud mental como emocional (Zawadzki, 2005). La violencia sexual deja cicatrices profundas en las víctimas, afectando gravemente su bienestar físico y psicológico. Esta experiencia, que beneficia únicamente al perpetrador, ocurre a expensas del sufrimiento de la víctima, y puede incluir desde violación hasta actos de manipulación y coerción por parte de personas cercanas o extrañas (Armijos Mora y Quezada Rueba, 2024). La desigualdad de poder entre el abusador y la víctima, junto con la manipulación emocional, facilita la perpetración de estos actos. Los efectos psicológicos del abuso sexual son profundos y a menudo se manifiestan en trastornos que impactan el progreso y bienestar emocional de los jóvenes.

Las investigaciones han mostrado una clara correlación entre el abuso sexual durante la niñez y la adolescencia y la presencia de trastornos psicológicos en etapas posteriores de la vida. Estudios longitudinales respaldan esta conexión, subrayando la importancia de un enfoque adecuado para abordar este tema. Es esencial integrar el vínculo entre el abuso sexual y los trastornos psicológicos para desarrollar intervenciones efectivas y apoyar a las víctimas en su proceso de recuperación. La investigación en este campo proporciona una base sólida para la comprensión y el abordaje de estos problemas, contribuyendo significativamente a la mejora de la salud mental de los jóvenes afectados (Manríquez-Reyes, 2023).

Para abordar las causas subyacentes de la violencia sexual de género en entornos educativos, es crucial implementar medidas de prevención efectivas que creen entornos de aprendizaje seguros y libres de violencia.

Esto incluye mejorar los mecanismos de presentación de informes y respuestas, garantizando la protección y el apoyo adecuados a las víctimas, así como fortalecer la cooperación entre el gobierno, las instituciones educativas, la sociedad civil y las comunidades locales (Agamben, 2011). Un plan nacional integral debe incluir recursos financieros y humanos suficientes, y la capacitación del personal para reconocer, evitar y abordar la violencia sexual de género, junto con la sensibilización sobre los derechos de los niños. Además, es necesario establecer procesos claros y efectivos para la denuncia y el manejo de casos de violencia sexual, garantizando la confidencialidad y brindando apoyo a las víctimas. Promover la educación en equidad de género y el respeto a la diversidad como parte integral del currículo escolar es fundamental para prevenir estos abusos. La participación activa de la sociedad civil, las comunidades y las organizaciones de derechos humanos en la prevención y seguimiento de la violencia sexual basada en el género en las escuelas también es indispensable (Capriati et al., 2019).

Para prevenir la violencia en el noviazgo, es fundamental implementar acciones de prevención que promuevan una comunicación abierta y efectiva entre las parejas, además de fomentar relaciones saludables con familiares y amigos. Es crucial adoptar formas no violentas de resolver conflictos tanto en el ámbito familiar como en las relaciones interpersonales. Un ambiente basado en la confianza, especialmente entre padres e hijos, facilita la prevención de conductas violentas. Además, promover valores como la igualdad, la tolerancia, la amistad y el respeto mutuo en las relaciones contribuye a construir una base sólida para interacciones saludables. El deporte y la actividad física también juegan un papel importante en el control de sentimientos agresivos, la ira y el resentimiento, actuando como válvulas de escape para emociones negativas (Argüelles, 2014).

Desde una perspectiva teórica, práctica y metodológica, es esencial construir un mundo en el que la violencia sexual sea completamente inaceptable, independientemente del contexto en el que se produzca. La violencia sexual es una forma de control y poder que inflige daños irreparables en las personas afectadas. La erradicación de esta violencia es un paso crucial hacia la construcción de una sociedad más justa y equitativa (Gonamigo et al., 2022).

En contextos de desplazamiento forzado, donde los sistemas de apoyo social y los mecanismos de protección se debilitan debido a los conflictos, la incidencia de abusos sexuales tiende a incrementarse, afectando de manera desproporcionada a mujeres, niñas y niños. Estos grupos vulnerables enfrentan un mayor riesgo de violencia sexual, especialmente durante la huida o en situaciones de conflicto armado, donde la violencia sexual se utiliza frecuentemente como arma de guerra (Rodríguez, 2022). En este contexto, la relevancia social de difundir protocolos que enseñen a las personas a no tolerar la violencia sexual es primordial. Estos protocolos deben enfatizar la importancia de rechazar cualquier tipo de abuso y de informar inmediatamente en caso de que ocurra, recordando que la violencia sexual es un delito grave (Capriati et al., 2019).

Los principales beneficiarios de estas iniciativas son los estudiantes universitarios que sufren de violencia sexual, sus allegados, las comunidades comprometidas en campañas contra la violencia sexual, así como los trabajadores de la salud mental y los psicólogos que desempeñan un papel crucial en el apoyo a las víctimas.

El abuso sexual se define como cualquier acto sexual no consensuado o coercitivo, que puede incluir contacto físico, verbal o visual de naturaleza sexual (Smith, 2010). Este fenómeno afecta a individuos de todas las edades, incluyendo a estudiantes universitarios, quienes, al estar inmersos en un ambiente académico, no están exentos de ser víctimas de estas agresiones. Estos estudiantes, matriculados en

instituciones de educación superior, se encuentran en un período crucial de desarrollo académico y personal, lo que aumenta la relevancia de abordar este tema (Jones, 2015).

En este contexto, las experiencias se refieren a las vivencias personales y emocionales de los estudiantes universitarios en relación con el abuso sexual (García, 2018). Estas experiencias incluyen cualquier encuentro, agresión o trauma sufrido, así como las percepciones, reacciones y consecuencias emocionales y psicológicas que resultan de dichas vivencias. Para comprender el impacto del abuso sexual en la salud mental y emocional de los estudiantes universitarios, es fundamental aplicar varias teorías psicológicas relevantes.

Una de estas teorías es la teoría del trauma, que se centra en cómo los eventos traumáticos afectan la salud mental y emocional de las personas (Martínez, 2012). En el caso del abuso sexual en estudiantes universitarios, esta teoría ayuda a entender cómo tales experiencias pueden impactar negativamente la percepción de seguridad, la autoestima y las relaciones interpersonales de las víctimas. Además, la teoría del desarrollo humano examina cómo las experiencias de vida influyen en el desarrollo a lo largo del ciclo vital (Sánchez, 2016). En el contexto del abuso sexual, esta teoría proporciona insights sobre cómo estas experiencias pueden interrumpir o alterar el desarrollo psicológico y emocional de los estudiantes universitarios.

A nivel internacional, investigaciones han centrado su atención en la recolección de datos para cuantificar los abusos sexuales en América Latina y el mundo. Según datos de las Naciones Unidas, más de 266,000 casos de abuso y violación fueron registrados entre 2006 y 2020 en países en conflicto de África, Medio Oriente y América Latina. Esta cifra, sin embargo, representa sólo una fracción de los abusos cometidos, ya que muchas víctimas prefieren no denunciar debido a la vergüenza, la falta de apoyo y la impunidad hacia los agresores, lo que desanima a las

mujeres a reportar estos casos (Alhattab, 2022). Entre 2016 y 2020, las violaciones diarias a nivel mundial aumentaron a un promedio de 71 casos por día. Además, se ha registrado que los países con rentabilidad media y baja padecen una mayor incidencia de cualquier forma de violencia sexual. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 37% de las mujeres en los países más pobres ha sido violentada de manera física o sexual por parte de su pareja sentimental en algún punto de su vida, y en algunos de estos países, la cifra aumenta al 50% de las mujeres (Pawani, 2021).

