

**UNIVERSIDAD RAFAEL URDANETA**  
**VICERECTORADO ACADÉMICO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS, ADMINISTRATIVAS Y SOCIALES**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**DERECHOS RESERVADOS**

**SOBRECARGA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN CUIDADORES  
INFORMALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

**Trabajo Especial de Grado presentado por:**

**Arandia Aldana, Marioxi Coromoto**

**Partidas Sosa, Fabiola Carolina**

**Tutor: Psic. Audio Ortigoza**

**Maracaibo, Mayo 2015**

DERECHOS RESERVADOS

**SOBRECARGA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN CUIDADORES  
INFORMALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

Trabajo de Grado para optar al  
Título de Psicólogo, presentado  
por:

---

Arandia Aldana, Marioxi Coromoto

C.I V- 21.207.245

---

Partidas Sosa, Fabiola Carolina

C.I V- 22.480.245

## DEDICATORIA

*Este Trabajo Especial de Grado va dedicado en primer lugar a Mis Padres y Hermana, por estar incondicionalmente para mí, por su apoyo, ayuda, tiempo y comprensión, son ustedes quienes en parte y de diferentes maneras me impulsaron a lograr mis metas y objetivos.*

*A Dios por bendecirme durante este largo proceso, iluminando mi mente en cada uno de los momentos difíciles, por mostrarme día a día que con humildad, paciencia y sabiduría todo es posible.*

*A Mi Familia, por creer siempre en mí.*

*Este trabajo va dedicado a ustedes,*

*Fabiola Partidas*

## AGRADECIMIENTO

*Agradezco siempre a Dios, por bendecirme y acompañarme siempre en este largo proceso, iluminando mi mente en cada uno de los momentos difíciles.*

*A mis Padres, quienes han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, gracias por hacer de mí lo que hasta ahora y agradecidamente soy, sin ustedes muchos de mis logros no hubiesen sido culminados; a mi Hermana, por ser mi compañera de vida. ¡Los Amo!*

*A mi Familia, gracias por creer en mí.*

*A mi compañera de tesis Marioxi Arandía, agradezco tu paciencia en momentos de indecisiones, tu ayuda y amistad.*

*A mis Amigos y Colegas, por confiar en mí, por estar y compartir juntos durante este largo proceso, con ustedes ¡Todo fue más llevadero!.*

*A mi Tutor Metodológico y Tutores Académicos, de alguna manera gracias por su paciencia y conocimientos brindados, durante este y todo el proceso de aprendizaje.*

*Gracias a ustedes por no solo ayudarme en gran manera a concluir el desarrollo de mis metas y objetivos, si no por todos los buenos e incluso no tan buenos momentos que pase durante este proceso y donde ustedes estuvieron.*

*Fabiola Partidas*

## DEDICATORIA

*Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño. A ti DIOS que me diste la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa. Con mucho cariño principalmente a Mis Padres que han estado conmigo en todo momento, por siempre estar a mi lado apoyándome y brindándome todo su amor, por todo esto les agradezco de todo corazón el que estén a mi lado. A mis Hermanos gracias por estar conmigo y apoyarme siempre, los amo mucho!*

*Marioxi Arandia*

## AGRADECIMIENTO

*Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.*

*Le doy gracias a Mis Padres por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida y siempre ser un excelente ejemplo de vida a seguir.*

*A Mis Hermanos y demás familiares por ser parte importante de mi vida, por siempre estar ahí en todo momento.*

*A mis amigos que estuvieron y están de forma incondicional a mi lado!*

*Gracias por todo!*

*Marioxi Arandia*

## ÍNDICE GENERAL

TÍTULO .....	II
DEDICATORIA .....	III
AGRADECIMIENTO .....	IV
DEDICATORIA .....	V
AGRADECIMIENTO .....	VI
ÍNDICE GENERAL .....	VII
ÍNDICE DE CUADROS .....	VIII
ÍNDICE DE TABLAS .....	IX
ÍNDICE DE ANEXOS .....	X
RESUMEN .....	XI

### CAPITULO I: FUNDAMENTACIÓN

Planteamiento y Formulación del Problema.....	13
Objetivos de la Investigación.....	19
Objetivo General .....	19
Objetivos Específicos.....	20
Justificación de la Investigación .....	20
Delimitación de la Investigación .....	22

### CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

Antecedentes .....	23
Bases Teóricas .....	29
Sobrecarga .....	29
Tipos de sobrecarga .....	31
Afrontamiento.....	33
El Afrontamiento como proceso.....	33
Afrontamiento Centrado en la Emoción .....	35
Afrontamiento Centrado en el Problema.....	37

Características del Afrontamiento .....	38
Cuidador .....	39
Clasificación del Cuidador .....	40
Características del Cuidador.....	41
Enfermedad de Alzheimer .....	42
<b>CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO</b>	
Tipo y Nivel de la Investigación.....	47
Diseño de la Investigación .....	48
Sujetos de la Investigación.....	48
Población .....	48
Muestreo .....	49
Muestra .....	49
Definición Operacional de la Variable .....	50
Técnica de Recolección de datos .....	51
Descripción del Instrumento.....	51
Propiedades Psicométricas .....	56
Procedimientos .....	57
Consideraciones Éticas .....	58
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
Análisis y Discusión de los Resultados .....	60
Conclusiones .....	79
Recomendaciones .....	81
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXOS</b>	



## ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro No. 1:</b> Mapa de Variable.....	<b>45</b>
<b>Cuadro No. 2:</b> Distribución de la Muestra .....	<b>50</b>
<b>Cuadro No. 3:</b> Baremo de Interpretación .....	<b>52</b>

DERECHOS RESERVADOS

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla No. 1:</b> Estadístico Descriptivos Sobrecarga .....	<b>61</b>
<b>Tabla No. 2:</b> Estadístico Descriptivo Estrategia de Afrontamiento .....	<b>63</b>
<b>Tabla No. 3:</b> Estadístico Descriptivo Edad del Cuidador .....	<del><b>66</b></del>
<b>Tabla No. 4:</b> Estadístico Descriptivos Sexo del Cuidador .....	<b>68</b>
<b>Tabla No. 5:</b> Estadístico Descriptivo Estado Civil del Cuidador.....	<b>70</b>
<b>Tabla No. 6:</b> Estadístico Descriptivo Nivel de Instrucción del Cuidador .	<b>73</b>
<b>Tabla No. 7:</b> Estadístico Descriptivo Ocupación del Cuidador .....	<b>75</b>
<b>Tabla No. 8:</b> Estadístico Descriptivo Vínculo con el Cuidador.....	<b>77</b>

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo A:</b> Carta de Consentimiento Informado.....	<b>88</b>
<b>Anexo B:</b> Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador .....	<b>89</b>
<b>Anexo C:</b> Inventario de Estrategia de Afrontamiento (CSI) .....	<b>90</b>

DERECHOS RESERVADOS

# **SOBRECARGA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

## **RESUMEN**

**Autores:**  
**ARANDIA, Marioxi / PARTIDAS Fabiola**  
**Tutor: Psic. Audio Ortigoza**  
**Fecha: Abril 2015**

Este estudio tiene como propósito, determinar cuál es el nivel de Sobrecarga y las Estrategias de Afrontamiento empleados en cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer. La investigación es de tipo y nivel descriptivo con un diseño transeccional. La muestra estuvo compuesta por 100 cuidadores. La técnica de recolección de datos fue a través de dos instrumentos; la Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit (1980) y para la variable Estrategias de Afrontamiento, el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Lazarus y Folkman (1986). Los resultados indicaron que el promedio obtenido en cuanto a la Sobrecarga total que maneja el cuidador informal de pacientes con enfermedad de Alzheimer, denota que no existe Sobrecarga mostrando un resultado de (27,7%) por otro lado, se encontró que la Estrategia de Afrontamiento utilizada está Centrada en la Emoción y específicamente con la estrategia de Retirada Social con un (28,76%).

**Palabras Claves:** Sobrecarga, Afrontamiento, Cuidadores.

**Correos Electrónicos:** [mcaa\\_648@hotmail.com](mailto:mcaa_648@hotmail.com) / [fabiola-21@hotmail.com](mailto:fabiola-21@hotmail.com)

## CAPÍTULO I

### FUNDAMENTACIÓN

#### Planteamiento y Formulación del Problema

En los últimos 20 años, a nivel mundial, se han llevado a cabo diversas investigaciones centradas en los cuidadores de pacientes con Alzheimer y en las consecuencias derivadas de estar a cargo de un enfermo con esta característica. Cuidar a un familiar con Enfermedad de Alzheimer, es una situación estresante, ya que se deben afrontar necesidades crecientes del miembro dependiente, sobrellevar conductas disruptivas, encarar situaciones de restricción de la libertad y asimismo, la pérdida de un estilo de vida anterior.

Según las cifras que menciona la Organización Mundial de la Salud (2012), dicha enfermedad afecta a 24 millones de personas alrededor del mundo, sobre todo en edades avanzadas; se estima que hoy en día en el mundo entero hay unos 35,6 millones de personas que padecen demencia, y cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos y la enfermedad de Alzheimer, es la causa de demencia más común que acapara entre un 60% y un 70% de los casos, causando esto un impacto físico, psicológico, social y económico en los cuidadores, las familias y la sociedad.

Por otro lado, una encuesta realizada en Chile según el Servicio Nacional del Adulto Mayor (2009), mostró que alrededor del 25% de las personas de 60 años y más presentaban algún nivel de dificultad en la realización de actividades de la vida diaria, y alrededor de un 10% alguna discapacidad severa. La discapacidad física y mental y la dependencia de otras personas, es mayor, entre los más viejos. Esta encuesta mostró que para mayores de 85 años, un 70% de las mujeres y un 56% de los hombres; tiene una condición de dependencia, es decir requiere del apoyo de otros para realizar una o más tareas esenciales para su vida cotidiana. En cada familia suele haber un cuidador principal que responde a estas circunstancias, sin que se haya llegado a ello por un acuerdo explícito entre los miembros de la familia.

En este sentido, en América Latina se calcula que para la actualidad 1,8 millones de personas padecen de demencia y para el año 2040 se alcanzarían los casos de demencia reportados actualmente en la América del Norte, es decir, 9 millones de personas, de los cuales aproximadamente de 4,5 a 5 millones de casos son correspondientes a la demencia tipo Alzheimer (Alzheimer's Disease International, 2009). Por otra parte, la Fundación Alzheimer de Venezuela (2009), reportó que en nuestro país aproximadamente 140.000 venezolanos sufren de algún tipo de demencia, de los cuales 75.000 se deben a la demencia tipo Alzheimer (DTA).

Cuidar de una persona que tiene la enfermedad de Alzheimer es una tarea difícil y algunas veces puede volverse agobiante, ya que, cada día trae nuevos

desafíos porque la persona encargada de proporcionar los cuidados tiene que enfrentarse a los cambios en el nivel de capacidad y a los nuevos patrones de conducta de la persona que tiene Alzheimer, las investigaciones han demostrado que las personas que proporcionan estos cuidados, frecuentemente tienen mayor riesgo de desarrollar estrés y otras enfermedades, sobre todo si no reciben adecuado apoyo familiar. Muchas de las personas que proporcionan estos cuidados, han descubierto que es conveniente utilizar estrategias para manejar las conductas difíciles y las situaciones estresantes.

A este respecto y atendiendo las consideraciones ya mencionadas, cuidar de un familiar mayor dependiente en el propio hogar, supone una situación de sobrecarga que incrementa el riesgo de padecer importantes alteraciones emocionales y problemas físicos. Es por ello, que el enfrentar la realidad de la enfermedad de Alzheimer, es uno de los retos psicológicos más importante que se encuentran en la sociedad, causando mayor impacto en la familia, pues tienen ante sí una difícil tarea que enfrentar y requieren una preparación integral, para el bienestar del paciente y la salud física y emocional del que va a asumir mayor responsabilidad.

Ahora bien, es pertinente conocer que los cuidadores principales, suelen ser generalmente informales, es decir, son personas que realizan la tarea de cuidado sin ser profesionales de la salud y, la mayoría de veces no son remunerados por realizar esta labor; con esto, cuidar es una tarea relativamente difícil, ya que el cuidador debe conocer las necesidades de la persona a la que cuida y saber cómo

satisfacerlas, lo cual requiere una cantidad de trabajo que puede ser breve o interminable y se convierte en una rutina diaria que ocupa gran parte de los recursos y energías, porque estas tareas de cuidado son realizadas todos los días, dedicando más de 5 horas al cuidado de la persona enferma, y en muchas ocasiones sin recibir ninguna ayuda, considerándose una actividad intensa, constante y desgastante. (Agraso, Ferreira y Oliveira, 2011).

