



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA  
FACULTAD “TERESA DE ÁVILA”  
DEPARTAMENTO DE HUMANIDADES**

**Tesis para acceder al título de Licenciatura en Psicología**

***“RELACIÓN ENTRE LA SOBRECARGA Y EL AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN  
CUIDADORES FORMALES DE PACIENTES GERONTES CON DEMENCIA EN LA  
CIUDAD DE PARANÁ”***

**Tesista: Eliana Natalí Sánchez**

**Director: Dr. José Eduardo Moreno**

**Año 2019**

## AGRADECIMIENTOS

*A Dios, por el don de la vida, por darme fortaleza y perseverancia para poder superar todos los obstáculos que se me presentaron y así poder llegar al final de esta etapa.*

*A mi abuela Leticia, que fue mi luz, fuente de amor y de inspiración para esta tesis. Hoy me guía y cuida desde el cielo. Gracias por el amor infinito que me diste siempre.*

*A mis padres María Rosa y Roberto, por los valores que me transmiten, por el amor incondicional que me brindan y porque como quieren lo mejor para mí, con todo su esfuerzo me dieron la posibilidad de formarme en esta Universidad. A ellos que siempre se preocuparon, me apoyaron y estuvieron pendientes de todo. Gracias mamá por el sacrificio que hiciste mes a mes para que yo pueda finalizar mis estudios; de otra manera no hubiese sido posible.*

*A mi hermana Emilia, mi sostén, mi compañera de vida. A ella que siempre me alentó para seguir adelante, que me dictó, leyó, y escuchó preparar exámenes. Soportó mis noches de insomnio, mis cambios de humor previos a rendir, y festejó conmigo cada pequeño logro. Gracias por creer en mí, por ayudarme a no bajar los brazos nunca, por intentar calmar mis ansiedades y espantar mis miedos. Gracias por darme un motivo más para pensar en mi futuro, a Thiago quien fue mi compañía y alegría en mis mañanas de estudio. Te amo infinitamente.*

*A los amigos que me dejó esta etapa Universitaria, Paula, Florencia, Agustina, Valentina y Pedro. Excelentes personas con quienes compartí el aula, innumerables trabajos en equipo, días y noches de estudio. Gracias por hacer mis días de cursado más placenteros, por permitirme aprender de ustedes, por su compañerismo y amistad, incluso en esta etapa final de nuestra formación.*

*A las amigas que me dio la vida, Agustina, Ileana, Ailín, Eugenia, Carolina y Ayelén personas hermosas, sinceras, atentas, leales, y podría seguir diciendo infinitas cualidades. Gracias por acompañarme siempre, por entender mis distancias cuando debía estudiar, por apoyarme y alentarme, por darme los mejores consejos y momentos de distracción*

*cuando pensaba que ya no podía más. Gracias por tanto amor, por estar en los buenos y malos momentos.*

*A toda mi familia, por preocuparse y estar siempre pendientes de mis estudios.*

*A Verónica, a Silvia y toda su familia, por ser parte de mi vida, por sus palabras de aliento, su entusiasmo y constante preocupación por mi formación profesional. Personas muy importantes para mí, que siempre estuvieron y están para lo que sea. Gracias por tanto cariño, por dejarme ser parte de su vida y familia.*

*A mi director de tesis, el Dr. José Eduardo Moreno, por su ayuda, apoyo y colaboración en la realización de esta tesis. Excelente profesional y docente de quien tuve la suerte de aprender en distintos momentos de la carrera.*

*Y a cada uno de los docentes y profesionales por sus enseñanzas.*

*“Enseñarás a volar,  
pero no volarán tu vuelo.  
Enseñarás a soñar,  
pero no soñarán tu sueño.  
Enseñarás a vivir,  
pero no vivirán tu vida.  
Sin embargo...  
en cada vuelo,  
en cada sueño,  
en cada vida,  
perdurará siempre la huella  
del camino enseñado.”  
Madre Teresa de Calcuta.*

# ÍNDICE

## **Tabla de contenido**

<b>Resumen .....</b>	<b>6</b>
<b>CAPITULO I.....</b>	<b>7</b>
<b>1. Introducción.....</b>	<b>8</b>
1.1. Planteamiento del Problema .....	8
1.2. Objetivos de la investigación .....	10
1.3. Hipótesis .....	10
1.4. Justificación del estudio.....	10
<b>CAPITULO II.....</b>	<b>11</b>
<b>2. Marco teórico .....</b>	<b>12</b>
2.1. Estado del arte: antecedentes de investigación .....	12
Internacionales .....	12
Nacionales.....	14
2.2. Encuadre teórico .....	16
2.2.1. Adultos mayores: Envejecimiento y enfermedad .....	16
2.2.1.1 Demencia .....	19
2.2.2. Residencias y Centros de día .....	23
2.2.3. Cuidadores .....	27
2.2.4. Sobrecarga .....	30
2.2.5. Estrés.....	33
2.2.6. Afrontamiento .....	39
2.2.7. Relación Estrés y Sobrecarga del cuidador .....	45
<b>CAPITULO III.....</b>	<b>47</b>
<b>3. Encuadre Metodológico.....</b>	<b>48</b>
3.1. Tipo de estudio.....	48
3.2. Participantes.....	48
3.3. Técnicas de recolección de datos .....	48
3.4. Procedimientos de recolección de datos .....	49
3.5. Plan de tratamiento y análisis de datos .....	50
<b>CAPITULO IV.....</b>	<b>51</b>
<b>4. Resultados .....</b>	<b>52</b>
<b>CAPITULO V.....</b>	<b>57</b>

5. <i>Discusión</i> .....	58
6. <i>Conclusión</i> .....	61
7. <i>Limitaciones</i> .....	63
8. <i>Sugerencias</i> .....	64
<i>Referencias Bibliográficas</i> .....	65
<i>ANEXOS</i> .....	71
<i>Instrumentos de recolección de datos</i> .....	76
<i>Consentimiento informado</i> .....	81

**Lista de Tablas**

<i>Tabla 1 Cuestionario de Afrontamiento al Estrés, estadísticos descriptivos.</i> .....	52
<i>Tabla 2 Tabla de frecuencia de la Escala de Sobrecarga.</i> .....	53
<i>Tabla 3 Correlaciones entre Sobrecarga y Afrontamiento al Estrés</i> .....	55

## **Resumen**

La presente investigación, fue de tipo descriptivo-correlacional de corte transversal, dado que sus objetivos pretendían describir y establecer si existen asociaciones entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga en los cuidadores formales de pacientes gerontes con demencia de la ciudad de Paraná. La hipótesis de la misma fue que las estrategias de afrontamiento que utilizan los cuidadores formales de pacientes con demencia en la ciudad de Paraná, se relacionan con el nivel de sobrecarga que perciben en su labor y que la sobrecarga intensa se asocia con el uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales dirigidos a la emoción y evitación del problema.

Para la recolección de los datos se administró la versión abreviada y adaptada al español de la escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) de Sandín y Chorot, y un cuestionario sociodemográfico. El procesamiento y análisis estadístico de los datos se realizó utilizando el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15.0.

Como resultado se halló que un 66,7% de los cuidadores presentaron ausencia de sobrecarga, mientras que un 33,3% de ellos presentó niveles de sobrecarga intensa. En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento se encontraron asociaciones que comprueban que estos niveles de sobrecarga encontrados se encuentran en relación con las estrategias que utilizan los cuidadores.

Según los datos obtenidos puede demostrarse que quienes presentan niveles de sobrecarga intensa, suelen utilizar con frecuencia estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción y evitación del problema. Este tipo de estrategias no permite que los cuidadores puedan focalizarse en el problema en miras a una búsqueda de solución de la situación generadora de estrés.

Es de suma importancia tener en cuenta que cada vez cobra más relevancia la figura del cuidador formal y que es necesario cuidar a quien cuida, dado que éste influye en la atención de la salud del enfermo encargándose de los cuidados directos.

**Palabras claves:** Adultos mayores, cuidadores formales, demencia, sobrecarga, estrés, afrontamiento.

# CAPITULO I

## 1. Introducción

### 1.1. Planteamiento del Problema

En la siguiente investigación, se intenta alcanzar una aproximación a los diferentes niveles de sobrecarga que presentan los cuidadores formales de pacientes con demencia y su relación con las distintas estrategias de afrontamiento que poseen.

Durante los últimos años, se han realizado diversas investigaciones relacionadas con adultos mayores, teniendo particular relevancia los estudios acerca de los cuidadores que son informales y que resultan ser, generalmente, un miembro de la familia. Gran parte de las investigaciones tienen como punto central el análisis de los diversos factores que afectan a la salud física y psíquica del cuidador en su labor (Chacón Rosado y Valverde de la Cruz, 2014).

A medida que el adulto envejece, comienza a padecer diferentes enfermedades que en muchos casos llevan a un estado de dependencia. La dependencia, según el Consejo de Europa es el estado en el que una persona necesita ayuda y/o asistencia de otra para realizar las actividades de la vida diaria, puesto que padece una falta de autonomía física, psíquica o intelectual. Una de las principales enfermedades que genera dependencia en el adulto es la demencia. Con el incremento de la edad, el deterioro de la salud implica que el adulto mayor comience a depender cada vez más de otras personas (Yuste Rossell, 2004).

En consecuencia, los adultos mayores comienzan a necesitar atención específica que habitualmente solo puede ser brindada por especialistas, y en muchas ocasiones las 24 horas del día. Esto induce a que se recurra a la internación de los mismos en instituciones o asilos donde puedan llevar una vida digna y recibir la atención plena que necesitan.

Los asilos o institutos geriátricos, cuentan con cuidadores capacitados para llevar adelante la labor de cuidar a las personas que en ellos habitan, en todos los ámbitos de la vida diaria. Son los encargados de realizarles la higiene personal, alimentarlos, vestirlos, ayudarlos a trasladarse de un lugar a otro, en caso de que no puedan por sus propios medios, entre otras actividades. Puesto que son quienes ayudan y acompañan al adulto en todas sus actividades, y teniendo en cuenta que son muchos los pacientes que residen en instituciones geriátricas en comparación del número de cuidadores que trabajan en éstos, puede suceder que experimenten diferentes niveles de sobrecarga en su labor.

Ser cuidador de adultos mayores, y en particular de aquellos que padecen demencia puede ser una fuente de estrés importante. Por esta razón, el paciente en ocasiones es experimentado como una carga para el cuidador, más aún ante la presencia de diferentes

estresores asociados al cuidar y atender a personas que dependen completamente de ellos. Frente a estas situaciones, los cuidadores deben adaptarse a la crisis que puede generar a nivel personal y que puede afectar en su labor profesional. Esta respuesta ante los factores estresantes es posible gracias a diferentes estrategias para afrontar el estrés que utilizan las personas de acuerdo a las características de su personalidad.

Actualmente, cobra cada vez más relevancia la figura del cuidador formal, dado que en la medida que las redes familiares comiencen a verse limitadas en cuanto al cuidado de sus miembros y la atención requerida, su importancia tenderá a hacerse mayor (Miguel, Sancho, Avellán y Rodríguez, 2000, citado en Cerquera Córdoba, y Galvis Aparicio, 2014).

A partir de lo expresado anteriormente, teniendo en cuenta la importancia que poseen los cuidadores para quienes cuidan y que el desempeño de este rol les puede provocar consecuencias negativas para su salud (Flores, Rivas, y Seguel, 2012) se decidió abordar la problemática correspondiente a la sobrecarga laboral y el afrontamiento al estrés en los cuidadores de adultos mayores con demencia que se desempeñan en instituciones geriátricas y centros de día. Cabe mencionar que esta investigación tuvo sus limitaciones en cuanto a sus antecedentes de estudio como así también porque la muestra no fue de fácil acceso por la poca cantidad de cuidadores que trabajan por turno en las residencias y centros de día.

A continuación se presenta el interrogante central de esta investigación: ¿El nivel de sobrecarga se asocia con los estilos de afrontamiento al estrés en los cuidadores formales de pacientes con demencia en la ciudad de Paraná?

### **Preguntas**

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que utilizan los cuidadores formales de pacientes con demencia en la ciudad de Paraná?