En cuanto a los objetivos del presente estudio, se busca comprender las experiencias de los estudiantes universitarios de Cuenca en relación con el abuso sexual, con el fin de desarrollar una propuesta psicológica que contribuya a disminuir la incidencia de este problema.

Metodología

Enfoque

Este estudio adoptó un enfoque cualitativo, centrado en la recolección de datos no numéricos. Este método es ideal para una comprensión profunda de las experiencias y percepciones de los participantes, utilizando procedimientos lógicos y análisis cualitativos. El enfoque cualitativo permite explorar la riqueza de significados, relaciones y contextos sociales, facilitando una interpretación general y contextualizada de los fenómenos estudiados (Piza et al., 2019).

Paradigma Sociocrítico

El estudio se enmarca en un paradigma sociocrítico, el cual se basa en una perspectiva crítica y reflexiva que no solo busca entender, sino también transformar las realidades sociales y estructurales que generan problemas específicos dentro de un contexto dado. Este enfoque va más allá de la simple descripción de los problemas sociales, involucrándose activamente en su análisis, con el objetivo de promover cambios que

mejoren las condiciones de vida de los grupos afectados (Díaz y Pinto, 2017).

Diseño de Investigación Fenomenológico

El diseño de la investigación es de tipo fenomenológico, lo que permite entender los fenómenos desde la perspectiva y punto de vista de cada sujeto involucrado. Este enfoque se fundamenta en los aportes de autores que destacan la importancia de capturar las experiencias vividas por los individuos para comprender mejor los fenómenos estudiados (Castillo et al., 2022).

Población y Muestra

El estudio se llevó a cabo con estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Politécnica Salesiana, sede Cuenca. La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, centrándose en un solo estudiante como caso de estudio. Esta elección responde a la necesidad de explorar en profundidad la experiencia particular de un individuo dentro del contexto universitario.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Se incluyeron en la investigación a estudiantes mayores de 18 años, de ambos géneros, pertenecientes al primer y segundo ciclo de la carrera de Psicología Clínica en Cuenca, y que aceptaron participar firmando un consentimiento informado. Se excluyeron aquellos estudiantes que presentaran enfermedades catastróficas, síntomas depresivos y ansiosos, o cuadros diagnósticos graves. Asimismo, se excluyó a aquellos que estuvieran en una relación sentimental, dado que estas condiciones podrían influir significativamente en las respuestas y la experiencia relatada.

Variables Sociodemográficas

Se recolectó información sociodemográfica mediante una encuesta ad hoc, que incluyó variables como la edad (18 a 24 años), sexo (masculino

o femenino), estado civil (con pareja o sin pareja) y orientación sexual (heterosexual, homosexual o bisexual).

Análisis Cualitativo

El plan de análisis cualitativo se aplicó rigurosamente a las entrevistas realizadas, siguiendo una serie de pasos detallados para garantizar una comprensión profunda de los datos recolectados.

Codificación de Primer Nivel: En la fase inicial, se llevó a cabo una lectura exhaustiva de las transcripciones de las entrevistas, con el objetivo de identificar segmentos significativos que representarán ideas, conceptos o temas importantes. Estos segmentos fueron etiquetados con códigos descriptivos que capturaron la esencia de los datos. Esta etapa exploratoria permitió familiarizarse con el contenido, comenzando a identificar patrones emergentes sin imponer una estructura rígida al análisis (Piza et al., 2019).

Codificación de Segundo Nivel (Axial): Una vez completada la codificación de primer nivel, se procedió a una codificación de segundo nivel o axial. En esta fase, se revisaron de manera más profunda y sistemática los códigos iniciales para identificar relaciones entre ellos. Códigos similares fueron agrupados y se establecieron conexiones que permitieron la construcción de categorías más amplias y comprensivas. La codificación axial fue crucial para integrar los datos dispersos en un marco más coherente, facilitando la identificación de temas y subtemas clave. Durante este proceso, se desarrolló una estructura teórica preliminar que explicó los fenómenos observados en las entrevistas (Castillo-López et al., 2022).

Construcción de Redes Semánticas: La siguiente etapa involucró la creación de redes semánticas, que son representaciones visuales diseñadas para mostrar cómo los diferentes códigos y categorías están interconectados. Este paso fue fundamental para visualizar las complejas relaciones entre los temas y subtemas identificados, y para detectar

patrones y estructuras subyacentes en los datos. Las redes semánticas facilitaron una comprensión más holística y detallada del fenómeno estudiado, ayudando a organizar los datos y a comunicar los hallazgos de manera clara y efectiva (Piza et al., 2019).

Triangulación: Finalmente, se llevó a cabo un proceso de triangulación para asegurar la validez y confiabilidad del análisis cualitativo. Este proceso incluyó la utilización de múltiples fuentes de datos, métodos, investigadores o teorías para corroborar los hallazgos. Comparando y contrastando diferentes perspectivas, se pudieron identificar posibles sesgos y asegurar que las conclusiones fueran robustas y bien fundamentadas. La triangulación aportó un nivel adicional de rigor al análisis, incrementando la credibilidad y profundidad de los resultados (Díaz y Pinto, 2017).

En resumen, el plan de análisis cualitativo aplicado a las entrevistas incluyó varias fases críticas: la codificación de primer nivel para identificar segmentos significativos; la codificación de segundo nivel o axial para establecer relaciones y construir categorías; la creación de redes semánticas para visualizar y entender estas relaciones; y la triangulación para garantizar la validez y confiabilidad de los hallazgos. Este enfoque estructurado y riguroso proporcionó una base sólida para la interpretación y presentación de los resultados.

Resultados

La Tabla 1 presenta la codificación de primer nivel obtenida en el estudio sobre abuso sexual (ABS) y las categorías relacionadas. En total, se identificaron 37 menciones distribuidas en diversas categorías y subcategorías. Cada categoría se desglosó en subcategorías con sus respectivos códigos, el número de ocurrencias (n), y el porcentaje que representaron del total de menciones.

- ~ Personalidad (PRN) fue mencionada una vez, representando el 2.7% del total.
- ~ Interacción Social (ITS) tuvo una mayor incidencia con cinco menciones, lo que equivale al 13.5%.
- ~ Extroversión (EXT) e Introversión (INT) aparecieron una vez cada una, representando el 2.7% cada una.
- ~ Miedo (MID) fue mencionado tres veces, representando el 8.1% de las menciones.
- ~ Violencia Psicológica (VPS) también fue mencionada tres veces, con el mismo porcentaje del 8.1%.
- ~ Consentimiento (CST) se registró dos veces, representando el 5.4% del total.

En términos de incomodidad, la Subcategoría Incomodidad (ICD) fue la más mencionada, con seis ocurrencias, lo que representa el 16.2% del total. Las emociones Enojo (ENJ) y Ansiedad (ASD) fueron mencionadas dos veces y una vez, respectivamente, con porcentajes de 5.4% y 2.7%.