En cuanto a la sobrecarga en el cuidador, este soporta cada día un reto diferente e imprevisto y en muchas ocasiones sufre pérdidas de control personal y alteraciones en la salud física y emocional. Según Roca (2012), a partir de la presencia de sobrecarga se desprenden variables que pueden afectar el bienestar físico, porque requiere de esfuerzo y reducción de horas de sueño, lo que genera agotamiento, fatiga y cansancio; también afecta la parte emocional, mental y social del cuidador, ya que la atención de un paciente o anciano dependiente genera cierto tipo de sobrecarga para su cuidado.

Ahora bien, tener un enfermo de Alzheimer y que no cambie la dinámica familiar y calidad de vida de cada uno de sus integrantes es impredecible, aunque el mayor peso recae en aquella persona que por distintos motivos se hace cargo del paciente. El problema es, que mientras toda la atención se va a poner en el enfermo, por lo general nadie se percata de la sobrecarga que irá ahondando la salud física y mental del cuidador el cual sufre así, una fuente de invisibilidad.



Por ello, se considera que la combinación de estrés psicológico, tensión física y la presión emocional son el resultado de la sobrecarga que asume este cuidador, pudiendo afectar sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad, equilibrio personal, emocional y psicológico. Según Torres y Beltrán (2006), la calidad de vida del cuidador dependerá, entre otras cosas, de su propia salud, de la ayuda que reciba de su familia (apoyo emocional y reconocimiento de sus familiares), de la información que tiene sobre la enfermedad de la persona a quien cuida, de la propia tarea de cuidar, de su estilo personal para resolver los problemas que se le presentan durante el desempeño de su tarea, y, desde luego, de su capacidad para sobreponerse a los momentos y acontecimientos difíciles y complicados que ocurran durante la atención al enfermo.

Al hablar de afrontamiento, se hará referencia a cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, entre otros; que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

Por una parte, están las Estrategias de Afrontamiento, que son las predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones siendo los responsables de las preferencias individuales en el uso de uno u otros tipos de Estrategias de Afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional,

clasificación importante que se suele cruzar con la anterior es: afrontamiento dirigido a la situación y afrontamiento dirigido a reducir la emoción.

En consecuencia, cada persona tiene una manera determinada de afrontar la sobrecarga. Son muchos los factores que pueden llegar a determinar los mecanismos de afrontamientos; por un lado, puede estar influenciado por recursos relacionados con el estado de salud o con la energía física con la que se cuenta, pero también entran en juego otros factores como las creencias existenciales que se tengan, religiosas o no; las creencias generales relativas al control que podemos ejercer sobre el medio y sobre nosotros mismos; el aspecto motivacional también puede favorecer el afrontamiento, así como las capacidades para la resolución de problemas o las habilidades sociales; además, Lazarus añade el apoyo social y los recursos materiales como otros factores que hay que tener presentes, (Lazarus y Folkman, 1986).

Ahora bien, tras evaluar diversas variables, se encontró que la Sobrecarga y las Estrategias de Afrontamiento que maneja el cuidador no dependen de aspectos objetivos de la situación de cuidado, (tiempo empleado, número de apoyos, estado físico del mayor dependiente, entre otros) si no, de aspectos relacionados con la propia personalidad del cuidador y de su modo de valorar y afrontar la situación. En cualquier caso, es normal que aunque posean diversos estilos de afrontamientos, los cuidadores vean afectado su estado de ánimo y manifiesten a menudo síntomas de ansiedad (irritabilidad, dificultades de concentración, insomnio, dolores musculares, entre otros.).

Al respecto, en la ciudad de Maracaibo, existe la Escuela de Cuidadores la cual es un programa adscrito al proyecto de Estimulación de la Memoria, aprobado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología, cuyo propósito es generar una experiencia de formación nacional a nivel básico de cuidadores no profesionales de adultos mayores. Surge como piloto en 2008, para la formación de recursos humanos relacionados con el ámbito de los cuidadores, entrenando personas que cumplan el rol de cuidar a los enfermos con alguna demencia, con el fin de desarrollar las fortalezas y mejorar la calidad de vida de las personas cuidadas y de sus cuidadores. (FundaConCiencia, 2013)

Será interesante entonces, conocer el nivel de Sobrecarga y las Estrategias de Afrontamiento en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer, a fin de desarrollar competencias que les permitan tener conductas adaptativas y una mejor calidad de vida. Por consiguiente y partiendo de los aspectos expuestos anteriormente, esta investigación se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de Sobrecarga y las Estrategias de Afrontamiento que se presentan en los cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer?.

## **Objetivos de la Investigación**

### **Objetivo General**

Determinar el Nivel de Sobrecarga y las Estrategias de Afrontamiento en cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer.

## **Objetivos Específicos**

- Identificar el Nivel de Sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer.

- Identificar las Estrategias de Afrontamientos en cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer.

- Comparar la Sobrecarga y las Estrategias de Afrontamiento en cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer tomando en cuenta las variables sociodemográficas tales como; edad, género, vínculo con el familiar, nivel de instrucción y ocupación.

## **Justificación de la Investigación**

Esta investigación se justifica, ya que pretende aportar conocimientos acerca de la Sobrecarga y las Estrategias de Afrontamiento empleados por los cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer.

El valor científico del problema de esta investigación, es la oportunidad que pueda aportar la psicología y la medicina de estudiar con más profundidad la Sobrecarga y las Estrategias de Afrontamiento de los cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer, ya que el manejo de los diversos estilos de afrontamiento ante situaciones generadoras de desgaste físico, emocional y psicológico en el ser humano son de suma importancia, debido a que esta es la capacidad de afrontar y resistir en las situaciones más adversas e incluso transformar las experiencias traumáticas en aprendizaje y crecimiento personal.

Ahora bien, en cuanto al nivel social, la investigación es la oportunidad de instruir a la comunidad, dando a conocer la importancia de poder desarrollar diversas Estrategias de Afrontamiento ante situaciones que generan altos niveles de estrés, desgaste físico y/o emocional, tomando en cuenta el estilo de vida del paciente con Alzheimer y sin perder de vista el cuidador permitiendo así, que se sienta “seguro” de poder expresarse con libertad mediante la comunicación abierta, asumiendo cualquier circunstancia adversa como algo natural.

Por otro lado, desde el punto de vista teórico, aporta información actualizada en cuanto al marco del nivel de Sobrecarga y las Estrategias de Afrontamiento en el cuidador informal, lo que permitirá ayudar en el abordaje psicológico de ambos; dando de esta manera una perspectiva teórica de integración dentro de un contexto que abarca un ámbito social, psicológico y cultural.

Asimismo, en la práctica clínica, el estado emocional del cuidador informal a veces no es tomado en cuenta, tal vez porque el trabajo en este aspecto, no es fácil para el profesional de la salud debido a las diferentes expresiones, manifestaciones y adaptaciones del paciente ante las situaciones de estrés que dependen de las vivencias, historias de enfermedad y características personales.

Considerando el punto de vista humano, contribuirá a fortalecer el comportamiento del individuo para recuperarse de circunstancias adversas y contribuir con aportes positivos que permitan a los cuidadores informales de

pacientes con enfermedad de Alzheimer afrontar, superar los problemas, y adversidades que se presentan de forma imprevista en la vida humana.

### **Delimitación de la Investigación**

El presente trabajo de investigación consistió en determinar la Sobrecarga y las Estrategias de Afrontamiento presente en cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Los principales autores que sustentan esta investigación para la variable Sobrecarga Zarit (1980), y la variable Estrategias de Afrontamiento la teoría planteada por Lazarus y Folkman (1986) y Tobin, Holroyd y Reynolds (1989).

Asimismo, el presente problema de investigación se realizó en el Laboratorio de Neurociencias de la Ciudad de Maracaibo - Estado Zulia. Por último, el tiempo que se empleó para el desarrollo de la investigación será desde el período comprendido de Enero 2014 a Abril 2015.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### Antecedentes de la Investigación

Chacón y Valverde (2014), elaboraron un trabajo de investigación titulado “Estrategias de afrontamiento y nivel de sobrecarga en el cuidador informal de la persona con Alzheimer”, la presente investigación es de tipo correlacional y de corte transversal, realizado con la finalidad de determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga del cuidador informal de la persona con Alzheimer. La población de estudio estuvo conformada por 40 cuidadores informales, se aplicaron 2 instrumentos: uno para identificar las estrategias de afrontamiento y el segundo para identificar el nivel de sobrecarga del cuidador informal.

Se encontró que las estrategias de afrontamiento más utilizadas son: Resolución de Problemas 87.5%, Pensamiento Desiderativo 87.5%, y Reestructuración Cognitiva 80%. En relación a la sobrecarga, se evidenció que el 40% presenta sobrecarga leve, 32,5% no sobrecarga y 27,5% sobrecarga intensa. Existe una relación significativa entre Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Sobrecarga.

Por otro lado Pérez, Rodríguez, Herrera, García, Echemendía y Chang de la Rosa (2012), elaboraron un trabajo de investigación titulado “Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes”. Realizaron un estudio descriptivo transversal con el propósito de caracterizar la sobrecarga y los estilos de afrontamiento de los cuidadores informales en el área de salud "Héroes de Giron", del municipio Cerro. Para ello, se aplicó una encuesta que incluyó la entrevista de carga del cuidador y el cuestionario COPE, obteniendo como resultados que la sobrecarga se presentó en el 47,6 % de los cuidadores. Las mujeres representaron el 90 % de esta, y recayó en el grupo de 60 años y más (50 %), casados (50 %), técnicos medios (30 %), los que cuidaban mayor cantidad de horas (63,6 %) y que no habían participado en algún programa educativo (95 %).

Los estilos de afrontamiento más frecuentemente usados en los cuidadores fueron la aceptación (3,70), el afrontamiento activo (3,53) y la reformulación positiva (3,01), el tipo de afrontamiento más frecuentemente usado fue el conductual activo (3,23). Llegando así a la conclusión de que la sobrecarga se presenta en poco menos de la mitad de los cuidadores, con predominio en las mujeres, en el grupo de 60 años y más, en el nivel técnico medio y en los casados, que cuidan más de 12 horas y que no han participado en ningún programa educativo. Las estrategias de afrontamiento más usadas son las activas dirigidas a



resolver los problemas que se presentan con el cuidado, independientemente de la edad, el sexo y el nivel educacional.

Asimismo, Torrealba y Yépez (2012), elaboraron un trabajo de investigación titulado “Estrategias de afrontamiento y sobrecarga en cuidadores/as informales de pacientes con insuficiencia renal crónica”. El estudio tuvo como propósito estudiar las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga en las/los cuidadores/as de pacientes con enfermedad renal crónica que acudían a los hospitales públicos de Barquisimeto. Para ello, se utilizó un diseño transeccional, correlacional – causal, en una muestra que estuvo conformada por 103 cuidadores informales a quienes se les aplicó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (adaptación española por Cano et al. 2007) y la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (validada en una muestra de cuidadores informales por Alpuche et al. 2008).

Los resultados que se obtuvieron reflejan que las estrategias de afrontamiento relacionadas con la sobrecarga fueron la autocrítica ( $r=30^*$ ,  $p<0,05$ ), pensamiento desiderativo ( $r=25^*$   $p<0,05$ ) y retirada social ( $r=32^{**}$  $p<0,01$ ). Por tanto, hay una asociación estadísticamente significativa entre las estrategias inadecuadas centradas en la emoción con la sobrecarga de los cuidadores.

Ahora bien, Aldana y Guarino (2012) realizaron un trabajo de investigación titulado “Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer”, el presente estudio relacionó las variables sobrecarga

del cuidador y los estilos de afrontamiento con la salud general percibida en 300 cuidadoras de personas con demencia tipo Alzheimer en estadio II, divididas en 220 cuidadoras informales y 80 cuidadoras formales no profesionales, evaluadas en la sede nacional de la Fundación Alzheimer de Venezuela, ubicada en la ciudad de Caracas - Venezuela.

Entre los resultados más relevantes destaca que las cuidadoras informales presentan mayores niveles de sobrecarga, en comparación con las cuidadoras formales no profesionales. Esto se asoció a un mayor compromiso en la salud percibida de aquellas, que específicamente presentaron mayores síntomas somáticos y de ansiedad. En cuanto a los estilos de afrontamiento, se encontró que las cuidadoras informales usan significativamente más afrontamiento emocional y menos afrontamiento racional y por desapego, que las cuidadoras formales no profesionales, lo que lleva a comprometer más la salud de las primeras. Finalmente, los indicadores de salud están directamente relacionados con mayor sobrecarga, de tal forma que a mayor sobrecarga, mayor deterioro, lo que se observa con mayor magnitud en las cuidadoras informales.

Seguidamente, Córdoba, Latorre y Mariño (2012), ejecutaron un trabajo de investigación titulado “Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo alzheimer”, este estudio tuvo como objetivo determinar los niveles de sobrecarga que presenta una muestra de cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer, la muestra fue seleccionada por conveniencia, la cual debería tener

como labor principal el cuidado y mantenimiento de algún familiar que padezca esta enfermedad. Se evaluaron 52 cuidadores, sin distinción de edad, género, raza o religión.