¿Cuál es el nivel de sobrecarga que experimentan los cuidadores formales de pacientes con demencia en la ciudad de Paraná?

¿Existe relación entre el nivel de sobrecarga y las estrategias de afrontamiento que experimentan los cuidadores formales de pacientes con demencia en la ciudad de Paraná?

## **1.2. Objetivos de la investigación**

### **1.2.1. Objetivo general.**

Estudiar la relación entre la sobrecarga y el afrontamiento al estrés que poseen los cuidadores formales de pacientes con demencia.

### **1.2.2. Objetivos específicos.**

- Describir las estrategias de afrontamiento que utilizan los cuidadores formales de pacientes con demencia en la ciudad de Paraná.
- Caracterizar la sobrecarga que perciben los cuidadores formales de pacientes con demencia en la ciudad de Paraná.
- Determinar si existe asociación entre la sobrecarga y el afrontamiento al estrés que presentan los cuidadores formales de pacientes con demencia en la ciudad de Paraná.

## **1.3. Hipótesis**

Las estrategias de afrontamiento que utilizan los cuidadores formales de pacientes con demencia en la ciudad de Paraná, se relacionan con el nivel de sobrecarga que perciben en su labor. La sobrecarga intensa se asocia con el uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales dirigidos a la emoción y evitación del problema.

## **1.4. Justificación del estudio**

Esta investigación es de gran aporte a la comunidad científica y en particular al campo de la Psicología Clínica dado que indaga los estilos de afrontamiento que tienen los cuidadores que trabajan en instituciones en los que residen adultos con demencia. La principal novedad es que se estudia sobre una población sobre la cual no hay muchos antecedentes de investigación, sobre todo a nivel local, ya que la mayoría de las que se han realizado centran su análisis en los cuidadores de familiares con demencia.

# CAPITULO II

## **2. Marco teórico**

### **2.1. Estado del arte: antecedentes de investigación**

#### **Internacionales**

En el año 2008 en Veracruz, México, Hernández Zamora y Ehrenzweig Sánchez, realizaron una investigación cuyo propósito era detectar si la carga que perciben los cuidadores formales de adultos mayores institucionalizados se asociaba a la presencia de burnout e identificar las variables que inciden en la sobrecarga y el burnout. La muestra se compuso por 56 trabajadores de un asilo público que dependía de la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz, a los que se les aplicó un cuestionario general con el fin de recabar datos tales como sexo, edad, escolaridad, antigüedad en el trabajo, entre otros; se aplicó también el Maslach Burnout Inventory (MBI) , el cual es un cuestionario que mide el burnout como forma específica de estrés laboral; y se utilizó además la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit la cual mide la vivencia subjetiva de sobrecarga que percibe el cuidador de pacientes. Los resultados de esta investigación revelaron que la sobrecarga está vinculada a la presencia de burnout en un trabajador y que las variables que influyen tanto en el burnout como en la sobrecarga son las mismas: trabajar más de ocho horas diarias, desempeñar el puesto de enfermera, no descansar ningún día de la semana, no tener pareja pero sí hijos, tener estudios de secundaria y tener quince años o menos de antigüedad en el puesto.

Jofré Aravena y Sanhueza Alvaro, realizaron en el año 2010 una investigación en Concepción, Chile. El principal objetivo de esta investigación consistió en detectar la sobrecarga que se deriva de la tarea de cuidar, de las personas cuidadoras/es y al mismo tiempo poder detectar los factores asociados a ella. Para llevar adelante esta investigación se realizaron estudios socio-demográficos y antecedentes vinculados a la tarea de cuidar. Se aplicó también la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. La muestra se conformó por un 88.5% de mujeres. Esta investigación pretendió ayudar a contemplar la realidad de muchos hogares y considerar a las cuidadoras/es como un usuario más de las intervenciones y prestaciones que el sistema de salud legal debe permitir. Los resultados de la investigación revelaron que el perfil predominante es el de la cuidadora informal, mujer, entre 54 y 65 años de edad, hija, esposa y/o madre que cuida más de 8 horas diarias a su familiar, que no ha recibido formación para los cuidados que otorga y que presenta un nivel de sobrecarga moderado.

En el año 2013 Chang de la Rosa, Echemendía Tocabens, Garía Roché, Herrera Travieso, Pérez Jiménez, y Rodríguez Salvá, realizaron una investigación en La Habana, Cuba, cuyo principal objetivo consistió en caracterizar la sobrecarga y estilos de afrontamiento que presentan los cuidadores de personas dependientes en el área de la salud “Héroes de Girón”. Los autores antes mencionados, realizaron un estudio de sobrecarga y estilos de afrontamiento ya que las estrategias y recursos que posee el cuidador, le permiten amortiguar el impacto que genera en ocasiones la situación de cuidar a otras personas. Para llevar adelante esta investigación se realizó un estudio descriptivo transversal aplicándose la Escala de sobrecarga del Cuidador de Zarit y el cuestionario COPE. Quienes participaron de la muestra fueron cuidadores informales de pacientes con dependencia de tipo física que tenían vínculos afectivos con ellos y que no recibían remuneración económica. Los resultados de la investigación revelaron que la sobrecarga se presentó en el 47.6% de cuidadores, es decir, en poco menos de la mitad de estos con predominio en las mujeres, en grupos de 60 años y más y en aquellos que no han recibido un programa educativo. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas son las relacionadas a resolver problemas que el cuidado puede presentar.

En el año 2014, en Trujillo, Perú, Chacón Rosado y Valverde de la Cruz, realizaron una Tesis de Licenciatura en Enfermería. El objetivo general de esta tesis era establecer la relación entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga en el cuidador informal de personas con Alzheimer en el Hospital Regional Docente de Trujillo, Perú. Quienes participaron de esta muestra fueron 40 cuidadores informales a los que se aplicaron la Escala de sobrecarga del Cuidador de Zarit para detectar el nivel de sobrecarga y la Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) para identificar las estrategias de afrontamiento. La hipótesis que se plantearon fue que las estrategias de afrontamiento se relacionan significativamente con el nivel de sobrecarga en el cuidador informal de personas con Alzheimer. Como resultado de esta investigación, se halló que las estrategias de afrontamiento más utilizadas son: Resolución de Problemas 87.5%, Pensamiento Desiderativo 87.5%, y Reestructuración cognitiva 80%. En lo que respecta los niveles de Sobrecarga, el 40% presenta sobrecarga leve, 32.5% no presenta sobrecarga y el 27.5% presenta sobrecarga intensa.

Cerquera Córdoba y Galvis Aparicio realizaron en el año 2014 en Bucaramanga, Colombia, una investigación cuyo objetivo principal fue identificar los efectos psicológicos, en especial la depresión y la sobrecarga subjetiva en cuidadores formales e informales de personas con Alzheimer. La muestra de esta investigación se compuso de 62

cuidadores formales y 53 cuidadores informales y se utilizó para medir las variables, el Inventario de Depresión Estado – rasgo IDER, a Escala de Sobrecarga de Zarit y la Escala de Estrategias de Coping Modificada. Luego de analizar las frecuencias de aparición de cada variable y comparar las puntuaciones de los grupos, se encontró eutimia estado en 21% de los cuidadores formales y 36% en los cuidadores informales. En lo que respecta a la sobrecarga, un 58,5% de los cuidadores informales y un 33.9% de los formales mostraron sobrecarga. Las diferencias significativas de estos resultados fueron entre los cuidadores formales e informales en el nivel de sobrecarga, sin embargo no fue así respecto a los niveles de depresión. Los resultados, dan cuenta de la necesidad de explorar la relación entre los factores personales y sociodemográficos y profundizar en la relación entre las estrategias de afrontamiento y su nivel de afectación.

En el año 2014, en Bucaramanga y Bogotá, Cerquera Córdoba, Granados Latorre y Galvis Aparicio realizaron una investigación cuyo principal objetivo era identificar si existía o no relación entre el estrato económico de los cuidadores y el nivel de sobrecarga que presentan. Para llevarla adelante se trabajó con una muestra de 100 sujetos, hombres y mujeres cuidadores de una persona con Alzheimer, sin distinción de edad, género, raza o religión. Los instrumentos que se utilizaron fueron, la Escala de Sobrecarga del Cuidadores de Zarit y la ficha de datos socio demográficos de cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Los resultados de la investigación mostraron que la mujer predomina en el cuidado de pacientes con demencia tipo Alzheimer, asumiendo el rol de cuidadora. Se concluye asimismo que no existe relación entre el estrato económico y la sobrecarga, y que este no es un factor determinante para que se presente sobrecarga.

### **Nacional**

Tartaglino, Ofman y Stefani, en el año 2010, realizaron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires una investigación acerca del sentimiento de sobrecarga y afrontamiento en cuidadores familiares principales de pacientes con demencia. El objetivo principal de esta investigación, era analizar si las estrategias de afrontamiento influyen sobre el sentimiento de sobrecarga. Para llevar adelante esta investigación, la muestra se compuso por 200 cuidadores informales que acompañaron a los pacientes con demencia para su atención a los Servicios de Neurología del HIGA Eva Perón, del Hospital Dr. Abel Zubizarreta y a otras instituciones médicas, públicas o privadas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; a quienes se administró el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman,

la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y un Cuestionario de datos generales y psicosociales, para indagar sobre la edad, género, nacionalidad, etc. Los resultados muestran que a mayor utilización de las estrategias “Requerimiento de Información y Ejecución de acciones que resuelvan el problema” incidió en menores niveles de sobrecarga; por el contrario, a mayor utilización de “Descarga emocional” mayor nivel de sobrecarga. Estos resultados muestran que el estrés del cuidador está relacionado con la valoración que él realice de la situación y con los recursos que disponga.

## **2.2. Encuadre teórico**

### **2.2.1. Adultos mayores: Envejecimiento y enfermedad**

La vejez, representa situaciones de crisis que se dan a lo largo del ciclo vital. En la actualidad, la sociedad suele verla como algo temido, negado, haciendo incluso que muchas personas adopten de manera inconsciente, aunque gran parte de las veces conscientes, conductas negativas hacia las personas mayores (Tamer, 2008).

Envejecer, es un proceso inherente y progresivo que sucede a todos los seres vivos y que culmina con la muerte. Se caracteriza por ser heterogéneo, dado que el proceso ocurre en los individuos de distintas maneras y las personas se vuelven cada vez más diferentes unas de otras. Con frecuencia, suelen confundirse los cambios propios del envejecimiento fisiológico con aquellos que se originan debido a enfermedades que se presentan en el adulto mayor (Hoyl Moreno, 2016).

Como bien menciona la autora (Hoyl Moreno, 2016), se puede hablar de un envejecimiento exitoso y uno no exitoso. En el primer caso, la persona goza de buena salud mental, calidad de vida y es autovalente para las actividades de la vida diaria a pesar de la edad cronológica. Por el contrario, en los casos de envejecimiento no exitoso, las personas se han vuelto dependientes de terceros debido a alguna limitación funcional o de salud mental y requieren ayuda para realizar sus actividades cotidianas, dando cuenta de un deterioro en su calidad de vida.

Bellami (1998, citado en Hoyl Moreno, 2016), define envejecimiento como el último periodo de la vida, el cual se caracteriza por un declive global a nivel fisiológico que resulta en una falla en la capacidad para adaptarse a las demandas del ambiente y que resulta en la muerte.

Landinez Parra, Contreras Valencia y Castro Villamil (2012), exponen que el envejecimiento es un proceso multifactorial, fundamentalmente biológico, que comienza en la concepción y produce cambios en la especie a lo largo de la vida. Es importante aclarar que no todos los cambios relacionados con la edad tienen consecuencias negativas.

A nivel biológico, el envejecimiento se asocia con la acumulación de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, éstos disminuyen la capacidad intrínseca del individuo, reducen las reservas fisiológicas y aumentan el riesgo de muchas enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2015).