El Entorno (ENT) y el Respeto (RPT) fueron mencionados dos veces cada uno, representando el 5.4% del total cada uno. Estrés (EST) apareció una vez, representando el 2.7%. La Confianza (CFZ) tuvo tres menciones, representando el 8.1%. La categoría Reservado (REV) fue mencionada una vez, representando el 2.7%.

Por último, Intervención Terapéutica (IVT) fue mencionada dos veces, representando el 5.4%, mientras que Relaciones Sexuales (RSX) tuvo una mención, representando el 2.7%.

En resumen, se registraron 37 menciones en total, abarcando diferentes categorías y subcategorías, lo que representa el 100% del análisis realizado (Tabla 1).

Tabla 1.

Codificación de primer nivel de las experiencias en el abuso sexual (Abierta)

CODIFICACIÓN DE PRIMER NIVEL			Total de marcas de color	
Categoría	Subcategorías	Códigos	n	%
Abuso sexual (ABS)	Personalidad	PRN	1	2,7
	Interacción social	ITS	5	13,5
	Extroversión	EXT	1	2,7
	Introversión	INT	1	2,7
	Miedo	MID	3	8,1
	Violencia psicológica	VPS	3	8,1
	Consentimiento	CST	2	5,4
	Incomodidad	ICD	6	16,2
	Enojo	ENJ	2	5,4
	Ansiedad	ASD	1	2,7
	Entorno	ENT	2	5,4
	Respeto	RPT	2	5,4
	Estrés	EST	1	2,7
	Confianza	CFZ	3	8,1
	Reservado	REV	1	2,7
	Intervención terapéutica	IVT	2	5,4
	Relaciones sexuales	RSX	1	2,7
			37	100,0

En la Tabla 2 se presentan las categorías relacionadas con el abuso sexual, desglosadas en subcategorías, junto con las coincidencias y discordancias encontradas en las respuestas de los participantes. En cuanto a la personalidad, se observó una coincidencia en que existía un choque entre las partes involucradas, ya que una persona tenía una personalidad extrovertida y la otra era más reservada e introvertida.

Respecto a la interacción social, una persona se describió como reservada al socializar, especialmente al interactuar con personas nuevas, mientras que la discordancia reveló que la otra persona tenía dificultades significativas para socializar.

En la subcategoría de extroversión, se observó que una persona tenía una personalidad claramente extrovertida, mientras que en la introversión, la otra persona se caracterizaba por ser más reservada e introvertida. En cuanto al miedo, se encontró una coincidencia al indicar que una persona se sentía atrapada en un problema, mientras que la discordancia reflejaba la falta de experiencia en relaciones sexuales. En cuanto a la violencia psicológica, se coincidió en que una persona se sentía forzada a hacer algo que no quería, mientras que la discordancia reflejaba la presión de su ex pareja para tener relaciones sexuales.

En relación con el consentimiento, ambas partes coincidieron en que una persona no se sentía completamente cómoda, mientras que la discordancia indicó que no estaba preparada para tener relaciones sexuales. En la subcategoría de incomodidad, una persona no se sintió del todo cómoda, con una discordancia que reflejaba la falta de preparación para enfrentar la situación. La categoría de enojo mostró que la persona se sentía enojada, mientras que la ansiedad se manifestó como una sensación de indefensión, como si estuviera en un problema.

Respecto al entorno, se encontró una coincidencia en que la persona se encontraba en entornos que no eran habituales para ella. En cuanto al respeto, la coincidencia indicó que la persona consideraba necesario un mínimo de respeto en sus interacciones, mientras que el estrés reveló que la persona no sabía cómo actuar y tenía muchas reservas sobre el asunto. En cuanto a la confianza, ambas partes coincidieron en la necesidad de contar con alguien de confianza, preferiblemente mayor, mientras que la discordancia indicó que la persona buscaba sentirse segura y saber cómo actuar.

En la categoría de reservado, la persona no sabía cómo actuar y tenía muchas reservas sobre la situación. En cuanto a la intervención terapéutica, la coincidencia indicó que la persona buscó acompañamiento y asistencia psicológica para tratar su caso. Finalmente, en la subcategoría de relaciones sexuales, se coincidió en que la persona se sentía presionada para tener relaciones sexuales. Cada una de estas categorías refleja las diversas perspectivas y experiencias relacionadas con el abuso sexual, evidenciando tanto las coincidencias como las discordancias en las vivencias de los participantes.

Tabla 2.

Densificación de las experiencias en el abuso sexual

Densificación				
Categoría	Subcategorías	Códigos	Coincidencias	Discordancias
Abuso sexual (ABS)	Personalidad	PRN	Chocamos en personalidad, una personalidad extrovertida	
	Interacción Social	ITS	Reservado-cuando socializamos con personas con las que recién interactuamos.	Asimismo, con lo que respecta a las interacciones le cuesta bastante
	Extroversión	EXT		Ella tenía una personalidad bastante extrovertida.
	Introversión	INT	Por mi parte, soy más reservado e introvertido.	

Abuso sexual (ABS)	Miedo	MID	Como si experimentado estuviera en un el tener problema relaciones sexuales.
	Violencia psicológica	VPS	Me estaba forzando a hacer algo que no quería. Ex que me pedía tener relaciones.
	Consentimiento	CST	No me sentía del todo cómodo No estaba preparado para hacerlo
	Incomodidad	ICD	En ese momento no me sentí del todo cómodo- Incómodo. Que no estaba preparado para hacerlo.
Abuso sexual (ABS)	Enojo	ENJ	Enojado.
	Ansiedad	ASD	Sobre todo, indefenso como si estuviera en un problema.
	Entorno	ENT	Entornos que para mí no son habituales
	Respeto	RPT	Ya que todos necesitamos al menos un poco de respeto.
Abuso sexual (ABS)	Estrés	EST	No sabía cómo actuar, tengo mucha reserva acerca de ello.

Confianza	CFZ	Contar a alguna persona de mi Se sienta entera confianza seguro, sepa y que sea mayor cómo actuar. a mí
Reservado	REV	No sabría cómo actuar, tengo mucha reserva acerca de ello.
Intervención terapéutica	IVT	Que busque acompañamiento y que asista a un psicólogo que le ayude en su caso.
Relaciones sexuales	RSX	Presionado para tener relaciones sexuales.

Tabla 3 presenta una codificación de segundo nivel derivada de la codificación inicial sobre abuso sexual (ABS), donde se identificaron diversas categorías y subcategorías que reflejan distintos aspectos emocionales y psicológicos asociados con la experiencia de las víctimas.

En la categoría de Personalidad, se destacó una diferencia notable en el estilo personal entre las personas involucradas. La víctima presentaba una personalidad extrovertida, en contraste con la reserva e introversión del hablante. Esta disparidad en los temperamentos complicó la interacción, especialmente en situaciones sociales nuevas.

La Extroversión de la víctima se vio negativamente afectada por la experiencia de abuso, manifestándose en formas de ansiedad y sentimientos de vulnerabilidad, como si estuviera enfrentando un problema sin solución aparente. En contraste, la Introversión del hablante se vio impactada por la violencia psicológica sufrida, sintiéndose forzado a

realizar acciones en contra de su voluntad, como el insistente pedido de tener relaciones sexuales por parte de su expareja.

Miedo e incomodidad fueron emociones prevalentes durante la experiencia traumática, intensificadas por la ansiedad y la falta de preparación para afrontar la situación. Estos sentimientos se mezclaron con Enojo, surgido como respuesta al trato irrespetuoso que se experimentó durante el evento traumático.