La evaluación de la sobrecarga se hizo a partir de la Escala de Sobrecarga del Cuidador Test de Zarit, la cual busca identificar el nivel de sobrecarga, simultáneamente se organizaron los datos sociodemográficos y se analizaron a través del programa estadístico SPSS versión 1.9. Los resultados arrojaron que el 65.4% no presenta sobrecarga, el 17.3% presenta sobrecarga leve y el mismo porcentaje presenta sobrecarga intensa. Se determinó que los datos sociodemográficos como el alto nivel de escolaridad, el elevado estrato socioeconómico y el parentesco están relacionados con la no sobrecarga.

De igual forma, Painepán y Kühne (2012) realizaron un trabajo de investigación, el cual lleva por nombre “Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer”; el presente estudio relacionó las variables sobrecarga del cuidador y los estilos de afrontamiento con la salud general percibida en 300 cuidadoras de personas con demencia tipo Alzheimer en estadio II, divididas en 220 cuidadoras informales y 80 cuidadoras formales no profesionales, evaluadas en la sede nacional de la Fundación Alzheimer de Venezuela, ubicada en la ciudad de Caracas - Venezuela.

Entre los resultados más relevantes destaca que las cuidadoras informales presentan mayores niveles de sobrecarga, en comparación con las cuidadoras

formales no profesionales, esto se asoció a un mayor compromiso en la salud percibida de aquellas, que específicamente presentaron mayores síntomas somáticos y de ansiedad. En cuanto a los estilos de afrontamiento, se encontró que las cuidadoras informales usan significativamente más afrontamiento emocional y menos afrontamiento racional y por desapego, que las cuidadoras formales no profesionales, lo que lleva a comprometer más la salud de las primeras. Finalmente, los indicadores de salud están directamente relacionados con mayor sobrecarga, de tal forma que a mayor sobrecarga, mayor deterioro, lo que se observa con mayor magnitud en las cuidadoras informales.

Finalmente, Tartaglini, Ofman y Stefani (2010), realizaron un trabajo de investigación titulado “Sentimiento de Sobrecarga y Afrontamiento en Cuidadores Familiares Principales de Pacientes con Demencia” el cual tuvo como objetivo analizar si las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores influyen sobre el sentimiento de sobrecarga.

El mismo, es un estudio ex post facto de fenómenos complejos multicausales, de tipo transversal, para el cual se utilizó el Cuestionario de Datos Generales, el de Estilos de Afrontamiento y la Escala de Sobrecarga, administrados a 200 cuidadores, arrojando como resultados, que la mayor utilización de las estrategias “Requerimiento de Información y Ejecución de acciones que resuelvan el problema” incidió en menores niveles de sobrecarga. En cambio, a mayor utilización de “Descarga emocional” mayor nivel de sobrecarga. Los resultados coinciden con otras investigaciones que afirman que el

estrés del cuidador está relacionado con la valoración que él realice de la situación y con los recursos que disponga para afrontarla.

Las investigaciones descritas crearon el marco de referencia para establecer las comparaciones pertinentes entre sus diferentes hallazgos y conclusiones con los obtenidos en el presente estudio. Con base a lo expuesto anteriormente, cabe destacar que las mencionadas investigaciones muestran un fin común que es básicamente, identificar la Sobrecarga y las Estrategias de Afrontamiento que manejan los cuidadores informales de los pacientes con enfermedad de Alzheimer.

### **Bases Teóricas de la Investigación**

A continuación se presentará información básica y necesaria para facilitar la comprensión de esta investigación, así como aspectos importantes de las variables estudiadas, describiéndolas de manera que se obtenga un mejor conocimiento y entendimiento sobre la Sobrecarga y las Estrategias de Afrontamiento en cuidadores informales de pacientes con Enfermedad de Alzheimer.

#### **Sobrecarga**

Luego de haber realizado una revisión bibliográfica, se puede indicar que esta variable ha sido objeto de estudio inicialmente por Zarit (1980), lo cual, ha dejado importantes hallazgos, para la comprensión de la carga percibida por el/la

cuidador/a que se desempeña en atender personas que presenten dificultades físicas y psíquicas que le generen algún tipo de dependencia. Sin embargo, a lo largo de los años han sido muchos los autores que han hecho referencia a esta variable.

Es entonces Zarit (1980), quien la define; como el grado en que los cuidadores perciben que su salud, su vida social, y personal, y su situación económica cambian por el hecho de cuidar a alguien. Esta última definición es la que en nuestros días tiene más adeptos, de manera que actualmente se suele aceptar que la sobrecarga es la percepción que los cuidadores tienen acerca de modo en que cuidar tiene un impacto en diferentes aspectos de su vida.

En este sentido, la carga del cuidador engloba múltiples dimensiones por lo que, como ha señalado Zarit (2002), este término no puede ser resumido en un único concepto sino que tiene que ser entendido dentro de un proceso multidimensional. Es por ello, y siguiendo con el trabajo Grand y Sainsbury (1963), Zarit y su grupo de colaboradores consideran la carga de los cuidadores como la clave del mantenimiento de las personas con demencia en la comunidad y elaboraron un procedimiento para su evaluación la entrevista sobre la Carga del Cuidador es, probablemente, el instrumento más utilizado para la evaluación de la carga familiar.

Sin embargo, la práctica de los estudios del tema ha considerado que bajo el término de carga existen diferentes dimensiones o aspectos relativos a la carga

(costes económicos, carga física, limitación del tiempo). Aunque teóricamente se contempla que la carga comprende una diversidad de factores, en la práctica se pierde esta multidimensionalidad, de manera que no existe posibilidad de comprobar las distintas formas en las que los cuidadores pueden verse presionado por el hecho de cuidar y los diferentes efectos de cada una de ellas.

Por otro lado, en lo referente al término “Sobrecarga” de la misma forma que Dillehay y Sandys (1990), podríamos definir dicho término como un “estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen al cuidar dicho enfermo”.

### **Tipos de Sobrecarga**

Para Zarit (1980), un estilo importante sobre el concepto de carga, se refiere a las dimensiones de carga subjetiva versus carga objetiva, mientras que la carga subjetiva puede definirse como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar; la carga objetiva, puede definirse como el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores. Además de la diferenciación entre carga objetiva y subjetiva, la totalidad de los estudiosos del tema han considerado que bajo el término de carga existen diferentes dimensiones o aspectos relativos a la misma (costes económicos del cuidado, carga física asociada con el cuidado, limitación del tiempo del cuidador, impacto sobre las relaciones interpersonales, etcétera).

Posteriormente Montgomery (1985), hace referencia a la sobrecarga que sufren los cuidadores familiares que tienen un paciente con demencia a su cargo, porción de carga sobre el cuidador. Este autor, al igual que Zarit, los dividió de la siguiente manera: sobre carga Objetiva, que se refiere a los problemas prácticos asociados a la administración del cuidador como pueden ser la necesidad de cuidados de enfermería continuos y Sobrecarga subjetiva que se refiere a la necesidad emocional del cuidador (ej. Animo decaído, ansiedad y depresión).

En este mismo orden de ideas, Zarit (1989), Miller y Montgomery (1990) exponen diferencias entre sobrecarga objetiva, la cual, corresponde a como la persona percibe el grado dedicación y el impacto que este tiene sobre su vida; y la sobrecarga subjetiva, que se refiere a la forma en que estos sujetos responden a la situación de cuidados. Es un sentimiento psicológico que se asocia al hecho de cuidar y se relaciona con el grado en que los/las cuidadores/as se sienten agotados y perciben dificultades para manejar la situación que generan los cuidados. (Aravena y Alvarado, 2010).

Por tanto, en la presente investigación, se tomará en cuenta los dos tipos de sobrecarga descritos anteriormente por los diferentes autores, ya que esta requiere ser evaluada de forma global, representada en niveles, que pueden experimentar los cuidadores, debido a la labor que desempeñan.



## **Afrontamiento**

Lazarus y Folkman (1986), enfatizan que el afrontamiento se refiere a “aquellos estresores cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

De igual forma, especifican que el afrontamiento o manejo, está relacionado con la forma en que las personas solucionan o se sobreponen a condiciones altamente estresantes. También, en el ámbito de la psicología clínica, se ha propuesto incluso que el afrontamiento establece a diferencia de las defensas psicóticas y neuróticas, un modo más maduro y realista de sobreponer al estrés o al trauma (Lazarus, 2000).

### **El Afrontamiento como proceso**

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), el afrontamiento es un proceso donde se evidencian las siguientes etapas:

1. Evaluación primaria: es la valoración que el sujeto hace de la situación como tal, como lo afecta, que tanto pone en riesgo, su estabilidad laboral, autoestima, pareja, bienestar psicológico y físico. Está íntimamente ligada a la siguiente etapa.
2. Evaluación secundaria: es la evaluación que hace el sujeto de los recursos que posee, tanto personales, sociales, económicos e

institucionales, para hacer frente a la demanda del medio. En función a esta valoración el sujeto considera si posee recursos y capacidad para hacer frente, en función de la interacción de estas dos evaluaciones, se determina que la situación sea valorada como:

a) Desafío o reto: el sujeto considera que sus recursos son suficientes para hacer frente a la situación. Esta situación moviliza los recursos del mismo y genera sentimientos de eficacia y logro.

b) Amenaza: el sujeto considera que no posee recursos para hacer frente a la situación, se siente desbordado por ella. Genera claras respuestas ansiosas. Su actividad de afrontamiento se deteriora, se torna poco eficaz, oscilando de una actividad caótica, poco organizada, a la simple inactividad, es significativo el deterioro de las funciones de evaluación y la regresión hacia los patrones más primitivos, menos elaborados de conducta.

El proceso de afrontamiento antes descrito tiene dos vertientes claras, ambas con relación a la valoración realista de cual aspecto de la realidad se puede modificar. Es claro reconocer que hay cosas que pueden modificar, otras que se quedan a medias, y otras que no dependen de la persona. El reconocer esa diferencia, que puede modificarse a lo largo del tiempo, es algo fundamental dentro del aprendizaje del proceso de afrontamiento así surgen dos estilos de afrontamientos: las principales funciones del afrontamiento son manipular o alterar

el problema y regular la respuesta emocional. La primera función se definirá como afrontamiento dirigido o centrado en el problema y el segundo como afrontamiento centrado a la emoción.

### **Afrontamiento Centrado en la Emoción**

Está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional, es defensivo, permite actuar sobre las respuestas emocionales y físicas relacionadas con el estrés, para poder mantener el ánimo y continuar funcionando bien. (Lazarus y Folkman, 1986).

Por otro lado, Incluye estrategias definidas por Tobin y Cols (1989), como la evasión, la minimización, el distanciamiento la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos de los acontecimiento negativos, sin embargo existen también estrategias individuales tales como iniciar un ejercicio físico, meditar, ingerir licor, fumar, desahogar el mal humor y buscar apoyo emocional, estas estrategias originan reevaluaciones de las situaciones, que permiten disminuir o controlar la respuesta emocional surgida del evento estresante. También forman parte de ella las estrategias cognitivas dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional, ya que algunos individuos necesitan sentirse primero verdaderamente mal, para poder pasar luego a sentirse mejor.

#### **a) Apoyo Social**

Constituye los recursos sociales para el afrontamiento (en este sentido ha sido definido en términos de los recursos afectivos y prácticos aportados por otras

personas, en momentos de crisis o malestar emocional). Se basa en estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional, moral, de simpatía, entendimiento y comprensión.

#### **b) Expresión Emocional**

Se dirige a la manifestación de las emociones que acontecen en el proceso de estrés como es el caso de los sentimientos de dolor, o comunicar con gestos los efectos producto de la situación.

#### **c) Retirada Social**

Estrategias de retirada de amigos, familias, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante refiere a adoptar una actitud poco comunicativa, no expresando las emociones.

#### **d) Autocrítica**

Estrategias basadas en la inculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo. Implica la reducción de los esfuerzos para enfrentar el estímulo estresor y al mismo tiempo disminuir los esfuerzos para la obtención de los objetos que el estímulo impide lograr. En teoría, la autocrítica es más propensa a ocurrir cuando las personas tienen una pobre expectativa de Afrontamiento.

## **Afrontamiento Centrado en el Problema**

Son estrategias tendientes a resolver el problema que genera la respuesta estresora. Se dirigen a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas en base a su costo y beneficio y a la ejecución y aplicación de las mismas. Entre estas se encuentran las dirigidas a modificar presiones ambientales, los obstáculos, los recursos y los procedimientos, incluyendo también cambios motivacionales y cognitivos del sujeto, variar el nivel de aspiraciones, reducir la participación del yo, buscar canales distintos de participación, desarrollar nuevas pautas de conductas o procedimientos nuevos. Tobin y Cols (1989), definen cuatro factores según esta clasificación:

### **e) Resolución del Problema**

Consiste en la evaluación y la planeación de un conjunto de disposiciones que se han de contemplar o utilizar para reducir o eliminar un estresor, requiere tanto de estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.