En los seres vivos, tal como exponen Landinez Parra, et al. (2012), el envejecimiento se caracteriza por ser:

- Universal: propio de todos los seres vivos.
- Progresivo: a lo largo de la vida se van produciendo efectos sobre el organismo, que se acumulan y originan los cambios propios del envejecimiento.
- Irreversible: no puede detenerse ni revertirse.
- Heterogéneo e individual: la velocidad de declinación funcional varía de persona a persona e incluso dentro de la misma.
- Deletéreo: lleva a una progresiva pérdida de función.
- Intrínseco: no es debido a factores ambientales modificables.

Quienes se desempeñan en el estudio de los adultos mayores, distinguen entre envejecimiento primario y envejecimiento secundario. El primero se caracteriza por aquellos cambios universales, físicos e irreversibles que ocurren en la senectud. Por otro lado, el envejecimiento secundario es aquel que se da debido a las consecuencias de enfermedades específicas, que pueden variar de persona en persona (Berger, 2008).

Siguiendo a esta autora, el envejecimiento primario no es la causa directa de las enfermedades que padecen muchos adultos mayores, sino que más bien incrementa el estrés, sin embargo el hecho de que los sistemas corporales funcionen a esta edad lentamente y sean menos eficientes, hacen pensar al envejecimiento primario como una causa indirecta de las distintas enfermedades propias del envejecimiento secundario que va deteriorando la calidad de vida (Berger, 2008).

Existen diferentes teorías acerca del proceso de envejecimiento. Goldman y col. (citado en Hernández González y González Martínez, 2013) agruparon estas en dos grupos, por un lado se pueden encontrar las teorías estocásticas y por el otro las no estocásticas. Las primeras abordan el envejecimiento como algo aleatorio producto de una acumulación de diferentes alteraciones, mientras que las segundas, explican que el proceso de envejecimiento es algo ya programado y está determinado genéticamente por lo tanto se transmite por herencia.

El color del cabello, la piel, la figura corporal entre otros, son los signos más destacables de la vejez. Los problemas más importantes, por lo general, se relacionan con

los sentidos, generando en ocasiones depresión y aislamiento social (Berger, 2008). Como menciona la autora, también se dan modificaciones a nivel cognitivo. Durante la vejez, se produce un cambio en este nivel que hace que los adultos mayores reaccionen con mayor lentitud que los adultos más jóvenes. El procesamiento cognitivo, se ve entumecido por la disminución de las sensaciones y la percepción reducida. Este enlentecimiento afecta la memoria inmediata y los procesos de control.

Como plantea la autora, en los viejos se da lo que se llama senilidad. Esto consiste en la pérdida de las habilidades intelectuales. Más precisamente se puede denominar a esta patología del funcionamiento del cerebro como “demencia”. La demencia se caracteriza por la pérdida de memoria y confusión. Teniendo en cuenta la edad en la que se manifiesta la demencia, podemos encontrar la demencia presenil, aquella que se manifiesta antes de los 60 años, o la demencia senil o psicosis senil cuando ocurre después de los 60 años. Existen múltiples enfermedades que pueden causar demencia, tales como la enfermedad de Alzheimer, los derrames cerebrales y la enfermedad de Parkinson, entre otras (Berger, 2008).

El impacto de la demencia es de gran importancia, dado que afecta tanto la salud y el bienestar del paciente, y a su vez implica a una gran carga para el cuidador, así como también un aumento del uso de los servicios sanitarios y las consiguientes necesidades de cuidado a largo plazo (Rockwood y Middleton, 2007, citado en Landinez Parra, Contreras Valencia y Castro Villamil 2012).

El envejecimiento y las enfermedades propias del mismo, entre ellas la demencia, en algunos casos generan en los ancianos una dependencia de otras personas para realizar de manera sana y adecuada las actividades de la vida diaria, ya que se ven afectadas sus capacidades de autocuidado que les permite mantener la independencia. A su vez, las actividades de la vida diaria, también se ven afectadas por la edad, el estado de salud y el dolor (Berger, 2008). El cuidado que requieren estas personas que se encuentran en un estado delicado de salud, por lo general es una tarea que realizan los familiares del mismo. Éstos aportan apoyo material y vivienda, aún más contribuyen al cuidado físico y brindan cierto sentido de seguridad psicológica. Sin embargo, en ocasiones la alternativa institucional es necesaria, ya sea porque no disponen de familiares vivos, por el deterioro de la salud, por un delicado equilibrio entre las necesidades físicas y psicológicas del anciano, o por el incremento de tensiones que generan a los familiares, las demandas de cuidar a una persona enferma (Peers, 1985).

### 2.2.1.1 Demencia

Podemos definir la demencia como un síndrome que se caracteriza por la pérdida de la memoria y capacidad de pensar, la incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria, así como también por la presencia de trastornos del comportamiento. En el mundo, se calcula que existen unos 47,5 millones de personas con demencia, y se predice que el número aumentará a 75,6 millones en 2030 y a 135,5 millones en 2050 (OMS, 2017).

Tárraga y Boada (1999), afirman que la demencia implica una pérdida global de la función cognitiva que interfiere en la vida y actividades diarias de la persona, tanto en lo social como laboral. Este síndrome se caracteriza por la disminución de la memoria reciente y retrógrada y se acompaña de alteraciones del habla, escritura y cálculo, pensamiento abstracto, coordinación, juicio, planificación y organización.

Como indica la OMS (2017), y se mencionó con anterioridad la demencia se origina por lesiones o enfermedades que afectan al cerebro, tales como los accidentes cerebrovasculares, la enfermedad de Alzheimer, etc. A nivel mundial, es una de las principales causas de dependencia y discapacidad en las personas mayores.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), para poder considerar el diagnóstico de demencia, el déficit de memoria debe acompañarse de alteraciones en las funciones ejecutivas, así como también afasia, apraxia, agnosia y provocar un deterioro en el funcionamiento habitual del paciente (DSM-IV, citado en López Álvarez y Agüera Ortiz, 2015). No obstante, tal como mencionan López Álvarez y Agüera Ortiz (2015) el DSM-V ha modificado los criterios en relación con la versión anterior. En el mismo, actualmente, se considera un estadio patológico predemencial y se introduce el concepto de “trastorno neurocognitivo” en lugar de “trastornos mentales orgánicos” que se utilizaba en ediciones anteriores. Dentro de esta nueva clasificación, podemos encontrar: delirium, trastorno neurocognitivo menor y trastorno neurocognitivo mayor. Los dos últimos se diferencian de acuerdo a la intensidad de los síntomas y funcionalidad del paciente. Respecto a la sintomatología considerada para el diagnóstico, se tendrán en cuenta: atención, aprendizaje, memoria, función ejecutiva, lenguaje, cognición social y funciones visuoperceptivas y visuoespaciales.

Todas las formas de demencia resultan de la muerte neuronal o de la pérdida de comunicación entre las mismas. Esto se debe a que el cerebro humano es un órgano

complejo, y por lo tanto muchos factores pueden interferir en su funcionamiento normal (Moya Chávez, Mamani Mamani, 2013).

En lo que respecta a la etiología de las demencias, ésta puede variar de acuerdo con la edad de la persona. Los autores Álvarez Linera Pardo y Jiménez Huete (2018), explican que aquellos casos de inicio precoz suelen deberse a causas genéticas y secundarias tales como infecciones, traumatismos y accidentes cerebrovasculares; mientras que, en los adultos mayores de 65 años, gran parte de los casos son debido a problemas vasculares, esporádicos, o una combinación de ambas. No obstante, se puede realizar una clasificación etiológica en dos grandes grupos: por un lado, las demencias primarias, degenerativas que son las más frecuentes y por otro lado las secundarias que ocurren como consecuencias de otras patologías tanto neurológicas como sistémicas específicas. Es importante mencionar que las primeras, suelen caracterizarse por presentar un curso lento y progresivo y ser en su mayoría esporádicas aunque no se descarta la posibilidad de que tengan un origen genético dominante.

Como menciona la OMS (2017), la presencia de esta patología, puede resultar abrumadora tanto para quien la padece, como también para sus familiares y cuidadores.

En cuanto al diagnóstico, poder llegar a definirlo en estadios avanzados es más fácil que lograrlo en el inicio de la enfermedad dado que los síntomas suelen pasar fácilmente desapercibidos. Esto se debe a que muchas veces la sintomatología inicial es tan insidiosa, que tanto el paciente como la familia y hasta incluso el médico, la interpretan como cambios propios de la edad (Tárraga y Boada, 1999). Sucede también, como mencionan los autores, que algunas personas, intentan encubrir u ocultar los síntomas; otras al no ser conscientes de sus limitaciones, llegan a un diagnóstico en un estadio muy avanzado. Para poder diagnosticarla en su inicio, no son suficiente la historia clínica y la exploración tanto neurológica como física, particularmente cuando no se recibe adecuada información de los antecedentes por parte de los familiares, cuando no conocen la situación general de la persona o bien cuando no se encuentran presentes para ratificar la información que brinda el paciente. Tárraga y Boada (1999), exponen que la detección precoz de la demencia antes de que quienes la padecen se encuentren en un estadio muy avanzado, tiene ciertas ventajas tales como identificar las causas reversibles y tratables de demencia, controlar la comorbilidad con otras patologías, utilizar estrategias no farmacológicas y farmacológicas

adecuadas para poder retardar el avance de la enfermedad, y mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y cuidador.

La demencia no afecta a todas las personas de igual manera, esto va a depender de la personalidad del sujeto previa a su aparición y del impacto que tenga la enfermedad. Son numerosos los signos y síntomas relacionados con esta patología, por lo que se los puede agrupar en tres fases (OMS, 2017):

- *Fase temprana:* esta fase suele pasar desapercibida dado que su inicio es paulatino. Dentro de los síntomas más frecuentes se pueden mencionar:
  - tendencia al olvido
  - pérdida de la noción del tiempo
  - desubicación espacial
- *Fase intermedia:* los signos y síntomas se vuelven más evidentes y limitadores a medida que avanza la enfermedad hacia una fase que puede denominarse intermedia. Las personas afectadas:
  - empiezan a olvidar acontecimientos recientes, nombres de las personas, etc.
  - se encuentran desorientadas en su propio hogar
  - aumentan las dificultades para comunicarse
  - comienzan a necesitar ayuda para el aseo y cuidado personal
  - presentan diferentes cambios en su comportamiento (repiten las mismas preguntas, deambulan por la casa, etc)
- *Fase tardía:* en esta fase, la dependencia y la inactividad son casi totales. Los síntomas y signos físicos se hacen más evidentes, y en cuanto a las alteraciones de la memoria, éstas ya son graves. Algunos de los síntomas propios de esta fase son:
  - progresiva desubicación en el tiempo y espacio
  - dificultades para reconocer a sus familiares, amigos y hasta incluso a sí mismo en el espejo
  - aumento en la necesidad de ayuda para el cuidado personal
  - dificultades para caminar
  - modificaciones del comportamiento que pueden exacerbarse y desencadenar agresiones

Como se mencionó con anterioridad, se pueden encontrar diferentes formas de demencia. Álvarez Linera Pardo y Jiménez Huete (2018) las clasifican según su etiología de la siguiente manera:

1. *Enfermedades degenerativas:*

- Demencia como manifestación principal: enfermedad de Alzheimer, demencia con cuerpos de Lewy, degeneración frontotemporal
- Otras enfermedades degenerativas: enfermedad de Parkinson, otros parkinsonismos, ataxias, epilepsias mioclónicas progresivas

2. *Enfermedades cerebrovasculares:*

- Isquémicas: demencia multiinfarto, demencia por infarto estratégico, enfermedad isquémica de pequeño vaso
- Hemorrágicas: angiopatía hipertensiva, angiopatía amiloide, hemorragia subaracnoidea, hematomas subdurales

3. *Enfermedades infecciosas:* VIH, sífilis, encefalitis víricas, enfermedad de Whipple, abscesos, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

4. *Enfermedades metabólicas:* enfermedad de Wilson, enfermedades mitocondriales, enfermedades lisosómicas, leucodistrofias

5. *Neoplasias:*

- Tumores primarios y metastásicos
- Síndromes paraneoplásicos

6. *Epilepsias:* epilepsias mioclónicas progresivas, epilepsias resistentes al tratamiento, estatus epiléptico

7. *Enfermedades desmielinizantes:* esclerosis múltiple

8. *Enfermedades sistémicas, endocrinas y carenciales:*

- Hipotiroidismo, hipertiroidismo y encefalitis de Hashimoto
- Hipercalcemia y otros trastornos electrolíticos
- Hipopituitarismo
- Encefalopatía hepática y encefalopatía urémica
- Encefalopatía hipóxico-isquémica e insuficiencia respiratoria
- Hipoglucemia
- Déficit de vitamina B12, encefalopatía de Wernicke y pelagra

- Vasculitis, conectivopatías y encefalitis autoinmunitarias asociadas a anticuerpos onconeuronales y antineuropilo
- 9. *Tóxicos*: alcohol, drogas, fármacos, metales pesados, monóxido de carbono, solventes orgánicos
- 10. *Enfermedades psiquiátricas*: depresión, esquizofrenia, trastornos conversivos
- 11. *Hidrocefalias*
- 12. *Traumatismos craneales VIH*: virus de la inmunodeficiencia humana. (p.68).