La falta de Confianza en entornos poco habituales también contribuyó a aumentar el Estrés y la sensación de presión para participar en relaciones sexuales no deseadas. Estos sentimientos se vieron exacerbados por la percepción de la víctima de no contar con un entorno seguro o de apoyo.

En cuanto a la Intervención Terapéutica, se sugiere buscar apoyo profesional para manejar las secuelas emocionales del abuso, incluyendo la asistencia de un psicólogo especializado. Es fundamental que la víctima cuente con el apoyo de personas de confianza, preferiblemente mayores, para sentirse segura y recibir la orientación necesaria para enfrentar y procesar la experiencia traumática.

La codificación de segundo nivel destacada en la Tabla 3 subraya la complejidad emocional y psicológica de las víctimas de abuso sexual. Resalta la necesidad de intervenciones especializadas y un apoyo adecuado para abordar las repercusiones a largo plazo en la salud mental y emocional de los afectados.

Tabla 3.

Codificación de segundo nivel en las experiencias en el abuso sexual

CODIFICACIÓN DE PRIMER NIVEL						
Categoría	Subcategorías	Códigos	Cambios	Subcategoría Final	Recodificación	Frases
Abuso sexual (ABS)	Personalidad	PRN	Personalidad	Personalidad	PEI	Chocamos en personalidad, una personalidad extrovertida. Ella tenía una personalidad bastante extrovertida. Por mi parte, soy más reservado e introvertido. No sabría cómo actuar, tengo mucha reserva acerca de ello.
	Interacción Social	ITS	Interacción social	Interacción social	ITS	Reservado-cuando socializo-estamos con personas con las que recién interactuamos. Asimismo, con lo que

						respects a las interacciones le cuesta bastante.
	Extroversión	EXT	Personalidad	Ansiedad	ANM	Como si estuviera en un problema. No había experimentado el tener relaciones sexuales. Sobre todo indefenso como si estuviera en un problema.
	Introversión	INT	Personalidad	Violencia psicológica	VPS	Me estaba forzando a hacer algo que no quería. Ex que me pedía tener relaciones.
Abuso sexual (ABS)	Miedo	MID	Ansiedad	Consentimiento	CTS	No me sentía del todo cómodo. No estaba preparado para hacerlo.
	Violencia psicológica	VPS	Violencia psicológica	Incomodidad	ICD	En ese momento no me sentí del todo cómodo-Incómodo. Que no

						estaba preparado para hacerlo.
	Consentimiento	CST	Consentimiento	Enojo	ENJ	Enojado.
	Incomodidad	ICD	Incomodidad	Entorno	ENT	Entornos que para mí no son habituales.
	Enojo	ENJ	Enojo	Respeto	RPT	Ya que todos necesitamos al menos un poco de respeto.
Abuso sexual (ABS)	Ansiedad	ASD	Ansiedad	Estrés	EST	No sabría cómo actuar, tengo mucha reserva acerca de ello.
	Entorno	ENT	Entorno	Confianza	CFZ	Contar a alguna persona de mi entera confianza y que sea mayor a mí. Se sienta seguro, sepa cómo actuar.

	Respeto	RPT	Respeto	Intervención terapéutica	IVT	Que busque acompañamiento y que asista a un psicólogo que le ayude en su caso.
	Estrés	EST	Estrés	Relaciones sexuales	RSX	Presionado para tener relaciones sexuales.
Abuso sexual (ABS)	Confianza	CFZ	Confianza			
	Reservado	REV	Personalidad			
	Intervención terapéutica	IVT	Intervención terapéutica			
Abuso sexual (ABS)	Relaciones sexuales	RSX	Relaciones sexuales			

La tabla reflejó un proceso de refinamiento y consolidación de las categorías y subcategorías, con el fin de capturar mejor las percepciones y experiencias de las víctimas de abuso sexual. Este proceso se enriqueció con frases que ilustraron las observaciones y revelaron la complejidad de las respuestas emocionales y psicológicas.

El diagrama visualizó los efectos y experiencias relacionadas con el abuso sexual, destacando las múltiples consecuencias que se desencadenaron en la vida de la víctima. Inicialmente, la víctima experimentó una profunda incomodidad y sentimientos de enojo, derivados de la necesidad no satisfecha de respeto y la coacción para participar en relaciones sexuales en situaciones para las cuales no estaba preparada. El respeto, una necesidad fundamental, se vio gravemente comprometido por las relaciones sexuales forzadas, lo que amplificó el daño emocional.

A nivel emocional, la víctima reconoció que no estaba preparada para las relaciones sexuales, lo que generó sentimientos de temor y ansiedad. Esta presión constante por parte de su entorno intensificó su ansiedad, que a su vez se manifestó en forma de estrés. Este estrés contribuyó a una incapacidad para actuar adecuadamente en diversas situaciones sociales, lo que limitó significativamente su capacidad para manejar sus emociones y relaciones interpersonales.

En términos de interacción social, la víctima desarrolló un déficit en su capacidad de socialización. La experiencia traumática alteró su personalidad, haciendo que pasara de ser extrovertida a volverse más reservada e introvertida. Esta transformación afectó su capacidad para confiar en otras personas, especialmente en situaciones íntimas, erosionando significativamente la confianza que una vez había sido una característica prominente de su personalidad.