### **f) Reestructuración Cognitiva**

Está constituida por el conjunto de estrategias que la persona presenta para modificar el significado de la situación estresante en términos positivos que pueden hacer que la persona continúe activa o se esfuerce para realizar acciones de afrontamiento centradas en el problema.

### **g) Evitación de Problemas**

Estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante. Tienden a ocurrir con una gran diversidad de actividades que sirven para distraer al sujeto de pensar en que dimensión conductual o en cuales objetivos el estímulo estresor está interfiriendo. Estas estrategias incluyen la tendencia a soñar despierto, a dormir de día o a escapar viendo la televisión.

### **h) Pensamiento Desiderativo**

Es una respuesta que normalmente surge de la evaluación primaria, es opuesta a la aceptación, constituida por cogniciones que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante. La capacidad de adaptación generada por esta estrategia está muy cuestionada debido a que a menudo sugiere que minimiza el estrés y facilita el Afrontamiento, sin embargo, se ha encontrado que la negación solo crea problemas adicionales, a menos que el estresor pueda efectivamente ser ignorado. En pocas palabras, es el reporte de negarse a creer que el estresor existe, tratando de actuar pensando que el estímulo no es real.

### **Características del Afrontamiento**

Sarason (1996), plantean que las capacidades de afrontamiento son formas para manejar las dificultades, tienen una influencia en la manera como se identifica y se trata de resolver los problemas. El autor habla de las capacidades

para el afrontamiento que las personas poseen para las situaciones de la vida (sus expectativas, temores, habilidades, deseos) tienen una influencia sobre la cantidad de estrés que sienten y como lo maneja.

Que una persona utilice una estrategia definida para afrontar una situación evaluada como estresante, no significa automáticamente que su ejecución será óptima, ya que el afrontamiento no se refiere directamente a los resultados de éxito o fracaso implicados en el proceso, sino, más bien, a los esfuerzos que se realizan para obtener un resultado esperado. En este sentido, cada persona intenta controlar el evento estresante de manera distinta, probablemente porque sus recursos y habilidades son diferentes. Por tanto, afrontar significa la búsqueda de estrategias para lograr un resultado esperado ante una situación dada, independientemente de lo encontrado al abordar el estresor, (Lazarus y Folkman, 1986).

### **Cuidador**

Los cuidadores son las personas o instituciones que se hacen cargo de las personas con algún nivel de dependencia, son por tanto padres, madres, hijos/as, familiares, personal contratado o voluntario, cabe señalar que de acuerdo a Carretero, Garces y Rodenas (1998), el cuidador está sometido a un desgaste afectivo prolongado en relación a la evolución de la enfermedad de su querido, en el que influye el desconocimiento de la enfermedad, la aceptación del deterioro

que sufre el paciente y la propia ayuda física prestada, de forma constante al enfermo.

Asimismo, estos autores señalan que los cuidadores formales hacen referencia al conjunto de personas, en un 85% mujeres, que dedican una importante actividad diaria al cuidado de sujetos con dependencias o discapacidades permanentes.

Suponen un colectivo cada vez que realizan una tarea necesaria (entre un 5 y un 10% de los mayores de 65 años tienen limitaciones de auto cuidado y movilidad) que, sin embargo, es poco visible y conocida socialmente. Por otro lado, el cuidador informal, es cuando el cuidado del enfermo recae sobre una sola persona, quien dedica su vida al cuidado y protección del otro, no tiene capacitación, no recibe remuneración por ello, y sin límite de horario, todo lo cual lo hace ser más vulnerable de padecer de carga emocional, pudiendo continuar hasta padecer el síntoma del síndrome del burnout.

### **Clasificación del Cuidador**

Los cuidadores según Rodríguez (1995), se pueden clasificar en dos grupos, primero están los familiares o personas que son cercanas al paciente (cuidadores informales) y segundo las personas profesionales que no pertenecen al ámbito familiar del enfermo y que se les remunera por asumir este papel de cuidador. Sin embargo, para ambos casos los cuidadores requieren de gran esfuerzo para colaborar con la recuperación y la asistencia del paciente. El cuidado tiene



muchas implicaciones, ya que no solo se observa el padecimiento del paciente, sino que también se observa la carga de la persona en la cual recae el peso del cuidado.

Son variadas las definiciones de Cuidador, pero a grandes rasgos podemos diferenciar dos grandes grupos: Cuidadores Profesionales, aquellos que ejercitan una labor profesional a través de organismos, instituciones o empresas y Cuidadores no Profesionales, aquí se encuentran los familiares, amigos, voluntarios de asociaciones, entre otros. Pero todos ellos dedicados al cuidado de personas que por discapacidades físicas, sensoriales o psíquicas no pueden realizar las actividades de la vida diaria con autonomía propia. (Ley de Dependencia, 2006).

### **Características del Cuidador**

A este respecto, según estudio elaborado por el Departamento de Educación Social (2009), el género del cuidador: según el análisis de los datos recogidos por el departamento de Educación social con una muestra de 60 familias, nos indica los siguientes resultados; el 69% de 45 los cuidadores principales son mujeres frente a un 31% que son hombres. Por otro lado, el estado civil del cuidador: el 90% de los cuidadores principales están casados frente a un 10% que están solteros/as. Edad del cuidador principal: solo hay un 6% de cuidadoras con edad comprendida entre los 20 y 39 años, los cuidadores principales suelen ser personas entre los 40 y 59 años.

Asimismo, la relación del parentesco con la persona dependiente: en el 53% de las familias el cuidador principal es el hijo o la hija, en el 33% de las familias el cuidador principal son esposos o esposas. El nivel de estudios del cuidador principal: el 46% de los cuidadores principales tienen solo estudios primarios, el 19% de los cuidadores principales no tienen estudios. Situación laboral del cuidador/a principal: el 60% de los cuidadores principales trabajan por cuenta ajena o propia, el 10% está en paro, el 30% de los cuidadores principales son jubilados y cabe señalar, los apoyos que busca el cuidador/a principal: el 51% de los cuidadores principales no buscan apoyos, y cuando los buscan prefieren primero optar por la ayuda a domicilio y un 26% busca apoyo en un familiar.

### **Enfermedad de Alzheimer**

Según Onmeda.es (2012), el científico Alois Alzheimer describió por primera vez en el año 1906 una "peculiar enfermedad de la corteza cerebral" que hoy lleva su nombre. Los síntomas característicos de la enfermedad de Alzheimer son la pérdida de las capacidades mentales (demencia), capacidad para almacenar nueva información, es decir, el enfermo tiene dificultades para enfrentarse a situaciones desconocidas, así como los cambios en la personalidad. El mal de Alzheimer es la forma más común de demencia, entre el 50 y el 75 % de los pacientes de demencia sufren Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia que aparece con más frecuencia en personas mayores de 65 años. Los pacientes

muestran un deterioro de la memoria más severo de lo habitual entre las personas de edad avanzada, los expertos prevén que en las próximas décadas aumente de forma notable la incidencia de esta enfermedad.

Es un Enfermedad neurodegenerativa en la cual se produce la muerte de células nerviosas en el cerebro, lo que provoca la pérdida progresiva de capacidades mentales, como la orientación espacial y temporal, la memoria, así como características de la personalidad. Otra particularidad del Alzheimer es que se producen cambios característicos en los mensajeros químicos del cerebro (neurotransmisores), se cree que los trastornos de la memoria, y las dificultades en la concentración y la atención se deben a la deficiencia de acetilcolina.

El Alzheimer está caracterizado por una evolución lenta y progresiva que se prolonga durante años o décadas. En casos aislados también es posible que una demencia evolucione rápidamente, si bien es cierto que la enfermedad no se desarrolla de igual modo en todos los pacientes, existen fases características:

**Estadio temprano:** se manifiestan las primeras limitaciones en la memoria reciente y en la orientación.

**Estadio moderado:** las limitaciones del estadio temprano se intensifican, y se produce el deterioro de más capacidades mentales: el afectado ya no es capaz de afrontar el día a día de forma autónoma. También pueden aparecer depresión, alucinaciones y miedo.

**Estadio final:** el paciente es totalmente dependiente y con frecuencia no reconoce a sus familiares.

Para Medicina21 (2014), la enfermedad de Alzheimer (EA) es un tipo de lesión cerebral orgánica frecuente a partir de los 65 años y debe considerarse como propia de la llamada tercera edad, cuyo deterioro intelectual progresa gradualmente desde la amnesia hasta la incapacidad total, desconociéndose sus causas precisas.

DERECHOS RESERVADOS

**Cuadro N°1**

**Mapa de Variables**

**Variable N°1**

<b>Variables</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>
<b>Sobrecarga del Cuidador.</b>	<b>Carga Objetiva</b>	Impacto del Cuidado	2,3,7,8,10,11,12,14, 16,17,18, 19 y 22
		<b>Carga Subjetiva</b>	
		Relación Interpersonal	1,4,5,6,9, y 13
		Expectativas de Auto eficacia	15, 20, 21

**Fuente:** Zarit, Reever y Bach-Peterson (1982)

Variable N°2

Variables	Dimensiones	Sub-Dimensiones	Indicadores	Ítems
<b>Estrategias de Afrontamiento</b>	<b>Estrategias orientadas al Compromiso.</b>	Estrategias centradas en el Problema.	Resolución de problemas.	1,9,17,25,33
			Reestructuración Cognitiva.	6,14,22,30,38
		Estrategias centradas en la Emoción.	Expresión Emocional	3,11,19,27,35
			Apoyo Social.	5,13,21,29,37
	<b>Estrategias orientadas a la Evasión.</b>	Estrategias centradas en el Problema.	Evitación de Problemas.	7,15,23,31,39
			Pensamientos Desiderativos.	4,12,20,28,36
		Estrategias centradas en la Emoción.	Autocrítica.	2,10,18,26,34
			Retirada Social.	8,16,24,32,40

Fuente: Tobin y Cols (1989). Adaptado por Cano, Rodríguez y García (2006)

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### Tipo y Nivel de Investigación

La presente investigación es de tipo y nivel descriptivo, cuyo objetivo es describir la Sobrecarga y los Estilos de Afrontamiento en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer. Según Hernández, Fernández y Baptista (2006), la investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, es decir, describe tendencias de un grupo o población.

De la misma manera, ésta se considera un estudio de campo, la cual según Palella y Martins (2010), es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar las variables, esta estudia los fenómenos sociales en su ambiente natural y el investigador no manipula variables debido a que esto hace perder el ambiente de naturalidad en el cual se manifiesta. Lo cual es correspondiente con esta investigación, puesto que los investigadores recogieron la información directamente en el Laboratorio de Neurociencia de Maracaibo, específicamente quienes asistían a consulta y talleres para cuidadores.

## Diseño de la Investigación

En el caso de la presente investigación, corresponde a un diseño de investigación no experimental de tipo transeccional descriptivo. Según Hernández y otros (2006), definen los diseños transeccionales descriptivos como aquellos que tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. El procedimiento consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas u otros seres vivos, objetos o situaciones, contextos, fenómenos, comunidades; y así proporcionar su descripción. Son, por lo tanto, estudios puramente descriptivos.

Ahora bien, el diagrama para el diseño de la presente investigación es la siguiente:



O = Observación

X1= Sobrecarga

X2= Estrategias de Afrontamiento

## Sujetos de la Investigación

### Población

Según Bravo (1991), una población infinita es aquella en la que se desconoce el total de elementos que la conforman, por cuanto no existe un



registro documental de éstos debido a que su elaboración sería prácticamente imposible. En el presente caso la población objeto de estudio estuvo integrado por los cuidadores de pacientes que asistían a consulta y a talleres de formación en el Laboratorio de Neurociencias; ubicada en Maracaibo, Estado Zulia, esta población presentó las siguientes características: Cuidadores principales encargado del paciente diagnosticado con la enfermedad de Alzheimer.

### **Muestreo**

Para el proceso de selección de los sujetos se usó un muestreo no probabilístico - accidental; ya que la selección de los elementos no dependen de la probabilidad sino de las causas relacionadas con las características del investigador o de quien hace la muestra, así como también se recopiló datos de los sujetos de estudio más convenientes, es decir, se recopiló datos de los elementos muestrales de la población que mas convenía. (Hernández y colaboradores, 1998).

### **Muestra**

La muestra según Chávez (1994), es una porción representativa de la población que permite generalizar sobre ésta los resultados de una investigación. Su propósito básico es extraer información que resulta imposible estudiar en la población, porque esta incluye la totalidad. La muestra de esta investigación quedó conformada por 100 cuidadores del Laboratorio de Neurociencias ubicada en Maracaibo, Estado Zulia.