La demencia más frecuente es la enfermedad de Alzheimer y a continuación la demencia de tipo vascular. Ésta última puede ser más propensa en poblaciones en las que la hipertensión y los accidentes vasculares cerebrales son más frecuentes, tal como lo es la población mayor de 85 años. Otras causas de demencia neurodegenerativa son la enfermedad de Pick y otras demencias frontales. Las demencias menos frecuentes son aquellas producto de la enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos o aquellas secundarias de causas metabólicas y carenciales, tales como el déficit de vitamina B12, alcoholismo, hipotiroidismo, entre otros; las infecciones del sistema nervioso central, VIH, sífilis; y las lesiones intracraneales. Cabe mencionar que se requiere de un estudio exhaustivo para lograr un buen diagnóstico, dado que los trastornos que pueden cursar con demencia o simular un estado demencial comprenden un amplio espectro de enfermedades psiquiátricas y/o neurológicas (Tárraga y Boada, 1999).

### **2.2.2. Residencias y Centros de día**

Hoy en día, frente a la necesidad de cuidado, asistencia sanitaria y alojamiento de personas mayores, las residencias gerontológicas se han vuelto una alternativa importante adoptada por la familia, la sociedad y el Estado (Dabove, 2014). En otras palabras, gracias a las residencias las personas de edad avanzada pueden dejar su domicilio ya sea provisoria o definitivamente para ingresar en instituciones que pueden ser colectivas o semi colectivas. Éstas se pueden denominar viviendas especiales, ya que su diseño y dinámica

deben responder a las características específicas de la persona mayor que va a recibir el servicio de residencia (Guillemard, 1992, citado en Dabove, 2014).

Peers (1985) señala que el propósito de las instituciones residenciales es sustituir la situación hogareña, proporcionar la atención necesaria y crear un entorno habitable similar al hogar. La tarea de estas instituciones consiste en mejorar o sustituir la situación familiar en contextos en los que se ha quebrado el equilibrio entre las necesidades del adulto y los recursos de su familia para cuidarla.

Según Yuste Rossell (2004), la vejez es la edad en la que mayor se desarrolla la vida asilar. Existen diferentes factores que predisponen al adulto mayor a llegar al asilo, entre ellos sus actitudes ante la vida, y aquellos factores que se relacionan con la familia tales como incompatibilidad, falta de atención, resentimiento, etc. Hoy en día, las residencias se encuentran muy bien equipadas y ambientadas, lo que hace que la persona mayor sea bien atendida, se sienta confortable en ella, pueda establecer amistades, ser feliz y llevar una mejor calidad de vida.

En el ámbito residencial la demencia se ha vuelto uno de los síndromes de mayor prevalencia, “se calcula que el 60-80% de los ancianos presentan algún grado de deterioro cognitivo y el 20-30% muestran ya una demencia avanzada” (Jiménez Díaz y Gutiérrez Rodríguez, 2008, p. 31). Como mencionan los autores, la demencia es el principal motivo de institucionalización, esto se debe a que esta patología genera una gran incapacidad funcional en el adulto, acompañado de trastornos de conducta que se presentan en la enfermedad. Los pacientes institucionalizados en residencias manifiestan una mayor gravedad en la evolución de su demencia acompañado de una mayor comorbilidad, en comparación con aquellos que se encuentran en su propio hogar. Estas cuestiones, deben recordar que la atención residencial debe fomentar los aspectos preventivos y rehabilitadores. Al mismo tiempo, el ámbito residencial tiene que enfrentar una carga asistencial en aumento como resultado de la creciente complejidad de los adultos que reciben (Jiménez Díaz y Gutiérrez Rodríguez, 2008).

Las residencias han ido modificando sus características y actividad en los últimos años. En ellas se pueden encontrar tanto pacientes cognitivamente sanos como aquellos que presentan demencias severas, por lo tanto, hay personas que ingresan de forma temporal o definitiva ya sea por la propia demencia o por otras patologías con diferentes grados de capacidad funcional. En las residencias se aborda el diagnóstico de la demencia en diversos momentos de su evolución. Jiménez Díaz y Gutiérrez Rodríguez (2008) sugieren que poder

llegar a un diagnóstico de demencia una vez que el paciente se encuentra institucionalizado, le aporta la información y perspectiva necesarias para poder debatir el problema actual y los futuros, además de brindarle la posibilidad de iniciar tratamientos y cuando llegue el momento posibilitar el inicio de medidas legales de resguardo del paciente. De igual manera, el conocimiento del diagnóstico puede permitir a los familiares debatir sobre el futuro, realizar ajustes y proporcionarles el acceso a diferentes recursos de soporte y ayuda. En suma, poder arribar al diagnóstico es de potencial importancia para el médico, dado que de esta manera no solo podrá tomar decisiones adecuadas sino también, tiene la posibilidad de disminuir el riesgo de iatrogenia, reducir reacciones adversas y poder reconocer la expresión de dolor por parte del paciente.

Como bien mencionan Jiménez Díaz y Gutiérrez Rodríguez (2008), a todos aquellos pacientes que se encuentren institucionalizados en residencias, se les debe realizar una evaluación para conocer su estado cognitivo. Para esto, se pueden utilizar tanto el Mini Mental State Examination de Folstein, en su versión española y el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo. Es de suma importancia utilizar instrumentos validados como los recién mencionados y de buen rendimiento diagnóstico. Cabe mencionar que aparte de esta valoración inicial, en aquellos casos en los que algún paciente comience a dar signos de síndrome confusional o fallos en la memoria, se debe realizar una reevaluación cognitiva o una evaluación neuropsicológica más detallada si el personal se encuentra formado en este campo y la situación lo amerita. Tan pronto como se diagnostique una demencia, se deberá determinar la causa subyacente y la gravedad de la misma. Para esta última se pueden utilizar diferentes escalas, siendo las más utilizadas el Global Deterioration Scale (GDS), el Functional Assessment Staging (FAST), y el Clinical Dementia Rating (CDR). Puede suceder que sea necesario derivar al paciente para poder lograr un diagnóstico adecuado, acompañado de pruebas de imágenes y especialistas con quienes serían recomendable mantener contacto para una continuidad que permita tramitar desplazamientos para procedimientos diagnósticos o terapéuticos, así como también la posibilidad de realizar evaluaciones en la residencia, sesiones y consultas de casos.

Ahora bien, cuando en las residencias se encuentran casos de demencias en fases terminales, el cuidado de estos pacientes debe tener objetivos bien definidos teniendo en cuenta que el pronóstico vital a corto plazo es negativo. Por lo tanto, los objetivos deben estar dirigidos a mantener la comodidad del paciente geronte, evitar medidas

improductivas, ofrecer un cuidado de calidad en esta etapa final de la vida, dar educación, seguridad, soporte emocional y tranquilidad a la familia, así como también ayudarlos en la toma de decisiones. Para esto es necesario contar con un equipo asistencial que pueda ayudarlos a afrontar mejor la situación ya que no existen tratamientos curativos ni terapias que puedan detener la progresión de la enfermedad (Jiménez Díaz y Gutiérrez Rodríguez, 2008).

Jiménez Díaz y Gutiérrez Rodríguez (2008) indican que:

Llegados a estos estadios evolutivos de la enfermedad, hay que plantearse en el cuidado del paciente determinados aspectos, como el tratamiento de enfermedades crónicas, en una situación de creciente comorbilidad, la valoración y el tratamiento del dolor, la reanimación en caso de parada cardíaca, el traslado a unidades de agudos o la utilización de vías alternativas a la alimentación oral. (p40).

Las residencias geriátricas, no son el único lugar encargado de atender, cuidar y rehabilitar a adultos mayores. Esta labor también puede ser desempeñada en un centro de día. Éstos pueden funcionar dentro de un hospital, residencia, o cualquier otro edificio, incluso pueden constituir un centro independiente (Olazarán Rodríguez y Marín Carmona, 2008).

Los Centros de día (CD), se caracterizan por ser unidades cerradas donde diariamente acuden pacientes con distintos tipos de demencia y en diferentes estadios de la enfermedad para pasar ahí parte del día. Los mismos no pueden retirarse sin permiso de sus cuidadores habituales o sin autorización previa (Olazarán Rodríguez y Marín Carmona, 2008). Los autores explican que en estos centros si bien las personas que acuden reciben su tratamiento farmacológico habitual, también se realizan intervenciones no farmacológicas las cuales suelen incluir a sus cuidadores primarios, desarrollan actividades lúdico-recreativas y ocupacionales.

Los CD pueden considerarse lugares privilegiados para el cuidado debido al costo relativamente bajo (en comparación con las residencias), la regularidad asistencial, la cercanía de algunos, el ambiente y la integración en el entorno social habitual. En suma, estos centros ofrecen diferentes servicios como alimentación, higiene personal, fisioterapia, en algunos casos servicios de transporte, etc. Asimismo, mencionan los autores que otro factor que refuerza su papel en el abordaje de las demencias es la inclusión de un equipo

multidisciplinar, así como también la coordinación de recursos y programas de apoyo al cuidador (Olazarán Rodríguez y Marín Carmona, 2008).

El objetivo de estos centros en lo que respecta a la asistencia de personas con demencia, consiste en atenuar las consecuencias de la enfermedad tanto en el paciente como en sus cuidadores informales. La intervención sobre los pacientes consiste en desarrollar y potenciar las capacidades residuales con una estimulación ajustada a cada caso y en un entorno seguro, tratando de “promover el mayor esfuerzo por parte del paciente evitando, en lo posible, los errores, los accidentes y la frustración” (Olazarán Rodríguez y Marín Carmona, 2008, p. 26). Es importante tener en cuenta que se debe apuntar siempre a mejorar la calidad de vida y lograr el bienestar subjetivo. El CD debe gestionar programas para ejercitar actividades básicas de la vida diaria, actividad física, de socialización y de apoyo a las familias. Intervenciones que pueden ser opcionales son la musicoterapia, aromaterapia, psicomotricidad, la estimulación cognitiva tanto en lo que respecta a ejercicios de memoria, lenguaje, orientación a la realidad, la reminiscencia, entre otras.

Olazarán Rodríguez y Marín Carmona, (2008) subrayan la obligatoriedad del seguimiento médico en cuestiones de déficit neurosensorial, higiene, o cualquier otro acontecimiento que pueda acrecentar el grado de discapacidad.

Es significativo señalar que como mencionan los autores (Olazarán Rodríguez y Marín Carmona, 2008) cada CD debe diseñar sus programas de intervención de acuerdo a las características del centro y sus pacientes.

### **2.2.3. Cuidadores**

Ramos Pozón (2011), plantea que el concepto de cuidado se puede definir de cuatro formas: como actividad, como tarea profesional, como compromiso moral y como actitud.

- El cuidado como actividad, hace referencia a las acciones que contribuyen a la ayuda y solicitud ante aquellas necesidades del otro. Se trata de una colaboración desinteresada por parte del cuidador para que la otra persona logre el bienestar.
- El cuidado como tarea profesional, posee una dimensión estipulada y normativa. Se realiza de manera oficial. Se trata de un cuidar estandarizado y protocolizado en

una labor profesional regulada. El cuidado puede definirse como un bien interno de una tarea profesional que da validez social y sentido a la profesión.