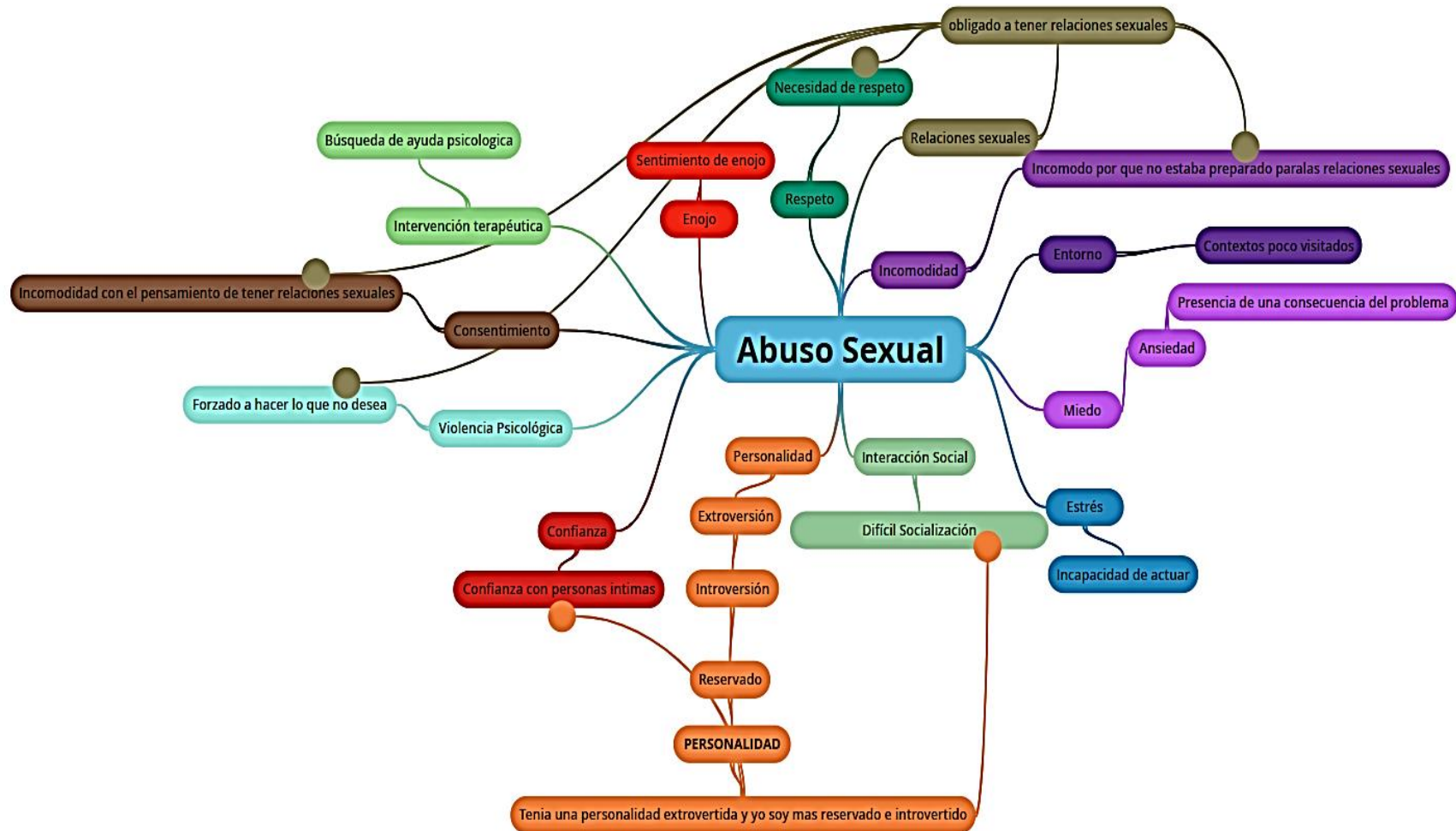
Además, la víctima experimentó una presión psicológica significativa, sintiéndose forzada a realizar actos que no deseaba. Esta presión

incrementó su necesidad de intervención terapéutica, impulsándola a buscar ayuda psicológica para manejar las secuelas del abuso. La intervención terapéutica se convirtió en un elemento crucial para ayudar a la víctima a lidiar con los sentimientos de enojo y a reconstruir su sentido de consentimiento, que había sido gravemente afectado por la violencia psicológica sufrida.

En síntesis, el abuso sexual tuvo un impacto profundo y multidimensional en la víctima, afectando su bienestar emocional, su capacidad para interactuar socialmente y su personalidad. La intervención terapéutica y el apoyo psicológico fueron esenciales en su proceso de recuperación, ayudando a restaurar un sentido de normalidad en su vida y facilitando la reconstrucción de su identidad y autonomía.

Figura 1.

Red semántica de las experiencias en el abuso sexual.



En la triangulación metodológica se compararon las interpretaciones realizadas por dos revisores sobre diversos aspectos del desarrollo del lenguaje en contextos médicos y psicológicos específicos. Cada revisor proporcionó observaciones detalladas, respaldadas por citas relevantes.

En el análisis de la personalidad, se encontró una discordancia entre las personalidades de los individuos involucrados. El primer revisor observó un choque de personalidades, destacando que una de las partes tenía una personalidad extrovertida, mientras que él se consideraba más reservado e introvertido. El segundo revisor coincidió en describir a la otra persona como bastante extrovertida, y a sí mismo como más reservado e introvertido. La interpretación de estas observaciones sugiere que la personalidad extrovertida se caracteriza por la sociabilidad y la energía en entornos grupales, mientras que la personalidad introvertida se enfoca en la reflexión interna y obtiene energía de la soledad y las actividades tranquilas. Las personas extrovertidas tienden a buscar un contacto intenso con el mundo exterior, mientras que los introvertidos suelen dirigir su atención hacia su mundo interior (Jung, 1920).

En cuanto a la incomodidad, el primer revisor manifestó que no estaba preparado para la situación, mientras que el segundo revisor expresó que en ese momento no se sintió del todo cómodo. La interpretación de esta sensación sugiere que la incomodidad es un malestar o inquietud provocado por situaciones desconocidas, estresantes o incómodas, lo que genera una reacción física o emocional negativa.

Respecto al miedo, ambos revisores indicaron no haber tenido experiencia previa en relaciones sexuales. El primer revisor señaló que no había experimentado tener relaciones sexuales, y el segundo revisor también afirmó que no había vivido tal situación. La interpretación del miedo lo describe como una emoción intensa de alarma y aprehensión ante un peligro real o percibido, que provoca reacciones físicas y mentales destinadas a evitar el daño o enfrentar la amenaza. El miedo es una

respuesta emocional a las amenazas, y es crucial en el estudio de la salud física y psicológica de las personas (Hernández-Pozo et al., 2009).

En cuanto a la violencia psicológica, el primer revisor comentó que se sentía forzado a hacer algo que no deseaba, mientras que el segundo revisor mencionó que le pidieron tener relaciones, lo que le hizo sentir que estaba siendo coaccionado. La interpretación de estas observaciones indica que la violencia psicológica es una forma de abuso emocional y mental que incluye manipulación, intimidación, humillación y control, perjudicando la autoestima y el bienestar psicológico de la víctima. Este tipo de violencia afecta negativamente el desarrollo emocional mediante conductas repetitivas como ridiculizar, insultar, denigrar, amenazar y asustar, lo que puede tener consecuencias duraderas en la salud mental (Ayala Carrillo, 2015).

En términos de interacción social, el primer revisor se refirió a entornos que no le resultaban habituales, mientras que el segundo revisor señaló que esto sucedía principalmente cuando socializaba con otros. La interpretación sugiere que la interacción social es el proceso mediante el cual las personas se comunican, se relacionan y actúan entre sí, intercambiando información, emociones y comportamientos en diferentes contextos. Es un conjunto de influencias recíprocas que se desencadenan cuando dos o más personas están en presencia física inmediata, y estas interacciones pueden ser particularmente difíciles en situaciones de abuso o trauma (Gonnet, 2020).

En relación con la ansiedad, el primer revisor describió sentirse indefenso y como si estuviera en un problema, mientras que el segundo revisor coincidió al expresar que se sentía como si estuviera en una situación problemática. La interpretación define la ansiedad como una emoción caracterizada por sentimientos de tensión, preocupación y miedo, acompañada de síntomas físicos como aumento del ritmo cardíaco, sudoración y temblores, ante situaciones percibidas como amenazantes.

La ansiedad es una reacción emocional anticipatoria que, si es elevada y persistente, puede interferir significativamente en la capacidad de una persona para superar dificultades y gestionar situaciones de estrés (Torrents et al., 2013).

Respecto al respeto, ambos revisores coincidieron en la necesidad fundamental de tener al menos un mínimo de respeto, especialmente cuando se interactúa con personas con las que se tiene un primer contacto. La interpretación del respeto lo define como la valoración y consideración positiva hacia los derechos, sentimientos y opiniones de los demás, manifestada a través de actitudes y comportamientos que reconocen la dignidad y el valor de cada individuo. El respeto puede ser de dos tipos: valorativo, que aprecia los atributos estables de una persona, y de reconocimiento, que implica valorar adecuadamente los rasgos de las personas o sus obras y actuar en consecuencia (Rodríguez-Burgos et al., 2017).