## Cuadro N°2

### Muestra

	Género	Edad	Estado Civil	Nivel de Instrucción	Ocupación	Vínculo
Frecuencia	Femenino= 96 Masculino= 4	26 – 45= 22 46 – 60= 56 60 años en adelante= 22	Soltero= 45 Casado= 51 Divorciado= 4	Primaria= 16 Secundaria= 50 Universitario= 34	Labores del Hogar= 69 Trabajador= 31	Familiar= 82 Empleado= 15
Total	100					

### Definición Operacional de las Variables

#### Sobrecarga

Se define el Nivel de Sobrecarga, como la respuesta expresada por el cuidador informal de pacientes con enfermedad de Alzheimer el cual será obtenido a través del instrumento Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (1983) que ubica a la carga emocional en No sobrecarga, Sobrecarga Leve e intensa.

#### Estrategias Afrontamiento

Es el valor correspondiente a la puntuación obtenida en cada una de las escalas de la versión del Cuestionario de Afrontamiento “C.S.I” adaptada al español por Cano, Rodríguez y García (2006). Dicho valor fue calculado a partir de la sumatoria de los puntajes asignados a cada uno de los ítems correspondientes a cada categoría o dimensión.

## **Técnicas de Recolección de Datos**

### **Descripción del Instrumento**

#### **Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit**

Zarit y su grupo de colaboradores (1985) consideraron la carga de los cuidadores como la clave del mantenimiento de las personas con Demencia en la comunidad y elaboraron un procedimiento para su evaluación, la Entrevista sobre la carga del cuidador es probablemente, el instrumento más utilizado para la evaluación de la carga familiar. Un estilo importante, claramente establecido en la literatura sobre el concepto de carga, se refiere a las dimensiones de carga subjetiva versus carga objetiva. Mientras la carga subjetiva puede definirse como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar; la carga objetiva puede definirse como el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores.

El Zarit Burden Inventory, conocido en el medio como cuestionario de Zarit (aunque tiene diversas denominaciones tanto en inglés como en español), es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. Aunque no es el único que se ha empleado para cuantificar el grado de sobrecarga, sí es el más utilizado y se dispone de versiones validadas en inglés, francés, alemán, sueco, danés, portugués, español, chino, japonés, etc. La versión original en inglés, que tiene copyright desde 1983, consta de un listado de 22 afirmaciones que describen cómo se sienten a veces los

cuidadores; para cada una de ellas, el cuidador debe indicar la frecuencia con la que se siente, utilizando una escala que consta de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre).

Las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman, y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador. Por tanto, la puntuación global oscila entre 0 y 88 puntos. Esta codificación en una escala de 0 a 4 es la que se sigue en las versiones del cuestionario en todos los idiomas, o al menos no ha encontrado ninguna en la cual se modifique esta codificación original.

**Cuadro N°3**  
**Cuadro de Baremos**

<b>Puntuaciones</b>	<b>Interpretación</b>
< 46	No sobrecarga
46-47 a 55-56	Sobrecarga Leve
56 >	Sobrecarga Intensa

Zarit (1983)

### **Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)**

El Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), fue elaborado por Tobin, Holroyd y Reynolds (1989) tomando en cuenta la teoría de Lazarus y Folkman (1981) y adaptado por Cano, Rodríguez y García (2006), la misma es una adaptación de la escala “Modos de Afrontamiento”. Es una escala diseñada para evaluar pensamientos y comportamientos de afrontamiento en respuesta a un estresante específico. Es una escala auto informe que consta de 40 ítems,

frente a los 72 que explicaban un 47% en el instrumento original. Consiste en un cuestionario de fácil aplicación, con un formato tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta, que van desde 0 hasta 4, donde los sujetos clasifican dichas respuestas según su uso y según su utilidad puntuando con la escala correspondiente a cada categoría.

Además se debe mencionar que el instrumento tiene 8 sub-escalas que representan las diversas estrategias de afrontamiento aplicadas por los individuos en situaciones estresantes; entre las que se señalan las siguientes:

Las escalas primarias consisten en estrategias de afrontamientos específicas que las personas utilizan como respuestas a eventos estresantes, estas incluyen:

- a) Resolución del Problema; son estrategias cognitivas y conductuales enfocadas a eliminar el estrés cambiando la situación que lo genera.
- b) Reestructuración Cognitiva; son estrategias cognitivas que cambian el significado de la situación estresante.
- c) Apoyo Social; son estrategias que van referidas a una búsqueda de apoyo emocional.
- d) Expresión Emocional; son estrategias dirigidas a liberar aquellas emociones que acontecen en el proceso de estrés.

- e)Evasión de Problemas; son estrategias que contienen la negación y evitación de pensamientos o comportamientos asociados al acontecimiento estresante.
- f) Ilusión; son estrategias cognitivas que reflejan la incapacidad o renuencia a replantear o alterar simbólicamente la situación, los ítems involucran la esperanza y el deseo de que las cosas sean mejores.
- g)Retirada Social; son estrategias de aislamiento hacia los amigos, familiares, compañeros y personas de gran significado relacionadas con la reacción emocional en el proceso emocional.
- h)Auto-crítica; son estrategias centradas en la auto inculpación y la autocrítica por el acontecimiento estresante o por su inadecuación manejo.

En el inventario original, además se les indica a las personas que describan en un párrafo los eventos y circunstancias de un episodio que consideren estresantes. Luego de describir dicho evento se les pide a las personas que lean las 40 afirmaciones y seleccionen la opción que más se vincule con su situación basándose en un formato establecido por 5 alternativas de respuestas.

En la escala original de Tobin y Cols (1989) se incluyen las escalas secundarias que surgen de la agrupación empírica de las primeras: manejo adecuado centrado en el problema, que incluye sub escalas: resolución de problemas y reestructuración cognitiva, indicando un afrontamiento adaptativo

centrado en el problema ya modificando la situación o su significado. Manejo adecuado centrado en la emoción que incluye las sub escalas: apoyo social y expresión emocional, lo que refleja un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante.

Manejo inadecuado centrado en el problema, las que surgen de las sub escalas de: Evitación de problema y pensamientos desiderativos que indican un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, bien evitando las situaciones estresantes o fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras. Manejo inadecuado centrado en la emoción, compuesta por la sub escala: retirada social y auto crítica que reflejan un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpción.

Las escalas terciarias surgen de la agrupación empírica de las secundarias: manejo adecuado con las sub escalas: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional, indicando así los esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante; manejo inadecuado que incluyen las sub escalas: evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica, las que sugieren un afrontamiento pasivo y desadaptativo.

Finalmente, es importante recalcar que el instrumento a utilizar en esta investigación es el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) adaptado por

Cano, Rodríguez y García (2006), el cual quedo constituido por 40 ítems y formulado en 8 sub escalas. Inicialmente el instrumento fue traducido del inglés al español de latinoamérica, y validado por tres jueces expertos y bilingües, quienes evaluaron la correspondencia entre la prueba original y la nueva. Hubo acuerdo en la mayoría de las traducciones de los reactivos, presentándose observaciones en tres ítems (10, 49 y 57).

### **Propiedades Psicométricas**

#### **Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit**

La escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, población cuidadora de personas dependientes. Es un cuestionario auto administrado que consta de 22 ítems, con respuesta tipo escala Likert, se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test – retest es de 0,86.

#### **Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)**

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), original utilizada en adultos con enfermedades crónicas como hipertensión, arritmia, Insuficiencia renal crónica, diabetes y discapacidad motora arrojó una confiabilidad, a través del Alpha de Cronbach entre 0.71 y 0.94; lo que indica correlaciones altas, demostrando que el inventario es confiable al evaluar los procesos de afrontamiento, asimismo, se estableció la validez al hacer un análisis factorial, con



el cual se comprobó la relación que existe entre las 8 sub escalas propuestas. Ramírez (2013).

Igualmente, en relación a las propiedades psicométricas del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), adaptado por Cano, Rodríguez y Gracia (2006), los resultados que mostraron fueron excelentes, superando incluso las del estudio original; en los cuales 8 factores explicaron un 61% de la varianza con solo 40 ítems y obtuvieron una confiabilidad a través del coeficiente de consistencia interna entre 0.63 y 0.89. Asimismo, fue utilizado el procedimiento de correlación ítem dimensión, el cual se realizó a través del coeficiente de correlación de Spearman, considerando que las estrategias centradas en la evasión específicamente en los indicadores de resolución de problemas los ítems 15, 23, 31, 39 arrojaron puntajes altos por encima de 0.70, de igual forma, los indicadores de Autocrítica en los que se observaron resultados altos por encima de 0.70 en los ítems 2, 10, 18. (Ramírez, 2013).

### **Procedimientos de la Investigación**

Para la realización de esta investigación se lleva a cabo los siguientes pasos:

- Una vez definidas las variables de estudio, se seleccionaron los instrumentos para dicha investigación, tales como: Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit e Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).

- Se seleccionó la población y muestra para recolectar los datos de interés para el estudio.
- Se aplicaron los instrumentos a la muestra seleccionada; de manera individual y en diferentes sesiones.
- Posteriormente, se procesaron estadísticamente los datos recolectados.
- Se analizaron los datos en función de los objetivos y bases teóricas, a través del paquete estadístico SPSS Statistics.
- Se procedió a la interpretación de los resultados para luego establecer las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

### **Consideraciones Éticas**

Esta investigación fue realizada bajo las consideraciones del Código de Ética del ejercicio de la Psicología, expuestos por la Federación Venezolana de Psicólogos (1998), específicamente respetando los artículos más resaltantes a los que se le hizo referencia los siguientes:

Artículo 54.- El cual refiere que todos los participantes recibirán trato cordial y respetuoso, tomando en cuenta sus diferencias individuales.

Artículo 55.- Señala que las investigaciones deben realizarse bajo la supervisión de un experto.

Artículo 57.- Refiere la protección de la integridad física y mental del sujeto experimental a través de estos criterios:

- Se respetó la voluntad de la persona de aceptar o rechazar su posición de ser sujeto de estudio, ya que son aspectos personales los medidos.
- Se respetó el derecho de cada participante a suspender la experiencia en el momento que lo considere necesario.
- Se dio a conocer a los sujetos el objetivo de la investigación, su alcance y consecuencias.

Artículo 60.- Plantea la garantía de hacer anónimos los participantes de la investigación, dejando de revelar nombres y otras características personales.

En cuanto al manejo de la información recopilada acerca de la muestra, la aplicación de los instrumentos, hasta la revisión de los resultados y la realización de las conclusiones, se mantuvo total discreción sobre los datos personales de los sujetos.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### Análisis y Discusión de los Resultados

El análisis y discusión de los resultados del presente trabajo de investigación se enfoca en responder el objetivo general del mismo, dirigido a determinar el nivel de Sobrecarga y las Estrategias de Afrontamiento en cuidadores informales de pacientes con Enfermedad de Alzheimer. Para tal efecto se llevó a cabo la recolección de la información y su procedimiento estadístico, el cual se realizó mediante el SPSS 20.0 utilizando además una estadística descriptiva; donde los resultados se presentan en tablas para cada una de las dimensiones y variables, dando así respuesta al objetivo general de la investigación. La misma, considero la población de sujetos que asistió al Laboratorio de Neurociencias tomando una muestra accidental de cuidadores informales que participaron en consultas y talleres para cuidadores.

Ahora bien, para dar respuesta al Objetivo Específico número uno de la investigación encargado de Identificar el Nivel de sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer, observándose sus resultados en la Tabla N°1, expuesta a continuación:

**Tabla N°1**  
**Estadísticos Descriptivos**

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Típica</b>
<b>Sobrecarga</b>	12,00	50,00	27,76	10,03
<b>Carga Objetiva</b>	8,00	33,00	18,38	6,62
<b>Carga Subjetiva</b>	2,00	17,00	9,38	4,07

El promedio obtenido en cuanto a la Sobrecarga total que maneja el cuidador informal de pacientes con enfermedad de Alzheimer, según los resultados obtenidos, denota que no existe sobrecarga. Por lo tanto, según lo expuesto por Dillehay y Sandys (1990), no existe un estado psicológico que implique trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales o demandas económicas que surjan de cuidado del enfermo con Alzheimer.

La buena conformación del entorno familiar hace que el apoyo a la hora de cuidar a la persona enferma sea más agradable y no surjan tantos conflictos por el cuidado, lo más importante, por lo cual no se genera sobrecarga en los cuidadores, es porque ninguno de ellos ha dejado a un lado su vida personal ni sus intereses, aun conservando esperanzas en un proyecto de vida por alcanzar, manteniendo expectativas en su vida futura.