- El cuidado como compromiso moral, puede definirse como la concienciación y actuación ante la fragilidad del otro.
- El cuidado como actitud, es la responsabilidad por las personas y el mundo. Es aquello que obliga a actuar ante quienes requieren del cuidado.

El cuidado consiste entonces en una actividad, actitud y compromiso moral hacia aquellas personas vulnerables y que se encuentran en situación de dependencia. Cuidar a una persona necesitada, supone contar con su opinión y evaluar los actos desde la visión de esta persona y de su calidad de vida (Ramos Pozón, 2011).

Actualmente se puede realizar una distinción entre dos tipos de cuidadores, el formal y el informal. El primero hace referencia a aquellas personas ajenas a la familia del adulto enfermo que reciben una remuneración económica por su labor y que pueden estar o no capacitadas para ejercer dicho rol. Por el contrario, el segundo alude a un miembro de la red social de quien recibe el cuidado, quien brinda atención de manera voluntaria y sin remuneración económica (Aparicio et al., 2008 y Rogero, 2009, citado en Cerquera Córdoba, y Galvis Aparicio, 2014).

Cuando un adulto mayor tiene algún tipo de dependencia, generalmente es un miembro de la familia quien asume el rol de cuidador principal. Quien habitualmente desempeña este rol es el/la cónyuge, en el caso de que esté apto para ello. Por el contrario, el rol recae normalmente en algún hijo adulto (Montorio Cerrato, Fernandez de Trocóniz, López López y Sánchez Colodrón, 1998).

En lo que concierne a los cuidadores que se desempeñan en las instituciones, Johnson (1985) afirma que es esencial contar con cierto tipo de formación especializada en el envejecimiento. Si bien muchas personas que no han recibido ninguna clase de adiestramiento se han desempeñado magníficamente en su labor de cuidadores/as, existen también aquellos que son peligrosos y antieconómicos no solo por su falta de conocimientos sino también por su incapacidad para reconocer el potencial de una persona mayor. Esto no implica que todos los cuidadores deban tener un título universitario y una especialización en gerontología, sino que a través de programas de capacitación se

proporcionen conocimientos sobre el envejecimiento y los ancianos, así como sobre las aptitudes requeridas que le permitirán a cada profesional realizar mejor las tareas. Quienes se encargan del cuidado de adultos mayores, deben tener en cuenta que los objetivos de trabajar con esta población consisten en reforzar sus aptitudes, permitirles que hagan las cosas por si solos, en la medida que puedan, y dejar que desarrollen todo su potencial.

Para mejorar la calidad del personal dedicado a los adultos mayores, los organismos gubernamentales deben trabajar con las organizaciones profesionales y educativas que regulan las capacitaciones a aquellos que proveen los servicios de cuidado.

Cerquera Córdoba y Galvis Aparicio (2014), afirman, tal como se ha mencionado con anterioridad, que con relación a los cuidadores formales son pocas las investigaciones respecto a su perfil, formación para el cuidado o los efectos, tanto positivos como negativos, de la labor en la que se desenvuelven. Esto se debe a que el interés principal se vuelca siempre sobre el cuidador informal.

Aparicio et al., (citado en Cerquera Córdoba y Galvis Aparicio, 2014) indican que los cuidadores formales, deben hacer frente a múltiples estresores al igual que los cuidadores informales, no obstante, el hecho de recibir un salario y cumplir un horario hace que la labor difiera considerablemente de la que realizan éstos. Ahora bien, a pesar de que los cuidadores suelen estar capacitados para el manejo de enfermedades, puede suceder que haya quienes no sean competentes para desempeñar su labor y por esta razón se encuentren expuestos a altos niveles de estrés y se vean afectados en su salud mental (Camacho et al., citado en Cerquera Córdoba y Galvis Aparicio, 2014).

Como plantea Torres (citado en Cerquera Córdoba y Galvis Aparicio, 2014), los cuidadores formales se ven expuestos a varios estresores, tanto a nivel laboral como personal, que pueden influirlos emocionalmente, crear repercusiones en su ajuste personal al entorno laboral y afectar la forma en que lleva a cabo su labor de cuidado de las personas mayores.

Las fuentes de estrés y las tareas requeridas no serán las mismas para los cuidadores, si el contexto en que realizan su labor es diferente. A saber, las demandas para aquellos que atienden un paciente en su domicilio no serán las mismas que para aquellos que trabajan en hogares geriátricos (Aparicio et al., citado en Cerquera Córdoba y Galvis Aparicio, 2014).

En resumidas cuentas, los cuidadores se han convertido en un recurso muy valioso para lograr el bienestar de la población que cuidan. Por consiguiente, teniendo en cuenta que el desempeño de su labor les puede provocar consecuencias negativas para su salud, es necesario conocer cuál es el nivel de sobrecarga en el desempeño del rol y cuáles son los factores relacionados (Flores et al., 2012).

#### **2.2.4. Sobrecarga**

Pearlin y Zarit (1996, citado en Paineacán y Kühne, 2012), afirman que la sobrecarga es el término con el que se conoce al estrés en el ámbito del cuidado. A medida que la sobrecarga aumenta, se va deteriorando la salud física, mental, social y familiar del cuidador.

Cuidar a una persona mayor, aún más cuando tiene patologías que generan dependencia del cuidador como es el caso de la demencia, implica que éste realice una gran cantidad de actividades con responsabilidad que terminan resultando altamente demandante y estresante. La demencia es una patología neurológica crónica y degenerativa, por lo tanto, la dependencia que va a tener el adulto de su cuidador va a ir aumentando al mismo tiempo que la dedicación que éste debe cumplir (Pearlin, Mullan, Semple y Skaff, 1990, citado en Paineacán y Kühne, 2012).

Como bien exponen los autores, al estar la sobrecarga ligada a la dependencia, es importante conocer cuál es el nivel de ésta para poder estar pendiente del paciente y satisfacer sus necesidades. Asimismo, el cuidar debe tener objetivos definidos y plausibles de ser cumplidos para poder alcanzar el beneficio del paciente (Alfaro, Morales, Vázquez, Sánchez, Ramos y Guevara, 2008, citado en Ynfante Niquén, 2018).

Los pacientes deben ser atendidos por cuidadores que puedan afrontar las cargas que generan la convivencia y la necesidad de atención (Soro, 2012, citado en Giraldo Montoya, Zuluaga Machado y Uribe Gómez, 2018).

Como señalan Giraldo Montoya et al. (2018), cuidar a una persona dependiente implica el riesgo de que exista un exceso de trabajo. Habitualmente las jornadas de los cuidadores suelen ser largas, esto lleva a que se produzca en el cuidador un malestar significativo que

aumenta con el tiempo (Soro, 2012, citado en Giraldo Montoya et al., 2018). A raíz de esto, como mencionan (Pérez, Abanto y Labarta, 1996, citado en Giraldo Montoya et al., 2018), aparecen problemas de salud acompañados de una sobrecarga física y emocional.

Espín y Picardi (2007, citado en Espín Arande, 2012) señalan que la carga que experimenta quien cuida, es en un predictor de la calidad del cuidado que ofrece. Para poder prevenirla, es indispensable identificar los factores de riesgo que influyen en su aparición. Las variables que contribuyen a la carga del cuidador son múltiples, pueden estar relacionadas con el enfermo o bien con las características del cuidador (Espín Arande, 2012).

El fenómeno de la sobrecarga, reúne diversas variables: desatención de la propia salud, proyecto vital y vida social; deterioro familiar por dinámicas culposas, manipulatorias y rabiosas; y frustración o ansiedad por falta de preparación y conocimiento técnico (Painepán y Kühne, 2012).

Zambrano y Ceballos (2007, citado en Cerquera Córdoba, Granados Latorre, y Galvis Aparicio, 2014), definen a la sobrecarga como el resultado de combinaciones físicas, sociales y emocionales que se vinculan al trabajo, provocando un estado psicológico que surge al cuidar una persona enferma, haciendo que el cuidador experimente conflictos en su rol.

La presencia de sobrecarga puede afectar el bienestar físico, dado que requiere de esfuerzo y reducción de horas de sueño, lo cual genera fatiga y agotamiento (Roca, Ubeda, Fuentelsaz, López, Pont y Gracia, 2000, citado en Cerquera Córdoba, Granados Latorre y Buitrago Mariño, 2012). También, tal como mencionan Cerquera Córdoba et al. (2012), afecta la parte emocional, mental y social del cuidador, aparecen estrés, sentimientos negativos y dificultades en el cuidado.

Melo de Souza, Wegner y Pinto (2007, citado en Sánchez Martínez, Molina Cardona y Gómez Ortega, 2016) sostienen la importancia del cuidador y ponen énfasis en la necesidad de cuidar a quien cuida, dado que éste influye en la atención de la salud del enfermo encargándose de los cuidados directos. Los autores también exponen que el sistema de salud no dimensiona la importancia de los cuidadores en la rehabilitación y recuperación de los sujetos de cuidado, y por lo tanto quienes cuidan no reciben mucha atención.

A menudo el cuidador ve afectada su salud, bienestar y se siente incapaz de enfrentar esta responsabilidad (Lara, Díaz, Herrera y Silveira, 2001, citado en Flores et al., 2012). Al mismo tiempo, se sienten abrumados por las exigencias de su labor pudiendo mostrar ansiedad y depresión. Esto puede verse con mayor frecuencia en cuidadores de personas con problemas conductuales, tales como agresividad y conducta errante, y en aquellos casos en que el curso de la enfermedad es impredecible (Shultz, 2004, citado en Flores et al., 2012).

Para poder conocer la carga del cuidador y sus efectos adversos se pueden utilizar varias pruebas que dan cuenta de esta sobrecarga que tiene el cuidador en su rutina diaria de cuidar de otra persona. La más utilizada es la Zarit Burden Interview. Ésta examina el grado de sobrecarga, factores físicos, emocionales, financieros, la actitud y relación del cuidador con el destinatario de sus cuidados, entre otras. Esta escala es sumamente valiosa dado que mide el riesgo de deterioro de su vida laboral, social, familiar y principalmente el sentimiento de sobrecarga en su rol de cuidar (Giraldo Montoya et al., 2018).

Al hablar de carga, nos referimos a la experiencia subjetiva del cuidador, se trata de un concepto multidimensional, con características objetivas y subjetivas (Zarit, Bottigi y Gaugler, 2007, citado en Flores et al., 2012). Zarit, Miller y Montgomery (1990, citado en Jofré Aravena y Sanhueza Alvarado, 2010), realizan una diferenciación entre sobrecarga personal y sobrecarga interpersonal. La primera, se refiere a la valoración que realiza el cuidador en lo que respecta a la limitación de sus actividades personales. La sobrecarga interpersonal, hace referencia a la percepción que posee el cuidador sobre la problemática de la persona que cuida. También se diferencia entre sobrecarga objetiva y subjetiva. La sobrecarga objetiva se vincula al grado de dedicación que se da al cuidado y los impactos que tiene sobre el cuidador; mientras que la sobrecarga subjetiva se refiere al sentimiento psicológico asociado al cuidar y al grado en que el cuidador se siente agotado y percibe inconvenientes para llevar adelante la tarea de cuidar.

Flores et al. (2012), afirman que son poco concluyentes los estudios que establecen si el estado de dependencia en las actividades básicas cotidianas (ABC) del paciente se relaciona en forma directa con la sobrecarga percibida por el cuidador. Ocampo, Herrera, Torres, Rodríguez, Loba y García, (2007) indican que “el trabajo de Zarit et al. no encontró asociación entre el deterioro en las ABC físicas y la carga del cuidador, mientras que Farran et al. y Pearson et al. sí hallaron esa relación” (p.41).

### 2.2.5. Estrés

Las repercusiones que tiene el estrés sobre la salud son complejas y puede tener efectos psicológicos y fisiológicos que la alteran directamente. Una persona expuesta continuamente a situaciones de estrés elevado puede padecer trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y psicofisiológicos. Del mismo modo, el estrés puede incidir indirectamente en la salud mediante conductas no saludables o estrategias de afrontamiento perjudiciales tales como el consumo de estupefacientes, conductas de riesgo, o inhibir conductas saludables como el ejercicio físico (Guerrero Barona, 2003).