Finalmente, en cuanto a la intervención terapéutica, ambos revisores sugirieron que se buscará acompañamiento y asistencia psicológica para tratar el caso. La interpretación indica que la intervención psicológica consiste en un conjunto de técnicas y estrategias aplicadas por profesionales de la psicología para evaluar, prevenir y tratar problemas emocionales, conductuales y mentales, con el objetivo de mejorar el bienestar y la salud mental del individuo. En instituciones de salud, se busca integrar acciones psicoterapéuticas en el tratamiento integral de los pacientes, previniendo reacciones emocionales asociadas a eventos médicos y mitigando el impacto de trastornos mentales establecidos (Pimentel-Nieto et al., 2013).

Tabla 4.

Triangulación metodológica de las experiencias en el abuso sexual.

Triangulación metodológica			
Categoría: Desarrollo del lenguaje			
<u>Subcategoría</u>	<u>Resultados</u>		<u>Interpretación</u>
	Revisor 1	Revisor 2	
Personalidad	Chocamos en personalidad, una personalidad extrovertida. Por mi parte soy más reservado e introvertido	Ella tenía una personalidad bastante extrovertida. Por mi parte, soy más reservado e introvertido.	La personalidad extrovertida se caracteriza por la sociabilidad y energía en entornos grupales. La introvertida, en cambio, se enfoca en la reflexión interna y obtiene energía de la soledad y actividades tranquilas. Una persona extrovertida busca tener un contacto profundo con el mundo exterior, mientras que un introvertido tiende a enfocar su energía mental en su mundo interior. (Jung, 1920).

Incomodidad

Que no estaba preparado para hacerlo.

En ese momento no me sentí del todo cómodo

La incomodidad es una sensación de malestar o inquietud, a menudo causada por situaciones incómodas, desconocidas o estresantes, que generan una reacción física o emocional negativa en la persona.

Miedo

Todavía no había experimentado el tener relaciones sexuales

No había experimentado el tener relaciones sexuales

El miedo es una emoción intensa de alarma y aprehensión ante un peligro real o percibido, provocando reacciones físicas y mentales que buscan evitar el daño o enfrentar la amenaza. El miedo es una reacción emocional ante las amenazas, y su estudio es crucial porque, al ser un evento disposicional, altera la probabilidad de ciertas conductas y puede tener repercusiones en la salud física y mental de las personas (Hernández-Pozo et al.,

2009).

El miedo es una emoción intensa de alarma y aprehensión ante un peligro real o percibido, provocando reacciones físicas y mentales que buscan evitar el daño o enfrentar la amenaza.

La violencia psicológica es el abuso emocional y mental que incluye manipulación, intimidación, humillación y control, causando daño a la autoestima y bienestar psicológico de la víctima, sin necesidad de agresión física. Cualquier acción que impacte negativamente en el desarrollo emocional de una persona, ya sea a través de la omisión o la repetición de ciertos comportamientos. Por ejemplo: burlarse, insultar, despreciar,

Violencia psicológica

Me estaba forzando a hacer algo que no quería.

Me pidió tener relaciones, sentía que me estaba forzando a hacer algo que no quería.

denigrar, amenazar, intimidar, etc. (Ayala, 2015).

Interacción social

Entornos que para mí no son habituales.

Si cuando socializo con otros.

La interacción social es el proceso mediante el cual las personas se comunican, se relacionan y actúan entre sí, intercambiando información, emociones y comportamientos en diferentes contextos y situaciones sociales. La interacción social se refiere al conjunto de influencias mutuas que ocurren en cualquier situación donde dos o más personas están físicamente presentes (Gonnet, 2019).

Ansiedad

Sobre todo indefenso, como si estuviera en un problema.

Como si estuviera en un problema.

La ansiedad es una emoción caracterizada por sentimientos de tensión, preocupación y miedo, acompañada de síntomas físicos como aumento del ritmo cardíaco, sudoración y temblores, ante situaciones percibidas como amenazantes. La ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de un peligro o amenaza, que se caracteriza por anticipar, activar y facilitar la respuesta del individuo. No obstante, cuando la ansiedad es elevada y persistente, puede dificultar la capacidad del individuo para superar las dificultades, situaciones o entornos que la provocan. (Torrents et al., 2013).

Respeto

Necesitamos al menos un poco de respeto sobre todo cuando estamos con personas con las que recién estamos interactuando.

Necesitamos al menos un poco de respeto sobre todo cuando estamos con personas con las que recién estamos interactuando.

El respeto es la valoración y consideración positiva hacia los derechos, sentimientos y opiniones de los demás, manifestada a través de actitudes y comportamientos que reconocen la dignidad y el valor de cada individuo. El respeto puede entenderse desde dos perspectivas diferentes. La primera es desde el grado de excelencia que se atribuye a una persona, es decir, una manera de apreciar ciertos atributos en algunas personas y no en otras, lo cual depende directamente de las virtudes percibidas como rasgos estables en su forma de ser. Este tipo de respeto se denomina respeto valorativo. La segunda perspectiva concibe el respeto como

reconocimiento, que implica una disposición a considerar seriamente y ponderar adecuadamente, bajo las propias deliberaciones, algún rasgo de las personas o de sus obras, y actuar en consecuencia de ello.

Intervención terapéutica	Que busque acompañamiento y que asista a un psicólogo que le ayude a tratar su caso.	Que busque acompañamiento y que asista a un psicólogo que le ayude a tratar su caso.
--------------------------	---	---

La intervención psicológica es un conjunto de técnicas y estrategias aplicadas por profesionales de la psicología para evaluar, prevenir y tratar problemas emocionales, conductuales y mentales, mejorando el bienestar y la salud mental del individuo. La intervención psicológica en las instituciones de salud se define como los procedimientos aplicados en este contexto con el propósito de integrar acciones psicoterapéuticas en el tratamiento integral de los pacientes. Esto abarca la identificación y prevención de reacciones emocionales asociadas con eventos médicos y situaciones de riesgo psicosocial, además de mitigar las consecuencias que

afectan el evento médico en casos donde existe un trastorno mental establecido. (Pimentel-Nieto et al., 2013).

Discusión

La personalidad es un componente esencial en la psicoterapia, especialmente en casos de abuso sexual. La mayoría de las investigaciones se han centrado en el estudio de la personalidad de las personas que han sufrido este tipo de experiencias. Sin embargo, es crucial también reconocer e identificar el tipo de personalidad que debe tener el terapeuta al abordar estos casos, incluyendo una actitud empática, asertiva y, sobre todo, una disposición para la escucha activa y una modulación de voz adecuada (Isaza y Ocampo, 2015). En cuanto a los pacientes, a menudo se evidencian trastornos de la personalidad que varían según el grado de complejidad y la experiencia vivida por el individuo (Manríquez-Reyes, 2023). Además, el abuso sexual puede estar vinculado a rasgos de personalidad como la necesidad de control, falta de empatía y tendencias antisociales, características que pueden influir en la propensión a cometer actos abusivos y en la forma en que estos comportamientos son percibidos y justificados.