Para Córdoba, Latorre y Mariño (2012), en su estudio relacionado a la sobrecarga que predomina en los cuidadores de pacientes con demencia tipo

Alzheimer, manifestaron que el 65.4% de los cuidadores informales no presenta sobrecarga, determinado incluso que los datos socio demográficos como el alto nivel de escolaridad, el elevado estrato socioeconómico y el parentesco están relacionados con la no sobrecarga. Estos resultados concuerdan con los de la investigación presentada, ya que las variables sociodemográficas demostraron que estas no son significativas para la aparición de los niveles de sobrecarga en los cuidadores.

Por otro lado, estos resultados discrepan con los recopilados en la investigación elaborada por Chacón y Valverde (2014), en los cuales el nivel de sobrecarga en el cuidador informal de la persona con Alzheimer, se manifestó de la siguiente manera; el 40% presenta sobrecarga leve, 32,5% no sobrecarga y 27,5% sobrecarga intensa y por tanto, no es acorde con la presente investigación. Esta diferencia viene dada por el tipo de población utilizado para la elaboración de la presente investigación, la cual cuenta con talleres de psicoeducación en cuanto al cuidado y su manera de ser manejado.

Por otro lado, aun cuando los resultados para esta investigación fueron no sobrecarga, el cuidador posiblemente también pudiese experimentar con mayor frecuencia la carga objetiva, definida por Zarit (1980) como la cantidad de tiempo y dinero invertidos en cuidados, problemas conductuales del enfermo, interrupción de la vida social, etc.; y por último, la carga subjetiva como la percepción del cuidador de la repercusión emocional de las demandas o de los problemas relacionados con el acto de cuidar.

Luego de estimar los puntajes en cuanto al nivel de Sobrecarga, se procedió a responder el segundo Objetivo Específico encargado de Identificar las Estrategias de Afrontamiento en cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer; en este orden de ideas, los resultados obtenidos pueden ser observados en la Tabla N°2, expuesta seguidamente:

**Tabla N°2**  
**Estadísticos Descriptivos**

Variables	Dimensiones	Sub-Dimensiones	Indicadores	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Estrategias de Afrontamiento	Estrategias orientadas al Compromiso.	Estrategias centradas en el Problema.	Resolución de problemas.	7,00	20,00	14,46	4,01
			Reestructuración Cognitiva.	6,00	17,00	11,91	2,68
		Estrategias centradas en la Emoción.	Expresión Emocional	5,00	17,00	11,25	3,56
			Apoyo Social.	6,00	17,00	11,30	3,50
	Estrategias orientadas a la Evasión.	Estrategias centradas en el Problema.	Evitación de Problemas.	,00	17,00	4,36	3,93
			Pensamientos Deseados.	4,00	20,00	12,46	3,27
		Estrategias centradas en la Emoción.	Autocrítica.	,00	14,00	3,25	4,18
			Retirada Social.	12,00	50,00	28,76	11,03

En función de los resultados obtenidos, la Estrategia de Afrontamiento utilizada por los cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer está Centrada en la Emoción y específicamente con la estrategia de Retirada Social. Esto, según Lazarus y Folkman (1986), quiere decir que la Estrategia de Afrontamiento de los cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer, está constituida por procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional que le permiten mantener el ánimo y continuar

funcionando bien, durante los cuales adoptan una actitud poco comunicativa, no expresando las emociones.

Los estudios realizados por Torrealba y Yépez (2012), determinaron que las Estrategias de Afrontamiento predominantes en los (as) cuidadores/as informales de pacientes con insuficiencia renal crónica son Centradas en la Emoción, particularmente la autocrítica, pensamiento desiderativo y retirada social, lo que coincide con los resultados obtenidos en este estudio.

Tomando en cuenta la información recolectada, se plantea que este tipo de estrategia utilizada por los cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer, quienes buscan retirarse de la interacción social (respecto a familiares, amigos, compañeros y personas significativas), ya sea desde una necesidad positiva de afrontar los problemas desde la soledad ó una huida de los demás por reserva (para que no conozcan su problema (“Guardar mis sentimientos para mí solo”), o ambas cosas, considerado esto desde un punto de vista psicológico se define como un manejo inadecuado y desadaptativo centrado en la emoción / evasión del problema. (Tobin y cols, 1989)

De igual forma, es importante mencionar que aún cuando para la población seleccionada la Estrategia de Afrontamiento más utilizadas, están centradas en la emoción, el cuidador posee como segunda opción ante la respuesta para afrontar situaciones estresantes la estrategia Centrada en el Problema y específicamente con la Resolución de Problemas, para Tobin y Cols (1989), la definen como



aquella evaluación y planeación de un conjunto de disposiciones que se han de contemplar o utilizar para reducir o eliminar un estresor, requiere tanto de estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.

Finalmente, en respuesta del último Objetivo Específico se tomaron en cuenta como variables socio - demográficas de los cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer para realizar las comparaciones pertinentes en cuanto a las variables estudiadas tomando en cuenta; la edad, género, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, vínculo con el pacientes y desde cuando iniciaron los cuidados.

En relación a la Edad, el mayor número de cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer tienen una edad comprendida entre 46 – 60 años, posteriormente siguiéndole en la misma proporción los cuidadores entre 26 – 45 años y aquellos de 60 años en adelante. Para el Departamento de Educación Social (2009), menciona que solo hay un 6% de cuidadores con edad comprendida entre los 20 y 39 años, los cuidadores principales suelen ser personas entre los 40 y 59 años, coincidiendo con los resultados obtenidos en esta investigación.

Por el contrario, refiere la investigación realizado por Pérez, Rodríguez, Herrera, García, Echemendía y Chang de la Rosa (2012) estudiando la caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador

informal de pacientes dependientes, y en el cual se evidencia que la edad del que prevaleció en el grupo de cuidadores fue la de 60 años y más con 47,6 %, seguidos por el grupo comprendido entre los de 40 a 59 años, quienes representaron el 42,86 % del universo estudiado, lo que no expresa una relación en cuanto a esta característica para la presente investigación.

**Tabla N°3**  
**Edad del Cuidador**  
**Resumen de prueba de hipótesis**

	Hipótesis Nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de sobrecarga es la misma ante las categorías de EDAD (Agrupado)	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,031	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
2	La distribución de Resolución de Problemas es la misma entre las categorías de EDAD (agrupado).	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,752	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Reestructuración Cognitiva es la misma entre las categorías de EDAD (agrupado).	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,009	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
4	La distribución de Expresión Emocional es la misma entre las categorías de EDAD (agrupado).	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,039	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
5	La distribución de Apoyo Social es la misma entre las categorías de EDAD (agrupado).	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,000	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
6	La distribución de Evitación de Problemas es la misma entre las categorías de EDAD (agrupado).	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,000	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
7	La distribución de Pensamiento Desiderativos es la misma entre las categorías de EDAD (agrupado).	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,273	Retener la hipótesis nula.
8	La distribución de Autocrítica es la misma entre las categorías de EDAD (agrupado).	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,658	Retener la hipótesis nula.
9	La distribución de Retirada Social es la misma entre las categorías de EDAD (agrupado).	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,968	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El Nivel de Significancia es ,05.

Los valores del nivel de significación para la sobrecarga indicaron que uno de los factores de riesgo de la carga es la edad adulta del cuidador, es decir, la edad

del cuidador resultó ser un factor de riesgo en cuanto al cuidado, lo que indicó que a medida que aumentó la edad, posiblemente aumenta la carga.

Con referencia a los valores del nivel de significancia para la estrategia de afrontamiento, indicaron agentes que influyen de alguna manera en la edad, los cuales se vieron reflejados en las estrategias orientadas al compromiso, específicamente en los indicadores de reestructuración cognitiva, expresión emocional, y apoyo social; el cuidar de una persona que depende de ayuda para satisfacer sus necesidades puede ser una experiencia satisfactoria pero también implicara que el cuidador debe realizar numerosas tareas y la edad dependerá en gran sentido en el desempeño de las mismas. (Ver Tabla N°3)

Ahora bien, el mayor número de cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer son de sexo Femenino, ante un 4% Masculino. Para el Departamento de Educación Social (2009), menciona que el 69% de los cuidadores principales son mujeres frente a un 31% que son hombres; lo que concuerda con los resultados obtenidos en esta investigación.

Al comparar estas evidencias con la investigación realizada por; Pérez, Rodríguez, Herrera, García, Echemendía y Chang de la Rosa (2012) estudiando la caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes, las mujeres representaron el 90% de esta, guardando relación con los resultados presentados por esta investigación.

Históricamente a la mujer se le ha asignado este papel, acreditando condiciones inherentes a su naturaleza que la preparan para cuidar y para ser más abnegada, los hombres cuidadores, por su parte son más limitados en términos de tiempo, de dedicación, tipo de tareas e intensidad; existe una diferencia entre hombres y mujeres en los patrones de asistencia, basados en la división del trabajo ligado al género. Quizás eso se explique parcialmente porque los varones suelen recibir más ayuda que las mujeres en las labores de cuidado por parte de la familia y de las instituciones.

**Tabla N°4**

**Género del Cuidador**

**Resumen de prueba de hipótesis**

	Hipótesis Nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de sobrecarga es la misma ante las categorías de GÉNERO.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,050 <sup>1</sup>	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
2	La distribución de Resolución de Problemas es la misma entre las categorías de GÉNERO.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,043 <sup>1</sup>	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
3	La distribución de Reestructuración Cognitiva es la misma entre las categorías de GÉNERO.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,641 <sup>1</sup>	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Expresión Emocional es la misma entre las categorías de GÉNERO.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,004 <sup>1</sup>	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
5	La distribución de Apoyo Social es la misma entre las categorías de GÉNERO.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,029 <sup>1</sup>	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
6	La distribución de Evitación de Problemas es la misma entre las categorías de GÉNERO.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,000 <sup>1</sup>	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
7	La distribución de Pensamiento Desiderativos es la misma entre las categorías de GÉNERO.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,001 <sup>1</sup>	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
8	La distribución de Autocrítica es la misma entre las categorías de	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,793 <sup>1</sup>	Retener la hipótesis nula.

	GÉNERO.			
9	La distribución de Retirada Social es la misma entre las categorías de GÉNERO.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,000 <sup>1</sup>	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>

Se muestran las significancias asintóticas. El Nivel de Significancia es ,05.

<sup>1</sup>Se muestra la significancia exacta para esta prueba.

En conclusión, las mujeres cuidan con un sentido de responsabilidad, aunque en ello entregan la vida sobre todo cuando se trata del cuidado del adulto con dependencia progresiva para el que se requiere mayor tiempo, dinero y esfuerzo manifestando así, una mayor probabilidad de presentar Sobrecarga.

Asimismo, los valores del nivel de significancia para la estrategia de afrontamiento, indicaron factores que intervienen en la persona dependiendo el género, los cuales se vieron reflejados en las estrategias de afrontamiento orientadas al compromiso, propiamente en los indicadores de resolución de problemas, expresión emocional, y apoyo social; como también en las estrategias orientadas a la Evasión, tales como; evasión de problemas, pensamiento desiderativo y retirada social, ahora bien; la mujer sigue siendo la encargada de atender y de cuidar a algún pariente de edad avanzada, en este sentido el 60% de los casos vive con el familiar que atiende y tiene algún grado de parentesco con él, lo que hace referencia a que tiene un mayor compromiso con el mismo. (Ver Tabla N°4)

Por otro lado, el Estado Civil del cuidador informal de pacientes con enfermedad de Alzheimer son Casados, bajo un 45% Solteros y 4% Divorciados, mediante un estudio realizado por el Departamento de Educación Social (2009), el

estado civil del cuidador es de 90% casados frente a un 10% que están solteros/as, lo que muestra relación con la presente investigación.

De igual manera, Pérez, Rodríguez, Herrera, García, Echemendía y Chang de la Rosa (2012) estudiando la caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes, obtuvieron en su investigación que 50% de los cuidadores se encuentran casados, seguidos por los solteros en un 35%, lo que se ajusta a esta investigación mostrando una exacta relación con la misma.

DERECHOS RESERVADOS

**Tabla N°5**  
**Estado Civil del Cuidador**  
**Resumen de prueba de hipótesis**

	Hipótesis Nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de sobrecarga es la misma ante las categorías de ESTADO CIVIL.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,013	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
2	La distribución de Resolución de Problemas es la misma entre las categorías de ESTADO CIVIL.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,006	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
3	La distribución de Reestructuración Cognitiva es la misma entre las categorías de ESTADO CIVIL.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,001	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
4	La distribución de Expresión Emocional es la misma entre las categorías de ESTADO CIVIL.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,000	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
5	La distribución de Apoyo Social es la misma entre las categorías de ESTADO CIVIL.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,000	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
6	La distribución de Evitación de Problemas es la misma entre las categorías de ESTADO CIVIL.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,005	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
7	La distribución de Pensamiento Desiderativos es la misma entre las categorías de ESTADO CIVIL.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,009	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
8	La distribución de Autocrítica es	Prueba Kruskal-Wallis de	,030	<b>Rechazar la</b>

	la misma entre las categorías de ESTADO CIVIL.	muestras independientes.		<b>hipótesis nula.</b>
9	La distribución de Retirada Social es la misma entre las categorías de ESTADO CIVIL.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,000	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>

Se muestran las significancias asintóticas. El Nivel de Significancia es ,05.