Habitualmente, se utiliza el término estrés para hablar tanto de las condiciones desencadenantes del mismo, como para la descripción del estado de la persona. Las situaciones que desencadenan las reacciones de estrés se las denomina estresores (Kaluza, Cornaglia y Basler, 2001). Experimentamos estrés por cuestiones laborales, por el rendimiento académico, por el tiempo libre, por las relaciones sociales, etc. Lazarus define al estrés como “la reacción problemática a los estímulos estresantes, que constituye la definición de respuesta al estrés” (Lazarus, 2000, p.64). Por otro lado, Lazarus y Folkman (1986), lo definen como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone el peligro su bienestar” (Nuñez, 2007, p.43, citado en Basa, 2010)

#### 2.2.5.1. Conceptualizaciones y tipos

El origen del estrés, se puede ubicar luego de la Segunda Guerra Mundial. Surgió en aquella época a partir de la necesidad de comprender los síntomas desarrollados por los soldados, dado que afectaba sobre el bienestar y actuación de los mismos (Lazarus, 2000). Sin embargo, como menciona el autor, a partir de la Segunda Guerra Mundial, se evidenció que no solo era algo que les sucedía a los soldados, sino que era algo que también acontecía en tiempos de paz. El estrés se produce en el interior del hogar, en el puesto de trabajo, en el ámbito académico y cualquier otro lugar donde las personas trabajen en equipo o mantengan relaciones estrechas.

A finales del siglo XVII, Robert Hooke, físico-biólogo, realizó un análisis de ingeniería sobre el estrés. Descubrió que las estructuras creadas por el hombre, deben resistir numerosas fuerzas naturales capaces de destruirlos (Hinkle, 1973, citado en Lazarus, 2000). Este análisis produjo tres conceptos: carga, estrés y tensión. “La *carga* se refiere a

las fuerzas externas, como el peso; el *estrés* es el área de la estructura sobre la que se aplica la carga y la *tensión* es la deformación de la estructura, producida por la conjunción de la carga y del estrés” (Lazarus, 2000, p. 43).

Lazarus (2000), expone que hubo dos esfuerzos iniciales por dividir el estrés. En un primer momento, Hans Selye sugirió dos tipos: Eustres y Distres. El Eustres se encuentra representado por emociones que se asocian con la preocupación empática por los demás y con esfuerzos positivos, es de tipo cognitivo y se indica que protege la salud del individuo. Por el contrario, el Distres, es de tipo destructivo y se manifiesta por la ira y agresión; suele ser perjudicial para la salud.

En un segundo momento Lazarus (1996, citado en Lazarus, 2000), diferenció tres tipos de estrés psicológicos. El *daño/pérdida*, el cual se vincula con el perjuicio o pérdida que ya se produjo; el *desafío*, consiste en la capacidad de que las dificultades puedan ser superadas con entusiasmo, persistencia y confianza en sí mismo; y por último la *amenaza*, que se encuentra relacionada con el daño o pérdida que aún no se produjo, pero que tiene posibilidades de suceder en un futuro cercano.

Puesto que existen diferentes tipos de estrés, es importante poder establecer una diferencia entre el estrés agudo y el crónico. El primero afecta en un momento particular de la vida de una persona durante un periodo breve y se origina tanto por acontecimientos mayores como menores de carácter limitado en el tiempo; mientras que el estrés crónico surge a partir de circunstancias perjudiciales o amenazadoras estables y de roles estresantes que las personas desempeñan continuamente. Los autores Repetti y Wood (1997, citado en Lazarus, 2000), refieren que el estrés crónico requiere de esfuerzos especiales de manejo, sin embargo por lo general no se advierte de forma inmediata su presencia.

El trabajo es un tema de conocimiento que no se puede aislar de los demás aspectos de la vida de una persona (Lazarus, 2000). Teniendo en cuenta que el tema de esta investigación gira en torno a la sobrecarga laboral y los modos de afrontar el estrés de personas que se desempeñan laboralmente en instituciones residenciales cuidando adultos con demencia, es importante dialogar sobre el estrés laboral.

“La Organización Mundial de la Salud, define el estrés laboral como la respuesta del individuo ante exigencias y obligaciones laborales que no concuerdan con sus habilidades

y competencias, poniendo a prueba su capacidad para enfrentar estas circunstancias” (Leka, Griffiths y Cox, 2004, citado en Menghi, 2015, p.12)

Se pueden diferenciar dos tipos de estrés laboral, por un lado, el episódico, no permanente y relacionado con algo eventual puesto que luego de su afrontamiento desaparecen los síntomas; y por otro lado, el estrés crónico, el cual surge cuando la persona frecuenta con elevada intensidad situaciones estresantes (Slipack, 1996, citado en Menghi, 2015). “Una respuesta al estrés laboral crónico es el sentirse emocionalmente agotado, con sentimientos contrariados frente al rol laboral y hacia los individuos con los que se trabaja” (Menghi, 2015, p.12).

Méndez Venegas (2004), afirma que el estrés laboral compromete la calidad de la atención que ofrece la persona afectada, y esto se debe a que este padecimiento es una de las principales causas de ausentismo y enfermedad en el ámbito laboral. En consecuencia es habitual que como respuesta al estrés laboral crónico los empleados sufran del síndrome de quemarse por el trabajo o también llamado “Burnout”.

Ahora bien, la exposición al estrés va a depender de las características del lugar de trabajo, reglas o condiciones de la profesión que incrementan la tensión emocional y física Méndez Venegas (2004).

En lo que respecta a los cuidadores, la tensión emocional y física que experimentan son propias de las funciones que desempeñan en sus puestos de trabajo. En un primer momento, pueden sentirse abrumados, cansados, irritarse con facilidad. Si el nivel de estrés aumenta y persiste se puede cronificar (Méndez, Secanilla, Martínez y Navarro, 2011).

#### **2.2.5.2. Estrés y emoción**

Lazarus, en su libro “Estrés y Emoción, manejo e implicancias en nuestra salud” (2000), expone que existe una interdependencia entre el estrés y la emoción. Cuando hay estrés hay emociones e incluso puede suceder que ciertas emociones, a pesar de ser positivas, generen estrés.

Es correcto decir entonces, como plantea Lazarus (2000), que a pesar de que existan emociones a las cuales se puede llamar “estresantes” dado que se refieren a situaciones amenazantes o perjudiciales tales como el temor, la culpa, la ira, entre otras, aquellas emociones “positivas” como la felicidad, el amor y el orgullo, se asocian también con el estrés.

### 2.2.5.3. Reacciones de Estrés

Las reacciones de estrés, se desencadenan por la presencia de estresores. Como indican Kaluza, Cornaglia y Basler (2001), se denomina estresor a aquellas situaciones que producen una reacción de estrés. Estas situaciones pueden variar, desde la pérdida de la llave de la puerta de nuestra casa, hasta catástrofes naturales. Existen según estos autores diferentes tipos de estresores:

- Estresores físicos: ruido, calor, frío, entre otros.
- Estresores sociales: competencia, separación, aislamiento, conflictos sociales.
- Estresores corporales: heridas, hambre, invalidez, dolor.
- Estresores de rendimiento: sobrexigencias, exámenes, subexigencias.

Particularmente, las situaciones nuevas, no prevenidas y confusas provocan reacción de estrés, sin embargo no son las únicas causas o determinantes.

Puede establecerse, que las reacciones de estrés son aquellos procesos que afectan a la persona como respuesta a un estresor. Estas reacciones pueden ser de tres formas, comportamentales, corporales y cognitivo-emocional.

Las reacciones corporales que se dan frente a situaciones de estrés, conducen a una activación corporal y movilización de energía. Hans Selye, realizó investigaciones y formulaciones teóricas que detallan la forma que tiene el organismo para responder, cuando debe movilizarse para manejar los peligros y amenazas a su integridad (Lazarus, 2000). Selye, designa a la reacción de estrés corporal como un síndrome de adaptación general (SAG) el cual se compone de tres estadios: reacción de alarma, resistencia y agotamiento. El primero se pone en marcha a partir de un agente nocivo fisiológico o una amenaza o daño psicológico que inicia el proceso de defensa; el segundo se activa cuando el estrés persiste, poniendo en movimiento el cuerpo para auto defenderse; por último el tercer estadio sucede cuando el estrés continúa durante tiempo prolongado generando un cese en las respuestas de los recursos orgánicos. Pese a esto, “aunque el SAG nos ayuda a sobrevivir ante los entornos nocivos, la merma de los recursos es el potencial coste fisiológico de la defensa” (Lazarus, 2000, p.55). Por otro lado, Kaluza, Cornaglia y Basler (2001) caracterizan la reacción de estrés corporal, a partir de los siguientes indicadores:

- El corazón recibe mayor irrigación lo que mejora su rendimiento.

- Mejora la irrigación de la musculatura esquelética y se eleva la tensión muscular.
- Se eleva la capacidad de coagulación de la sangre.
- Se eleva la frecuencia del ritmo cardíaco y se acelera la respiración.
- Se restringe la respuesta a estímulos sexuales.
- Disminuye la actividad excretora del estómago e intestino.
- Se reduce la respuesta inmunológica.

Las reacciones comportamentales que surgen frente a situaciones de estrés, son conductas manifiestas y abarca todo aquello que la persona afectada hace o dice en una situación de sobrecarga.

Se pueden encontrar distintas reacciones comportamentales, (Kaluza, Cornaglia y Basler, 2001) las más frecuentes son:

- Conducta apurada e impaciente.
- Trato conflictivo con otras personas.
- Conducta laboral incoordinada.
- Conducta aturdida.

Por último, como plantean estos autores, encontramos que existen reacciones cognitivo-emocionales que aparecen en situaciones de estrés. A diferencia de las reacciones comportamentales, estos acontecimientos intrapsíquicos no son visibles para las otras personas. Las reacciones cognitivo-emocionales más frecuentes son:

- Sentimientos de insatisfacción y enojo.
- Sentimientos de desamparo.
- Autoreproches.
- Pensamientos rumiantes.
- Sentimientos de intranquilidad, nerviosismo.
- Bloqueo de pensamiento.

De la misma manera que todas las personas somos diferentes, las reacciones frente al estrés varían de acuerdo a la persona y la situación. A ciertas personas una situación determinada, puede generarle perturbaciones complejas, mientras que a otras puede no generarle ninguna reacción. Como afirma Lazarus, “el estrés y la emoción, dependen del

modo en que el individuo evalúa (valora) las transacciones con el entorno” (Lazarus, 2000, p.47).

Siguiendo con lo anterior, Lazarus (2000), afirma que la mente de una persona evalúa lo que sucede y lucha para manejar el estrés. En el ámbito psicológico es necesario realizar un juicio para evaluar la amenaza de una situación y consiguientemente las opciones de manejo. Se podría decir que una persona se encuentra estresada cuando se encuentra en peligro o se impide el compromiso de una meta importante y sus intenciones, o se violan expectativas.

#### **2.2.5.4. El modelo de Lazarus**

Como plantea Lazarus (citado en Kaluza, Cornaglia y Blaser, 2001) se habla de estrés cuando determinadas exigencias externas o internas superan los medios de adaptación que tiene una persona. Los medios adaptativos, son las condiciones que capacitan a una persona para llevar adelante las exigencias e impedir las consecuencias negativas en caso de fracaso de acciones apropiadas. Por exigencias externas se entiende a los hechos que requieren adaptación y que llevan a consecuencias negativas en caso de fracaso. Las exigencias internas, por el contrario, se refieren a valores, compromisos, tareas que en caso de ser postergadas o no se lleven a cabo, provocan consecuencias negativas. En el núcleo de la teoría del estrés de Lazarus, figura el concepto de valoración.

Lazarus (2000), expone que la activación del estrés y la forma en que influye sobre las personas va a depender del modo en que el individuo evalúa la importancia personal de lo que le sucede. De esta manera, el estrés se vincula al significado de lo que la persona atribuye a lo que le sucede.