Las consecuencias de la complicidad y la negligencia ante el abuso sexual pueden dar como resultado experiencias extremadamente traumáticas para cualquier niño o adolescente, con el riesgo adicional de que muchos casos de abuso no sean denunciados debido a la incomodidad de hacerlo. Esta falta de denuncias deja a los niños, niñas y adolescentes víctimas sin protección y expuestos a mayores daños (Polanco y Crisania, 2022). Esto puede estar relacionado con el hecho de que la sexualidad sigue siendo un tabú, a menudo asociado con connotaciones negativas y generando incomodidad (Noriega, 2022). De aquí surge la importancia del rol de los adultos en la vida de los adolescentes, y cómo su desempeño puede facilitar o dificultar la participación de los jóvenes, promoviendo la escucha activa y valorando sus experiencias, incluso cuando éstas generen rechazo o incomodidad (Capriati et al., 2019).

La violencia psicológica incluye actitudes no físicas que, sin embargo, causan daño psicológico, moral y social en una relación (Grassi et al., 2022). Por otro lado, la violencia sexual va más allá de la violación o la penetración vaginal o anal, e incluye cualquier acto no consentido en el contexto sexual, afectando tanto a mujeres como a hombres (Bonamigo et al., 2022). En este sentido, la violencia psicológica y el abuso sexual están intrínsecamente conectados, ya que los estudios han demostrado que el abuso sexual suele ir acompañado de un malestar psicológico significativo.

En una investigación realizada en Nueva Zelanda con 301 mujeres de entre 18 y 44 años, se determinó que la prevalencia de abuso sexual intrafamiliar (ASI) era del 13%. Este fenómeno se correlacionó con un aumento en la incidencia de trastornos mentales en la adultez, particularmente en síntomas de depresión, bulimia y trastorno de ansiedad generalizada (Rodríguez y García-Alandete, 2023). La presencia de ansiedad es notable después de la experiencia de abuso, actuando como un mecanismo de defensa. Esta emoción no solo afecta a la víctima, sino también a su entorno familiar, especialmente a los padres (Barrientos et al., 2023). El abuso sexual se asocia consistentemente con una variedad de condiciones psicopatológicas, incluyendo la internalización (ansiedad y depresión) y la externalización (Pineda et al., 2023).

Las personas que han compartido su caso de abuso sexual con un psicoterapeuta han reportado que esta acción ha sido de gran ayuda, especialmente en aquellos casos donde el abuso había sido reprimido y mantenido en secreto durante mucho tiempo (Manríquez-Reyes, 2023). El uso de Dispositivos Creativos Colaborativos (DCC) como mediadores en los procesos de resignificación narrativa de la identidad en mujeres sobrevivientes ha sido fundamental para la emergencia de narrativas alternativas. La investigación sugiere que los entornos colectivos, facilitados mediante estrategias narrativas y experiencias artísticas,

promueven procesos de transformación personal a través del apoyo mutuo, la solidaridad y la sororidad (Barrientos et al., 2023). La intervención terapéutica debe estar dirigida tanto a la persona afectada como a su familia, siendo imprescindible la terapia familiar para garantizar que la persona afectada cuente con una red de apoyo sólida (Echeburúa y Guerrica echevarría, 2011).

El abuso sexual contra menores también conlleva maltrato y humillaciones, tanto físicas como emocionales. Uno de los principales desafíos al abordar este problema es la identificación incompleta de los factores psicosociales que lo rodean. Además, el sexting representa un riesgo significativo para el ajuste psicosocial de individuos, especialmente niños y adolescentes. Los comportamientos de riesgo asociados con esta práctica incluyen conductas sexuales a una edad temprana, lo que puede tener consecuencias graves para el desarrollo emocional y social de los jóvenes (Resett, 2021).

Conclusiones

Entre los hallazgos más relevantes de este estudio, se encontró que la mayoría de los estudiantes universitarios están informados sobre el tema del abuso sexual. Además, algunos han tenido experiencias directas o indirectas con este problema, ya sea como víctimas o testigos. A pesar de este conocimiento y experiencia, muchos estudiantes aún perciben una falta de recursos y apoyo necesarios para abordar adecuadamente estas situaciones. Este hallazgo destaca la urgente necesidad de implementar programas de apoyo más efectivos en las universidades para ayudar a prevenir el abuso sexual.

La comprensión del comportamiento y la prevención del abuso sexual entre los estudiantes universitarios subraya la importancia de la concienciación como una herramienta clave para la prevención. Una mayor conciencia puede influir significativamente en la percepción de seguridad y bienestar de los estudiantes en el campus.

Como implicación práctica de estos hallazgos, se recomienda que los profesionales y las comunidades universitarias adopten un enfoque integral para abordar el abuso sexual. Es crucial implementar programas en las universidades que informen a los estudiantes sobre el abuso sexual, sus consecuencias y las formas de prevención. Además, las universidades deben establecer y fortalecer redes de apoyo, creando un entorno en el que los estudiantes se sientan seguros al denunciar sus casos.

Una de las limitaciones más importantes de este estudio es que la intervención se realizó solo en una universidad, por lo que no se tiene conocimiento de cómo se maneja el problema en otros contextos universitarios. Además, pueden existir sesgos en las entrevistas, dado que el entorno en el que se realizaron no era completamente seguro.

Se sugiere como área de estudio futuro investigar el índice de efectividad de los programas contra el abuso sexual en las universidades y evaluar si los espacios de apoyo son adecuados para reportar este tipo de casos. Otro campo de investigación crucial es el impacto del abuso sexual en la salud mental y el rendimiento académico de los estudiantes, con el objetivo de desarrollar intervenciones más efectivas.

Finalmente, es fundamental reconocer y abordar el abuso sexual en los entornos universitarios. Los hallazgos subrayan que, aunque muchos estudiantes están conscientes del problema y algunos han tenido experiencias directas o indirectas con el abuso sexual, existe una necesidad urgente de fortalecer los recursos, el apoyo y la educación en las universidades. La colaboración entre estudiantes, personal universitario y organizaciones especializadas es esencial para construir una cultura de respeto, protección y bienestar para todos los miembros de la comunidad universitaria.

Referencias

Ayala Carrillo, M. del R. (2015). Violencia escolar: un problema complejo. *Ra Ximhai*, 11(4), 493-509. <https://doi.org/10.35197/rx.11.04.2015.04.ma>

Barrientos, M. G., García-Quiroga, M., Pedrosa, T. B., & Taibo, L. C. (2023). Violencias sexuales, trauma psíquico y reparación. *Psicoperspectivas*, 22(3), 1-7. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol22-issue3-fulltext-3096>

Bonamigo, V., Gomes, F., Gessner, R., & Cubas, M. (2022). Violencia física, sexual y psicológica. *Universidad Federal do Paraná*. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.86883>

Capriati, A., Kornoblit, A., Camarotti, A., & Wald, G. (2019). Abordaje integral y comunitario frente al abuso sexual infante-adolescente. Recuperado de <https://prevencionabusosexual.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/143/2018/05/3-Modelo-de-intervencion.pdf>

Echeburúa, E., & Guerrica echevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Behavioral Psychology = Psicología Conductual*, 19(2), 469-486. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.04.005>

Grassi, V., Gomes, F., Gessner, R., & Regina, M. (2022). Violencia física, sexual y psicológica según. *Universidad Federal de Paraná*. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.86883>