En cuanto al estado civil, el mayor número de los cuidadores posee una relación estable, sin embargo, existen otros hallazgos que informan que los cuidadores no tienen pareja permanente y esta circunstancia la relacionan con la carencia de una red familiar adecuada para el apoyo en las necesidades del cuidador. En el presente estudio, se puso en evidencia que hay más cantidad de mujeres cuidadoras casadas que no casadas, haciendo eco de lo argumentado por otros autores, esta situación puede ser debida, en parte, a que las mujeres puedan resultar sobrecargadas al asumir un mayor número de roles en el hogar y fuera de éste, en vez de dar lugar a un reparto más equitativo de la carga.

Por su parte, para la estrategia de afrontamiento, revelaron factores que participan de manera significativa en la persona dependiendo del estado civil, los cuales se vieron reflejados en las estrategias orientadas al compromiso, concretamente en los indicadores de resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión emocional, y apoyo social; como también en las estrategias orientadas a la Evasión, tales como; evasión de problemas, pensamiento desiderativo, autocrítica y retirada social; en consecuencia el 77% de los casos esta mujer está casada por lo tanto poseen diversos deberes, responsabilidades y la mirada de los otros, lo que da como resultado que las personas reaccionan y tienen una estrategia de afrontamiento de acuerdo a su situación. (Ver Tabla N°5)

Ahora bien, para el Nivel de Instrucción del cuidador informal de pacientes con enfermedad de Alzheimer la mitad de la población cuenta con estudios Secundarios, superior al 34% Universitario y un 16% Primaria, para el Departamento de Educación Social (2009), el nivel de estudios del cuidador tiene 46% estudios primarios y el 19% de los cuidadores no tienen estudios. Lo que no muestra relación con los resultados obtenidos en esta investigación.

De acuerdo a lo antes citado, Pérez, Rodríguez, Herrera, García, Echemendía y Chang de la Rosa (2012) estudiando la caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes, obtuvieron en su investigación que dentro de la población seleccionada el 30% son técnicos medios, lo que mantiene relación con el presente estudio.

Frecuentemente, los cuidadores con menor nivel de estudios son más propensos a considerar que no necesitan ayuda o que al menos no se encuentran tan mal como para solicitar ayuda profesional. Por su parte, los cuidadores con mayor formación y que trabajan fuera del hogar pueden ser más conscientes de la necesidad de ayuda para superar las dificultades en general, y las relacionadas con el cuidado en particular.



Tabla N°6

Nivel de Instrucción del Cuidador

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis Nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de sobrecarga es la misma ante las categorías de NIVEL DE INSTRUCCIÓN.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,004	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
2	La distribución de Resolución de Problemas es la misma entre las categorías de NIVEL DE INSTRUCCIÓN.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,007	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
3	La distribución de Reestructuración Cognitiva es la misma entre las categorías de NIVEL DE INSTRUCCIÓN.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,114	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Expresión Emocional es la misma entre las categorías de NIVEL DE INSTRUCCIÓN.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,022	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
5	La distribución de Apoyo Social es la misma entre las categorías de NIVEL DE INSTRUCCIÓN.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,016	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
6	La distribución de Evitación de Problemas es la misma entre las categorías de NIVEL DE INSTRUCCIÓN.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,255	Retener la hipótesis nula.
7	La distribución de Pensamiento Desiderativos es la misma entre las categorías de NIVEL DE INSTRUCCIÓN.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,240	Retener la hipótesis nula.
8	La distribución de Autocrítica es la misma entre las categorías de NIVEL DE INSTRUCCIÓN.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,000	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
9	La distribución de Retirada Social es la misma entre las categorías de NIVEL DE INSTRUCCIÓN.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes.	,162	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El Nivel de Significancia es ,05.

Para este estudio, resulta entonces que el grado de instrucción con el que cuente el cuidador, influye en el nivel de sobrecarga que este experimente, pudiendo tener relación con factores asociados a la conformación de la muestra, sin embargo también estar asociado a la edad promedio de los cuidadores,

situada un tanto por encima de los cincuenta años. Los ciudadanos en este grupo forman parte de una generación en donde las posibilidades de estudio pudieron, hasta cierto punto, ser mayores que generaciones previas.

De acuerdo con las estrategias de afrontamiento, para cuidar de una persona se debe tener vocación, una formación necesaria o básica para estar al pendiente del mismo, lo que concuerda con los resultados, por otro lado; debe tener empatía con la persona que cuida y ser respetuoso, el nivel de significancia que se notaron reflejados teniendo cambios ya dirigido a las estrategias orientadas al compromiso, precisamente en las variables de resolución de problemas, reestructuración cognitiva y apoyo social; como también en las estrategias orientadas a la Evasión, tales como; evasión de problemas y autocrítica. (Ver Tabla N°6)

En cuanto a la Situación u Ocupación Laboral del cuidador informal de pacientes con enfermedad de Alzheimer un 69% de ellos se ha dedicado al trabajo del Hogar, frente a un 31% que se encuentra dentro del campo laboral; según estudios realizados por el Departamento de Educación Social (2009), la situación laboral del cuidador/a el 60% de ellos trabajan por cuenta ajena o propia, el 10% está en paro, el 30% de los cuidadores son jubilados, resultados que por lo cual se muestran a favor de nuestra investigación.

La ocupación del mayor número de cuidadores del estudio es en el hogar. Este resultado guarda relación con datos hallados en diversas investigaciones del contexto nacional, que encontraron como dedicación del cuidador, el hogar.

Existen estudios sobre la calidad de vida de las mujeres cuidadoras, donde las más jóvenes mostraron niveles de sobrecarga más altos que las de más edad, porque percibían un mayor costo de oportunidad asociado a cuidar, relacionado, por ejemplo, con los conflictos para compatibilizar empleo y cuidados, esto debido a que las mujeres deben asumir múltiples roles dentro del hogar, incluido incluso el de cuidadoras de familiares dependientes.

**DERECHOS RESERVADOS**  
**Tabla N°7**  
**Ocupación del Cuidador**  
**Resumen de prueba de hipótesis**

	Hipótesis Nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de sobrecarga es la misma ante las categorías de OCUPACIÓN.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,920	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Resolución de Problemas es la misma entre las categorías de OCUPACIÓN.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,883	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Reestructuración Cognitiva es la misma entre las categorías de OCUPACIÓN.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,786	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Expresión Emocional es la misma entre las categorías de OCUPACIÓN.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,003	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
5	La distribución de Apoyo Social es la misma entre las categorías de OCUPACIÓN.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,778	Retener la hipótesis nula.
6	La distribución de Evitación de Problemas es la misma entre las categorías de OCUPACIÓN.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,013	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
7	La distribución de Pensamiento Desiderativos es la misma entre las categorías de OCUPACIÓN.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,101	Retener la hipótesis nula.
8	La distribución de Autocrítica es la misma entre las categorías de OCUPACIÓN.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,006	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
9	La distribución de Retirada Social es la misma entre las categorías de OCUPACIÓN.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,000	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>

Se muestran las significancias asintóticas. El Nivel de Significancia es ,05.\

Para esta investigación se evidenció, que la ocupación no es característica primordial para que el cuidador informal pueda generar niveles de Sobrecarga, ya que de igual manera comparando los resultados con investigaciones anteriores, se encontró que la actividad de cuidar dificulta que los cuidadores puedan desarrollarse en el ámbito profesional, otro dato importante a destacar es el hecho que los cuidadores mayores de 65 años tienden a dedicarse en mayor proporción al cuidado del familiar (lo cual coincide con la edad de Jubilación), permitiéndole de alguna manera tener “más tiempo”, mientras que los menores de esas edad combinan la actividad laboral con el cuidado del paciente.

Para las estrategias de afrontamiento, coincide en cierta manera con lo expuesto anteriormente ya que las personas mayores son las que dedican tiempo al cuidado del otro, y por lo general estas personas solo están dedicadas al cuidado del hogar, haciendo énfasis en que coincide con su etapa de vida que tienen un poco más de tiempo, aun así; el nivel de significancia que se notaron reflejados teniendo cambios va dirigido a las estrategias orientadas al compromiso, precisamente en la variable expresión emocional, como también en las estrategias orientadas a la Evasión, tales como; evasión de problemas, autocrítica y retirada social. (Ver Tabla N°7).

Para finalizar, el vínculo del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer el 85% de ellos son familiares entre hijos (as), esposos (as), hermanos (as) entre otra alianza, frente al 15% de ellos los cuales son algún contratado a domicilio encargado del cuidado del paciente. Ahora bien, para el Departamento

de Educación Social (2009), la relación del parentesco con el paciente en el 53% de las familias el cuidador es el hijo o la hija, en el 33% de las familias el cuidador son esposos o esposas. Lo que muestra relación con los resultados obtenidos durante la presente investigación.

Los cuidadores en su mayoría eran familiares, lo que coincide con numerosos estudios. Los familiares sufren la transformación de sus seres queridos con altos sentimientos de pérdida y duelo, aunado a la dificultad para explicar y justificar ante el resto de los familiares (dependiendo el vínculo) los disímiles problemas que se pueden presentar en el transcurso de la enfermedad.

**Tabla N°8**

**Vínculo del cuidador con el paciente**

**Resumen de prueba de hipótesis**

	<b>Hipótesis Nula</b>	<b>Test</b>	<b>Sig.</b>	<b>Decisión</b>
1	La distribución de sobrecarga es la misma ante las categorías de VÍNCULO.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,264	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Resolución de Problemas es la misma entre las categorías de VÍNCULO.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,036	<b>Rechazar la hipótesis nula</b>
3	La distribución de Reestructuración Cognitiva es la misma entre las categorías de VÍNCULO.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,792	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Expresión Emocional es la misma entre las categorías de VÍNCULO.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,035	<b>Rechazar la hipótesis nula.</b>
5	La distribución de Apoyo Social es la misma entre las categorías de VÍNCULO.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,011	<b>Rechazar la hipótesis nula</b>
6	La distribución de Evitación de Problemas es la misma entre las categorías de VÍNCULO.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,435	Retener la hipótesis nula.
7	La distribución de Pensamiento Desiderativos es la misma entre	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,298	Retener la hipótesis nula.

	las categorías de VÍNCULO.			
8	La distribución de Autocrítica es la misma entre las categorías de VÍNCULO.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,298	Retener la hipótesis nula.
9	La distribución de Retirada Social es la misma entre las categorías de VÍNCULO.	Prueba U de Mann - Whitney de muestras independientes.	,160	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El Nivel de Significancia es ,05.

Para esta investigación, el nivel de Sobrecarga que experimentan los cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer es la misma, es decir, independientemente de la relación que tenga el cuidador con el paciente (familiar o empleado) todos perciben algún nivel de carga, sin embargo, para la muestra seleccionada no se percibe carga para esta característica.

Para finalizar, el nivel de significancia reflejado en la prueba dio como resultado tener cambios dirigido a las estrategias orientadas al compromiso, exactamente en la variable resolución de problemas, expresión emocional y apoyo social. Se evidencio que los cuidadores principales son familiares de personas mayores dependientes, por lo que tienden a tener un compromiso mayor con el cuidado, necesitan de más apoyo social, tienden a resolver más las dificultades por lo que coincide con lo antes expuesto. Por otro lado, dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su dependencia funcional les impone. (Ver Tabla N°8).

## CONCLUSIÓN

Al finalizar la etapa de recolección, análisis y discusión de datos, y a partir de los resultados obtenidos se formulan las siguientes conclusiones con respecto al estudio.

De los 100 cuidadores informales incluidos dentro del estudio para evaluar el nivel de Sobrecarga y Estrategias de Afrontamiento en cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer, se evidenció un grado de sobrecarga emocional de 27,76% lo que se caracterizó como bajo ó sin sobrecarga.

Por su parte, en cuanto a la Estrategia de Afrontamiento predominante en la población seleccionada, está la Retirada social, que indica un manejo inadecuado Centrado en la Emoción.

Seguidamente, el perfil socio demográfico de los cuidadores, incluyen características tales como, la edad, lo cual se evidenció que el mayor número de cuidadores informales comprenden una edad entre 46 y 60 años, ahora bien se evidenció que la edad resulto ser un factor de riesgo en cuanto a la sobrecarga, como también en las estrategias de afrontamiento específicamente en los indicadores de reestructuración cognitiva, expresión emocional, apoyo social y evitación de problemas.