El término valoración, implica una evaluación del significado personal de lo que está ocurriendo. Esta teoría de la valoración tiene como premisa que “las personas (y algunos animales también) evalúan constantemente sus relaciones con el medio con respecto a sus implicaciones para el bienestar” (Lazarus, 2000, p.86).

Este autor, aduce que el acto de valorar forma parte de una serie de acciones cognitivas conscientes o inconscientes. Deben diferenciarse dos actos de valoración: primario y secundario. Las valoraciones primarias, refieren a la apreciación de la situación; es decir a

valorar acerca de si lo que sucede es importante para los propios valores, creencias sobre el self y el mundo, compromisos relativos a objetivos e intenciones. Si no existe compromiso con un objetivo, si no hay nada en juego para el bienestar, no habrá ni emociones ni estrés. Aquí radica la importancia de valorar si hay algo o no en juego. Si, se realiza una valoración acerca de que lo que está sucediendo es una situación de estrés, las alternativas transaccionales son, daño/pérdida, amenaza o desafío. En lo que respecta a las valoraciones secundarias, según Kaluza, Cornaglia y Basler (2001), hacen referencia a la apreciación de capacidades y posibilidades de superación propias de cada uno. Es decir, se realiza un proceso cognitivo-evaluador, que tal como explica Lazarus, “se centra en lo que puede hacer la persona sobre la relación estresante persona-medio, especialmente cuando se ha producido una valoración primaria de daño, amenaza o desafío” (Lazarus, 2000, p.87). Tanto las valoraciones primarias, como las secundarias, pueden superponerse en el tiempo o influenciarse.

¿Cómo se valoran las valoraciones? Magda Arnold (1960, citada en Lazarus, 2000) revelaba que el acto de valorar es inmediato y deliberado. Por su parte, Lazarus (2000), en contraste con lo que planteaba Arnold, considera el valorar como algo más consciente, deliberado y abstracto. De ahí que afirma que se sabe poco acerca del funcionamiento de las valoraciones, pero sí que hay certeza de que se producen con gran velocidad y que para decidir el modo de respuesta se basan en claves aprendidas por la experiencia previa, características de la personalidad, intenciones, aptitudes personales, etc. Sin embargo, no niega el carácter automático, intuitivo e inconsciente del proceso de valoración, concluyendo que la diferencia va a depender de las circunstancias en el momento de la valoración.

La percepción diferenciada y temprana de las reacciones activadoras propias, es la condición para que pueda darse un afrontamiento efectivo del estrés (Kaluza, Cornaglia y Basler, 2001).

### **2.2.6. Afrontamiento**

El afrontamiento, consiste en las habilidades que posee una persona para enfrentarse a las exigencias de la situación estresante. Las personas de acuerdo con sus capacidades

activan las estrategias que poseen, para evitar la amenaza anticipada, superar el daño-perdida que ocurrió o para superar el desafío.

Se puede definir al afrontamiento como:

Todos los esfuerzos cognitivos o conductuales para con exigencias internas o externas (o también los conflictos entre ambas), que requieren o superen los medios de los cuales dispone una persona para llevarlos a cabo, es decir para tolerarlos, moderarlos o evitarlos (Lazarus y Launier, 1981, citado en Kaluza, Cornaglia y Basler, 2001).

El afrontamiento, tiene como función, modificar la relación estresante persona-medio, y regular las reacciones fisiológicas cognitivo-emocionales que resulten de esa relación.

Lazarus (1986, citado en Salazar Ganchala, 2013) afirma que es el modo en que las personas se sobrepone o resuelven situaciones vitales estresantes. En otras palabras, el nivel de estrés aumentará si el afrontamiento es negativo o disminuirá si éste es positivo.

Cuando se presenta una situación nueva, desconocida o inesperada, el sujeto puede sentirse amenazado o inseguro. En este caso, lo que va a promover que se activen las estrategias cognitivas y los mecanismos fisiológicos para afrontar estos sucesos, es la tendencia natural a la supervivencia, al equilibrio. Estas estrategias cognitivas y mecanismos fisiológicos que se activan dependen de experiencias previas vividas por la persona (Salazar Ganchala, 2013). Es importante mencionar, que no solo los sucesos nuevos o desconocidos pueden resultar alarmantes y requerir de afrontamiento, sino también las emociones positivas pueden producir a veces algún tipo de daño y estrés que requiera afrontamiento (Lazarus, 1986, citado en Salazar Ganchala, 2013).

Como se mencionó anteriormente los mecanismos de afrontamiento son procesos que se ponen en marcha frente a una situación o problema que la persona vive en un momento dado, e implica la adquisición de un control de la situación. La mayoría de los estudios sobre afrontamiento (Páez, 1993; Perona & Galán, 2001; Richaud, 2006 citado en Mestre, Samper, Tur-Porcar, Richaud y Mesurado, 2012) coinciden en que existen tres dominios de estrategias: dirigidas a la valoración, al problema y a la emoción.

Frente a todos estos acontecimientos y emociones, la persona pone en marcha diferentes estrategias de acción para lograr controlar la situación, adaptarse al medio y conseguir un equilibrio físico y psíquico (Lazarus y Folkman, 1986, citado en Salazar Ganchala, 2013).

Manthey (1986, citado en Salazar Ganchala, 2013), habla acerca del sentido adaptativo del afrontamiento que admite cualquier esfuerzo para eliminar, evitar o aminorar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de una manera menos nociva para la salud. Sin embargo, hay que tener en claro que adaptación y afrontamiento no significan lo mismo. La primera es una conducta automatizada de autorregulación funcional, mientras que el afrontamiento si bien es automatizado, se da cuando la situación desborda o requiere esfuerzos del sujeto para su manejo (Salazar Ganchala, 2013).

Tal como afirman Lazarus y Richard (2000, citado en Salazar Ganchala, 2013), el afrontamiento se trata de aquello que una persona piensa y hace frente a una situación estresante, al intentar regular la tensión y las emociones. Esto va a depender de la situación a la que se enfrenten, las amenazas, y los objetivos, creencias, compromisos, etc. de la persona. En el caso de los cuidadores de pacientes con demencia, frente a cada acontecimiento nuevo que pueda surgir durante el cuidado y que resulte estresante, se pone en marcha el afrontamiento.

El grupo de Lazarus asume que la persona utiliza estrategias adaptativas o no, para tratar el estrés. Lazarus (1993; Lazarus y Folkman, 1984, citado en Sandín y Chorot, 2003), considera que las estrategias de afrontamiento pueden ser estables en diferentes situaciones. Mencionan que este concepto es coherente con la idea de que las respuestas de una persona suelen estar determinadas por una interacción entre las habilidades personales y las situaciones externas. De acuerdo con esto, Torestad, Magnuson y Oláh (1990, citado en Sandín y Chorot, 2003) enfatizan que el afrontamiento está determinado tanto por la situación como por los rasgos de la persona, dejando en evidencia el carácter estable del afrontamiento.

Salazar Ganchala (2013), menciona que cuando hay una perturbación emocional el afrontamiento actúa como regulador, es decir, si es efectivo no habrá malestar, de lo contrario la perturbación emocional continuará repercutiendo de manera negativa en la salud.

En el área laboral, y en mayor medida en profesionales de la salud, la exposición continua a estresores se denomina Síndrome de Burnout. Reyna (2011), señala que en las organizaciones sanitarias los estresores que favorecen el desarrollo del síndrome son las

relaciones que mantienen los profesionales de la salud con los pacientes y sus familiares. Las situaciones laborales estresantes generan una serie de estrategias de afrontamiento que, en estos casos, no sólo deben ser prácticas para manejar las respuestas al estrés, sino también deben ser eficaces para eliminar aquellos sucesos estresantes. “Cuando las estrategias de afrontamiento empleadas no resultan exitosas de manera reiterada, los trabajadores desarrollan una experiencia de fracaso profesional y de fracaso en las relaciones interpersonales con los individuos hacia los que se destina el trabajo” (Gil-Monte, 2008, citado en, Reyna, 2011, p.33).

La conducta de afrontamiento puede implicar una actitud activa tendiente a controlar la situación o una actitud pasiva ante las situaciones de estrés (Guerrero, 2003, citado en Reyna, 2011). Pearlin y Schooler, diferencian entre: recursos físicos que son propiedad del individuo, como la salud y la energía, los recursos psicológicos como las creencias positivas, las técnicas de resolución de problemas, el apoyo social, y los recursos sociales y materiales (1984, citado en Reyna, 2011). Todos estos recursos, son los que determinan el proceso de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986, citado en Reyna, 2011).

#### **2.2.6.1. Estrategias de afrontamiento**

Antes de hablar y distinguir las diferentes estrategias de afrontamiento, es necesario definir y diferenciar entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento. Los primeros, según Fernández-Abascal (1998, citado en Reyna, 2011) son:

predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional; mientras que las segundas son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y son altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes. (p.35).

En síntesis, como afirma la autora, el afrontamiento es una estrategia de carácter individual que implica las valoraciones del individuo y modula el carácter estresante o no de las situaciones, dentro de un contexto específico y en condiciones particulares (Reyna, 2011).

Lazarus y Folkman (1986) abordan dos modos o estrategias de afrontamiento, que, si bien son diferentes, se complementan mutuamente.

- Modos de afrontamiento dirigidos a la emoción: “Tiene más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno” (Lazarus y Folkman, 1986, p.172).

Esta estrategia de afrontamiento hace referencia a los procesos cognitivos que tienen como finalidad disminuir el nivel de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, minimización, atención selectiva, distanciamiento, comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a las situaciones negativas. Las estrategias que equivalen a la reevaluación cognitiva suelen utilizarse para reducir la amenaza. Hay que tener en cuenta, que en este tipo de afrontamiento, puede darse lo que Lazarus y Folkman (1986) denominan como autodecepción o distorsión de la realidad. Estas interpretaciones distorsionadas, pueden darse debido a que el afrontamiento dirigido a la emoción suele utilizarse “para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no nos importara, etcétera” (Lazarus y Folkman, p.174).

- Modos de afrontamiento dirigidos al problema: Suelen darse cuando pueden generarse cambios en lo que respecta al problema. Lazarus y Folkman (1986), afirman que las estrategias que se utilizan para definir y afrontar el problema son similares a las que se emplean para la resolución del mismo.

Según Lazarus y Folkman (1986):

El afrontamiento dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias más amplias; la resolución del problema implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, mientras que en el afrontamiento dirigido al problema también se incluyen las estrategias que hacen referencias al interior del sujeto. (p.175).

Debido a esto, debe aclararse que como señalan Kahn et al. (1946, citado en Lazarus y Folkman, 1986) existen dos grupos de estrategias dirigidas al problema: las que se refieren al sujeto, y se encargan de los cambios motivacionales o cognitivos y las que se refieren al entorno, dirigidas a modificar los recursos, presiones ambientales, procedimiento, etc.

En aquellas situaciones que la persona valora como amenazantes, desafiantes y sin posibilidad de modificación, se suelen utilizar aquellos modos de afrontamiento con menor control sobre la emoción (Lazarus & Folkman, 1986, citado en Popp, 2008).

"Las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción pueden dañar la salud al impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud-enfermedad" (Lazarus y Folkman, 1986, p. 238, citado en Popp, 2008). De este modo, como plantea Guerrero Barona (2003), si bien la negación y evitación pueden disminuir el trastorno emocional, al mismo tiempo pueden impedirle a la persona reaccionar y actuar de manera realista a un problema que podría solucionarse con una acción directa.

En contraste con lo mencionado en el párrafo anterior, el afrontamiento focalizado en el problema conduce "a un mejor ajuste y adaptación ante los estresores de la vida y a experimentar menos síntomas psicológicos" (Popp, 2008, p.9).

El grupo de Lazarus desarrolló y popularizó un cuestionario de autoinforme, el Ways of Coping Questionnaire (WCQ), que posibilita obtener información acerca de las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas en situaciones de estrés (Folkman y Lazarus, 1980, 1988; Lazarus y Folkman, 1984, citado en Sandín y Chorot, 2003). En la actualidad, la mayoría de los cuestionarios que existen sobre el afrontamiento al estrés derivan del WCQ.