Gonnet, J. P. (2019). ¿Por qué la interacción? Una reconstrucción de los escritos tempranos de Erving Goffman. *Revista reflexiones*, 99(1), 168-188. <https://doi.org/10.15517/rr.v99i1.35308>

Hernández-Pozo, M. del C., & Pineda-Espejel, H. A. (2009). Validación de una lista de miedos en población mexicana. *Acta colombiana de psicología*, 12(1), 97-105. <https://doi.org/10.14718/ACP.2009.12.1.10>

Isaza, L. V., & Ocampo Otálvaro, L. E. (2015). Personalidad y competencias del psicoterapeuta de niños, niñas y adolescentes que han vivido experiencias de abuso sexual: revisión teórica. *Informes Psicológicos*, 15(2), 93-110. <https://doi.org/10.18566/infpsicv15n2a05>

Manríquez-Reyes, K. (2023). Contenidos de cambio y estancamiento en psicoterapias humanistas con adultos que han vivido abuso sexual infantil. *Psicoperspectivas*, 22(3), 1-14. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol22-issue3-fulltext-2975>

Morales-Fonseca, A., Salas-Blas, E., & Gamarra-Díaz, F. (2023). Rasgos de personalidad asociados a la violencia sexual. *Revista de Psicología Clínica*, 34(1), 45-60. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2023.01.007>

Noriega, R. (2022). Aproximación a las raíces de los abusos sexuales en el seno de la Iglesia Católica. *Universidad de Deusto*. <https://doi.org/10.18563/deusto.2022.001>

Pimentel-Nieto, D., Morales-Carmona, F., Sánchez-Bravo, C., & Meza-Rodríguez, P. (2013). Intervención psicológica institucional oportuna en pacientes embarazadas con diabetes mellitus. *Perinatología y reproducción humana*, 27(2), 98-105. [https://doi.org/10.1016/S0187-5337\(13\)70008-6](https://doi.org/10.1016/S0187-5337(13)70008-6)

Pineda, D., Muris, P., Martínez-Martínez, A., & Piqueras, J. A. (2023). Prevalencia del abuso sexual infantil en España: un estudio de encuesta. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 15(2), 83-88. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2023a9>

Polanco, P., & Crisania, E. (2022). Optimización del proceso de denuncias de abuso infantil en la República Dominicana: asistencia mediante aplicación “Radar social”. Santo Domingo: *Universidad Iberoamericana (UNIBE)*. <https://doi.org/10.18225/UNIBE.2022.001>

Resett, S. (2021). El sexting y sus implicancias en la adolescencia: análisis desde la psicología del desarrollo. *Revista de Psicología y Educación*, 15(1), 23-35. <https://doi.org/10.18800/psico.202101.002>

Torrents, R., Ricart, M., Ferreiro, M., López, A., Renedo, L., Lleixà, M., & Ferré, C. (2013). Ansiedad en los cuidados: una mirada desde el modelo de Mishel. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 60-64. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962013000100013>

Zawadzki, N. (2005). Abuso sexual en la infancia y adolescencia: revisión bibliográfica. *Pediatría (Asunción)*, 32(2), 35-44. [https://doi.org/10.1016/S1683-9803\(05\)70005-8](https://doi.org/10.1016/S1683-9803(05)70005-8)

Índice de autores

C

Cañizares Jarrin María Lorena

Universidad de Politécnica Salesiana

lcantizares@ups.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0002-6021-2649>

Cuenca, Ecuador

L

Loja Villazhiñay Ana Karina

Universidad Politécnica Salesiana

<https://orcid.org/0009-0008-4200-7098>

aloja@ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador.

M

Merchán Rodríguez Paulina Yamile

Universidad Politécnica Salesiana

<https://orcid.org/0000-0002-1547-0537>

pmerchanr@est.ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador

Muñoz Arteaga Pedro Andres

Universidad Politécnica Salesiana

<https://orcid.org/0009-0006-6513-9654>

pmunoz@ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador

Muñoz Santander Marshal Nazira

Universidad Politécnica Salesiana

<https://orcid.org/0009-0000-9028-7225>

mmunozs7@est.ups.edu.ec

Cuenca, Ecuador.

P

Pulgarin Campozano Kayla Stephanie

Universidad Politécnica Salesiana
<https://orcid.org/0009-0002-8753-0786>
kpulgarin@est.ups.edu.ec
Cuenca, Ecuador.

Q

Quito Calle Jessica Vanessa

Universidad de Politécnica Salesiana
<https://orcid.org/0000-0002-1428-5081>
jquito@ups.edu.ec
Cuenca, Ecuador

R

Ramirez Coronel Andres Alexis

Universidad de Politécnica Salesiana
<https://orcid.org/0009-0007-3493-6519>
aramirezcl@ups.edu.ec
Cuenca, Ecuador

S

Saquicela Ochoa Omar Francisco

Universidad Politécnica Salesiana
<https://orcid.org/0009-0001-6739-4257>
osaquicela@ups.edu.ec
Cuenca, Ecuador

Sucozhañay Idrovo Juan Carlos

Universidad Politécnica Salesiana
<https://orcid.org/0009-0009-6541-470X>
jsucozhanay@est.ups.edu.ec
Cuenca, Ecuador.

Z

Zambrano Suquinagua Mauricio Xavier

Universidad Politécnica Salesiana
<https://orcid.org/0009-0001-4966-7733>
mzambranos6@est.ups.edu.ec
Cuenca, Ecuador



REDLIC
Red Editorial
Latinoamericana de
Investigación Contemporánea

AVANÇES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA:

EXPLORANDO LA INVESTIGACIÓN
CUALITATIVA EN MADRES, ADULTOS
MAYORES Y PACIENTES CON ALZHEIMER

Tomo I

Avances en Psicología Clínica: Explorando la Investigación Cualitativa en Madres, Adultos Mayores y Pacientes con Alzheimer. Tomo 1

Esta publicación representa una exploración de las dimensiones profundas de la existencia humana y resume las experiencias, emociones y adversidades a las que se enfrentan tres grupos demográficos que merecen una atención particular en la psicología clínica: las madres, las personas mayores y los pacientes con Alzheimer. A través de metodologías cualitativas meticulosamente elaboradas, este trabajo académico aclara los componentes subjetivos y que con frecuencia se pasan por alto de sus realidades cotidianas.

Desde las implicaciones de la maternidad en la salud psicológica hasta las transformaciones emocionales asociadas con el envejecimiento y las complejidades del tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, los capítulos presentan un punto de vista sólido y multifacético. Los lectores descubrirán investigaciones basadas en entrevistas, críticas narrativas y estudios de casos reales que ilustran cómo estas poblaciones enfrentan y superan sus desafíos, aportando información esencial sobre la práctica clínica y el desarrollo de políticas de apoyo.

Al hacer una contribución sustancial a la comprensión de la salud mental desde una perspectiva cualitativa, este tomo sirve como una invitación a la contemplación y a la participación proactiva, y es aplicable tanto a académicos y estudiantes como a profesionales del campo de la salud mental. Este trabajo trasciende la mera recopilación de los resultados de las investigaciones; encarna un llamamiento a la empatía y a la adopción de medidas prácticas destinadas a mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional de los segmentos más vulnerables de la sociedad.

Red Editorial Latinoamericana de Investigación Contemporánea

ISBN: 978-9942-659-17-0