Por otro lado, en cuanto al género; se encontró que el 96% de los cuidadores resultaron ser del sexo femenino, este reflejo ser un componente de riesgo en

cuanto a la sobrecarga que estas suelen sentir, para las estrategias de afrontamiento se demostró que de la están centradas en los indicadores: resolución de problemas, expresión emocional, apoyo social, evasión de problemas, pensamiento desiderativo y retirada social.

Seguidamente se encuentre el estado civil, en cual dio como resultado que el 51% de los cuidadores son casados, por otro lado en el nivel de significancia con respecto a la sobrecarga, así mismo se afirmó tener componentes de riesgos en lo que respecta a las estrategias de afrontamiento en todos sus indicadores: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión emocional, apoyo social, evitación de problemas, pensamiento desiderativo, autocrítica y retirada social.

Como resultado del nivel de instrucción, se halló que los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer cuentan con estudios secundarios, partiendo de estos resultados en cuanto al nivel de significancia se encuentra que las personas sienten un nivel de sobrecarga, al igual que se expuso un factor de riesgo en las estrategias de afrontamiento en los indicadores: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, evitación de problemas y autocrítica.

Anudando a la investigación en cuanto a la ocupación el 69% de los cuidadores se han dedicado al trabajo del hogar, para el nivel de significancia, la ocupación no es característica primordial para que el cuidador informal pueda



generar sobrecarga, aun así se encontró que en algunas de las estrategias de afrontamiento si se encontraron factores de riesgo como lo son en la expresión emocional, evitación de problemas, autocrítica y retirada social.

Para finalizar, el vínculo del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer son familiares, para esta investigación se comprobó que las personas no presentaron sobrecarga, ahora bien para las estrategias de afrontamiento solo se mostraron componentes de compromiso en las variables de resolución de problemas, expresión emocional y apoyo social.

## **RECOMENDACIONES**

Tomando en cuenta los resultados obtenidos, se proponen las siguientes recomendaciones:

Realizar el mismo estudio pero tomando en cuenta una población diferente a la aquí planteada, es decir, específicamente en aquellos cuidadores que no reciban ningún tipo de ayuda, como los talleres y actividades recreativas e informativas con los que cuenta la población de este estudio.

Realizar investigación exclusivamente con población masculina y comparar resultados.

Seguir desarrollando dentro de la institución, el grupo de autoayuda integrados por cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer,

con la finalidad de expresar, compartir o drenar experiencias entre ellos permitiéndoles llevar un mejor abordaje de la situación.

Abordar investigaciones para establecer que otras variables pueden estar afectando la situación físico – social y emocional de los cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer de la población seleccionada.

Realizar estudio cualitativo para profundizar en las variables estudiadas.

DERECHOS RESERVADOS

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agraso, Ferreira y Oliveira (2011). Relación entre estrato económico y sobrecarga en cuidadores de pacientes con Alzheimer. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/499/1035>
- Aldana y Guarino (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Hospital José María Vargas, Venezuela. Universidad Simón Bolívar, Venezuela. Recuperado en <http://www.google.co.ve/url?sa=t&rct=j&q=&res=c&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3974398.pdf&ei=XSxVPu9BIOdgwS87YPgAQ&usq=AFQJCNHWgvllfZb0IFYRakzYLh7CVU09CQ&bvm=bv.83339334,d.eX>
- Aravena, J, y Alvarado, S. (2010). Evaluación de la sobrecarga de cuidadores informales. *Revista ciencias y enfermería*, 16 (2), 111-120.
- Bravo, S (1991). *Diccionario práctico de estadística*. Madrid: Paraninfo
- Carretero, Garces y Rodenas (1998). Artículo científico. La sobrecarga de cuidadores de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial.
- Córdoba, Latorre y Mariño (2012), Artículo científico. "Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer". Vol. 6, núm. 1. Bogotá, Colombia.
- Chacón Rosado, Edward Cleymer, Valverde De La Cruz, Lucero Natalí. (2014). Estrategias de afrontamiento y nivel de sobrecarga en el cuidador informal de la persona con Alzheimer. Hospital Regional Docente de Trujillo 2013.
- Chávez, N. (1994). *Introducción a la investigación educativa*. Maracaibo, Venezuela.
- Dillehay, R.C. y Sandys, M.R. (1990). Caregivers for Alzheimer's Patients: What We Are Learning from Research. *International Journal of Aging and Human Development*, 30(4), 263-285
- Estudio del Departamento de Educación social (2009). Dinámica sociofamiliar y perfil del cuidador principal. Recuperado en: <http://www.crealzheimer.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/10jornada.pdf>

- FundaConCiencia (2013). Recuperado de <http://www.fundaconciencia.com/blogs/post/Escuela-para-Cuidadores-de-Adultos-Mayores/>
- Fundación Alzheimer de Venezuela (2009)
- Grad, J. y Sainsbury, O. (1963). Mental illness and the Family. *Lancet* i: 544-547.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (1998). Metodología de la Investigación. McGraw-Hill. México, D.F.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación. McGraw-Hill. México, D.F.
- Lazarus y Folkman, (1986). Motivaciones y emoción. Editorial Mcgraw-Hill.
- Ley de Dependencia (2006). Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia [http://www.auxiliar-enfermeria.com/cuidador\\_conceptos.htm](http://www.auxiliar-enfermeria.com/cuidador_conceptos.htm)
- Levín y Rubín (2004). Estadística para Administración y Economía. Prentice Hall Hispanoamericana. México
- MEDICINA21 (2014). Fases clínicas de la enfermedad de Alzheimer. Recuperado en: <http://www.medicina21.com/doc.php?apartat=Dossier&id=34>
- Miller. B, Montgomery.A. (1990). Family caregivers and limitations in social activities. *Res Aging*12(1),72-93.
- Montgomery, R.J., Gonyeawe, J.G. y Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations* 34, 19-26.
- Onmeda.es (2012). Enfermedades y síntomas. Alzheimer: definición. Recuperado en: <http://www.onmeda.es/enfermedades/alzheimer-definicion-1474-2.html>
- Organización Mundial de la Salud (2012). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Painepán y Kühne (2012). "Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer". Departamento de Promoción de la Salud Psicológica Universidad de Santiago de Chile. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0719448x2012000100001&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0719448x2012000100001&script=sci_arttext)
- Palella y Martins (2010). Metodología de Investigación Cuantitativa. FEDEUPEL. Caracas, Venezuela.

- Pérez, Rodríguez, Herrera, García, Echemendía y Chang de la Rosa (2012), Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes. La Habana, Cuba.
- Ramírez, M (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Estrategias de Afrontamientos (CSI) en padres de personas con trastorno del espectro autista. Tesis Pregrado. Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo – Estado Zulia
- Roca, y otros (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo alzheimer. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770002>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) (2009). Envejecimiento de la población: ¿Quién se encarga del cuidado?. Recuperado de [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---rolima/documents/publication/wcms\\_184715.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---rolima/documents/publication/wcms_184715.pdf)
- Tartaglino, Ofman y Stefani (2010). Sentimientos de sobrecarga y afrontamiento en cuidadores familiares principales de pacientes con demencia. Argentina. Recuperado por <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921798003.pdf>
- Tobin, D (1989). Factor de la estructura jerárquica de las estrategias de afrontamiento. Madrid, Editorial Semergen. <http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-09-02911.pdf>
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., Wigal, J. K. (1989). The Hierarchical Factor Structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13 (4), 341-361.
- Torres y Beltrán (2006). Sobrecarga del cuidador Primario que asiste a familiar con cáncer. Recuperado de <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/28487/1/lrais%20Gomez%20Blanco.pdf>
- Torrealba y Yépez (2012). Estrategias de afrontamiento y sobrecarga en cuidadores/as informales de pacientes con insuficiencia renal crónica. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Barquisimeto, Venezuela. Recuperado de <http://bibhumartes.ucla.edu.ve/DB/bcucla/edocs/repositorio/TEGRC918R4E882012.pdf>
- Zarit, S., Reever, Ke., y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives Of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20 (06), 649-655.

- Zarit, S., Orr, N y Zarit, J (1985). The hidden victims of Alzheimer's disease: families under stress. New Youk: University Press. Extraído el 15 de noviembre de 2008 desde <http://scielo.isclii.es/pdf/gv/v22n6/carta1.pdf>.
- Zarit Sh., Toseland, R. (1989). Current and future direction in family caregiving research. *Gerontologist*, 29, 481-3.
- Zarit, S.H. y Teri, L. (1991). Interventions and services for family caregivers. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 187-310
- Zarit, S.H. (2002). Caregiver's Burden. En S. Andrieu y J.P. Aquino: Family and professional carers: findings lead to action. Paris: Serdi Edition y Fondation Médéric Alzheimer.

DERECHOS RESERVADOS

DERECHOS RESERVADOS

## **ANEXOS**

## ANEXO #1

### CARTA DE CONSENTIMIENTO

Yo, acepto participar de manera voluntaria en el proyecto de investigación titulado **“Sobrecarga y Estilos de Afrontamiento en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer”**, diseñado por la persona abajo firmante. Para ello se requiere de su disposición para llenar una serie de cuestionarios, cumpliendo con lo establecido por los artículos 57, 60 y 69 del Código de Ética Profesional del Psicólogo, acerca de la preservación de su identidad física y mental, el anonimato y confidencialidad de sus respuestas se garantizará, así como la utilización responsable de los resultados de la investigación para fines científicos y prácticos en virtud de lo antes mencionado, solicitamos su colaboración y cooperación en el proyecto de investigación.

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Nivel de Instrucción: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Vínculo (con él paciente): \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo iniciaron los cuidados?: \_\_\_\_\_

**Atentamente:** Psic. Tutor Audio Ortigoza (URU); Br. Marioxi Arandia (URU); Br. Fabiola Partidas (URU). Responsables de la Investigación.



## ANEXO #2

### Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZCBI)

**INSTRUCCIONES:** A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Ud. así:

0 Nunca	1 Rara vez	2 Algunas veces	3 Bastantes veces	4 Casi siempre
------------	---------------	--------------------	----------------------	-------------------

A la hora de responder esté seguro de que responde a todas las afirmaciones, piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

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

### ANEXO #3

#### Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

**INSTRUCCIONES:** De nuevo, piense durante unos minutos en un hecho o situación, relacionado con su salud, que haya sido muy estresante para usted. Por estresante entendemos una situación que le causa problemas, le hace sentirse mal o que le cuesta mucho enfrentar. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica, en la situación que pensó previamente, para ello coloque el número que mejor refleje su opinión en la casilla que se encuentra al lado izquierdo de cada afirmación, de acuerdo a la siguiente escala:

0	1	2	3	4
En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	Totalmente

Esté seguro de responder a todas las frases. No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

Uso	Situación
	1. ¿Luché para resolver el problema?
	2. ¿Me culpé a mi mismo?
	3. ¿Dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés?
	4. ¿Deseé que la situación nunca hubiera empezado?
	5. ¿Encontré a alguien que escucho mi problema?
	6. ¿Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente?
	7. ¿No dejé que me afectara, evite pensar en ello demasiado?
	8. ¿Pasé algún tiempo solo(a)?
	9. ¿Me esforcé para resolver los problemas de la situación?
	10. ¿Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché?
	11. ¿Expresé mis emociones, lo que sentía?
	12. ¿Deseé que la situación no existiera ó que de alguna manera terminase?
	13. ¿Hablé con una persona de confianza?
	14. ¿Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas?
	15. ¿Trate de olvidar por completo el asunto?
	16. ¿Evité estar con gente?
	17. ¿Hice frente al problema?
	18. ¿Me critiqué por lo ocurrido?
	19. ¿Analiqué mis sentimientos y simplemente los deje salir?
	20. ¿Deseé no encontrarme nunca, en esa situación?
	21. ¿Dejé que mis amigos me echaran una mano?
	22. ¿Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían?
	23. ¿Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más?
	24. ¿Oculté lo que pensaba y sentía?
	25. ¿Supe lo que había que hacer, así que doble mis esfuerzos y trate con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran?
	26. ¿Me recriminé por permitir que esto ocurriera?
	27. ¿Dejé desahogar mis emociones?
	28. ¿Deseé poder cambiar lo que había sucedido?

	29. ¿Pasé algún tiempo con mis amigos?
	30. ¿Me pregunté que era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo?
	31. ¿Me comporté como si nada hubiera pasado?
	32. ¿No dejé que nadie supiera cómo me sentía?
	33. ¿Mantuve mi postura y luche por lo que quería?
	34. ¿Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias?
	35. ¿Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron?
	36. ¿Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes?
	37. ¿Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto?
	38. ¿Me fijé en el lado bueno de las cosas?
	39. ¿Evité pensar o hacer nada?
	40. ¿Traté de ocultar mis sentimientos?
	41. ¿Me consideré capaz de afrontar la situación?

DERECHOS RESERVADOS