La Escala de Estrategias de Coping (EEC) fue desarrollada por Chorot y Sandín (1987, citado en Sandín y Chorot, 2003) con el propósito de "obtener una prueba psicométrica que evaluara un amplio espectro de formas de afrontamiento del estrés" (p. 41). Para la construcción de la escala se tomó como base el cuestionario de Lazarus y Folkman (1984, citado en Sandín y Chorot, 2003) y los trabajos de Moos y Billings (1982, citado en Sandín y Chorot, 2003).

Luego de un análisis factorial que los autores llevaron a cabo con datos obtenidos a partir de una muestra amplia de estudiantes universitarios, se efectuó una revisión de la EEC, cuyo resultado final fue la EEC Revisada (EEC-R), una escala de 54 elementos y 9 dimensiones básicas (Sandín, Valiente y Chorot, 1999, citado en Sandín y Chorot, 2003). A esta versión se la denominó Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE).

### **2.2.7. Relación Estrés y Sobrecarga del cuidador**

Los cuidadores de adultos mayores institucionalizados ejercen una profesión que demanda mucho tiempo y energía. Esto es condición suficiente para la percepción de estrés laboral. Algunos estresores a los cuales los cuidadores se encuentran en constante exposición pueden ser, dificultades con otros cuidadores que trabajan con él, falta de tiempo, falta de autonomía, bajos salarios, y percepción de sobrecarga laboral. Montorio, Izal, López y Sánchez (1998, citado en Sánchez y Zamora, 2008), exponen que la sobrecarga laboral, es una carga percibida por el cuidador a partir de la valoración que él mismo hace de los estresores que resultan del cuidar.

Una serie de investigaciones que se han realizado, muestran cómo el inadecuado uso de las Estrategias de Afrontamiento afecta el estado emocional de los cuidadores, generando consecuencias como el aumento en los niveles de sentimiento de sobrecarga, depresión y ansiedad (Lazarus y Folkman, 1991; Muela Martínez, Torres Colmenero y Peláez Peláez, 2002; Powers, Gallagher Thompson y Kraemer, 2002; Mc Clendon, Smyth y Neundorfer, 2004; Mausbach, Aschbacher, Patterson, Ancoli Israel, Känel, Mills, Dimsdale, et al., 2006 y Crespo y López, 2007, citado en Tartaglino, Ofman y Stefani, 2010).

Haley, Levine, Brown & Bartolucci (1987, citado en Tartaglino, Ofman y Stefani, 2010) exponen que las estrategias de afrontamiento utilizadas, pueden predecir el nivel de estrés experimentado por quienes se desempeñan como cuidadores. En la investigación realizada por Tartaglino, Ofman y Stefani (2010) se obtuvo que en aquellos cuidadores que utilizaban la “descarga emocional” la misma se encontraba en relación con niveles altos de sobrecarga.

“La percepción que el sujeto tenga de los estresores ambientales y de sus capacidades, junto a las estrategias de afrontamiento que emplee para afrontar el estrés, determinarán el grado de sentirse quemado por el trabajo” (Gil-Monte y Peiró, 1997, citado en Contreras y Burguillos Peña, 2014, p.307).

Dri (2017), cuya investigación tenía como objetivo, analizar la relación entre Estrés Laboral y las Estrategias de Afrontamiento, pudo corroborar que la variable estrés se correlaciona de manera positiva con las estrategias de evitación cognitiva y descarga emocional.

“La sobrecarga del cuidador se origina en el conjunto de sentimientos y percepciones negativas que él tiene respecto de la prestación continua de cuidado que solicita el paciente” (Feldberg, Saux, Tartaglini, Irrazába, Leis, Roja, Somale, Cáceres, Demey, Allegri y Stefani, 2016, p.260) Aquí puede evidenciarse cómo la valoración que haga el cuidador respecto de la situación laboral, va a incidir en la sobrecarga percibida.

# CAPITULO III

### **3. Encuadre Metodológico**

#### **3.1. Tipo de estudio**

La investigación es de tipo descriptivo-correlacional dado que sus objetivos pretendían describir y establecer si existen asociaciones entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de sobrecarga en los cuidadores formales de pacientes con demencia.

Considerando el tipo de fuente, puede clasificarse como una investigación de campo.

Según la temporalidad, se trata de un estudio transversal ya que se realizaron las mediciones en un momento determinado y de una sola vez.

#### **3.2. Participantes**

El muestreo utilizado es de tipo no probabilístico (intencional). La muestra estuvo conformada por cuidadores formales adultos de ambos sexos, que trabajaban en instituciones residenciales y centros de día con adultos mayores que padecen demencia en la ciudad de Paraná. La muestra resultante comprendió a 30 cuidadores.

El criterio de exclusión para seleccionar la misma fue que los cuidadores debían trabajar en instituciones residenciales o centros de día y cuidar adultos con cualquier tipo de demencia.

#### **3.3. Técnicas de recolección de datos**

Para evaluar el nivel de sobrecarga, se utilizó la versión española abreviada del Zarit Caregiver Burden Interview (ZCBI) de Zarit, Reever y Bach-Peterson (1980) en su adaptación al español realizada por Martín et al (1996). Es un cuestionario que consta de 7 ítems en forma de pregunta, que el cuidador respondió en una escala tipo Likert de 5 puntos (1 = Nunca; 2 = Casi nunca; 3 = A veces; 4 = Bastantes veces; 5 = Casi siempre). Tal como exponen Crespo y Rivas (2015), la escala presenta adecuadas propiedades psicométricas (alfa de cronbach: .91). Es preciso aclarar que se realizó una modificación en cada ítem, se cambió la palabra familiar por pacientes. Esto fue necesario dado que esta escala fue hecha para evaluar cuidadores familiares. Sin embargo, al no existir otra que evalúe a aquellos que no son familiares y como se ha utilizado en otras investigaciones para evaluar los cuidadores formales, se decidió luego de recibir asesoramiento, cambiar esa palabra por una más adecuada a la situación que se pretendía estudiar.

Para medir las estrategias de afrontamiento, se empleó el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) de Sandín y Chorot (2003), siendo esta, una versión adaptada al español, modificada y mejorada del Way of Coping (WOC) desarrollada por Lazarus y Folkman (1986). Este instrumento es una medida de autoinforme que consta de 42 ítems y 7 subescalas: focalización en la solución del problema, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social, expresión emocional abierta, evitación, religión y autofocalización negativa. La escala, presenta adecuadas propiedades psicométricas con un coeficiente de fiabilidad de Cronbach de 0.79 (Sandín y Chorot, 2003).

Se incluyó además un cuestionario para recolectar datos demográficos tales como: nombre, edad, sexo, estado civil, cantidad de hijos, grupo de convivencia, profesión/ocupación, actividad de ocio, religión y tiempo (días, meses, años) que lleva desempeñándose como cuidador.

### **3.4. Procedimientos de recolección de datos**

En primer lugar, se contactó telefónicamente a las personas encargadas de las Instituciones Residenciales y Centros de día. Posteriormente se concurrió a las mismas para tener un primer encuentro y acordar días y horarios convenientes para realizar las tomas, para no interferir en el horario laboral de los cuidadores. Se administraron las dos escalas y el cuestionario sociodemográfico a través de preguntas autoadministrables, a cuidadores adultos de ambos sexos que trabajan en Instituciones Residenciales y Centros de Día con adultos mayores que padecen demencia en la ciudad de Paraná.

Previamente a la recolección de datos, se solicitó el consentimiento escrito de las personas que conformaron la muestra, de forma voluntaria, garantizando en todo momento total confidencialidad de la información recolectada y certificando que la misma no sería utilizada para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Antes de comenzar se les leyó las instrucciones para que puedan realizar las actividades con tranquilidad, se recalcó que la participación era voluntaria y que no debían sentirse evaluados, observados o juzgados en ningún aspecto.

La administración de los cuestionarios tomó un tiempo de aproximado de 15 minutos. En uno de los centros de día, la toma se prolongó un tiempo más porque la cuidadora por momentos, debía atender a sus pacientes ya que ese día su compañera de trabajo se

encontraba enferma. Cabe destacar que a pesar de esta situación, siempre se mostró predispuesta a colaborar con la investigación.

En una de las residencias, la toma se realizó durante una reunión programada para dichos fines. Luego de la misma, surgió un debate a partir de observaciones realizadas por los cuidadores respecto a uno de los temas en cuestión, el estrés y las maneras de reaccionar en el ámbito del trabajo. En este debate intervino la psicóloga de la institución que se encontraba presente, intentando resolver las inquietudes de sus empleados y tratando de que se sientan acompañados y puedan recurrir a ella en caso de presentarse situaciones en las que se sientan desbordados. Se me agradeció porque mi participación incentivó a los cuidadores a poder hablar sobre el tema.

Si bien se presentaron ciertos inconvenientes con algunas instituciones, razones por las cual se vio demorado el proceso de recolección de datos, se pudo llegar a recolectar la cantidad necesaria para los fines de esta investigación.

### **3.5. Plan de tratamiento y análisis de datos**

El procesamiento y análisis estadístico de los datos se realizó utilizando el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15.0.

En primer lugar, se llevaron a cabo análisis descriptivos de la muestra, a fin de obtener las frecuencias, medias y desvíos típicos.

Seguidamente, se realizaron análisis de estadística descriptiva básica sobre las diversas medidas de afrontamiento y sobrecarga con el objetivo de conocer los niveles con que se presentaban en los cuidadores formales.

Para estudiar la relación entre la sobrecarga y el afrontamiento al estrés que poseen los cuidadores formales de pacientes con demencia, se llevó a cabo un análisis de estadística inferencial para el que se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

# CAPITULO IV

#### 4. Resultados

##### Descripción de la muestra (N=30)

La muestra evaluada consta de 30 adultos de ambos sexo, que trabajaban en residencias y centros de días como cuidadores de adultos mayores con demencia en la ciudad de Paraná.

En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento, como se puede observar en la tabla 1 las que predominan en los cuidadores son aquellas de Reevaluación positiva con una media de 15,60, las Focalizadas en la solución del problema con una media de 14,86 y la estrategia de Evitación con una media de 13,16. No obstante, la estrategia de búsqueda de apoyo social, obtuvo un media de 10,33.

Las estrategias menos utilizadas son Religión con una media de 6,96, Autofocalización negativa con un promedio de 6,53 y Expresión emocional abierta cuya media es de 6,40.

**Tabla 1 Cuestionario de Afrontamiento al Estrés, estadísticos descriptivos.**

<b>Estrategias de afrontamiento</b>	<b>Media</b>	<b>Desvío típico</b>
Focalizado en la solución del problema	14,86	3,92
Autofocalización negativa	6,53	3,86
Reevaluación positiva	15,60	3,64
Expresión emocional abierta	6,40	3,75
Evitación	13,16	6,04
Búsqueda de apoyo social	10,33	6,93
Religión	6,96	4,80

N= 30

Al evaluar la sobrecarga mediante la Zarit Caregiver Burden Interview se obtuvo una media de 15,63 con un desvío de 6,43. Se puede inferir la existencia de baja sobrecarga a nivel general dado que los puntajes obtenidos con mayor frecuencia son menores de 16 puntos (tabla 2).

**Tabla 2 Tabla de frecuencia de la Escala de Sobrecarga.**

<b>PUNTAJE de SOBRECARGA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
7	2	6,7	6,7
9	1	3,3	10,0
10	4	13,3	23,3
11	4	13,3	36,7
12	1	3,3	40,0
13	1	3,3	43,3
14	2	6,7	50,0
15	2	6,7	56,7
16	3	10,0	66,7
18	2	6,7	73,3
19	1	3,3	76,7
21	3	10,0	86,7
25	1	3,3	90,0
27	1	3,3	93,3
30	1	3,3	96,7
31	1	3,3	100,0
Total	30	100,0	

Un 66,7% presentan ausencia de sobrecarga, el 33,3% demostró tener niveles de sobrecarga intensa.

**Gráfico 1**



En relación a cada ítem, se observó lo siguiente:

Para el ítem 1, un 40% expresó que algunas veces a causa del tiempo que gasta con sus pacientes, siente que no tiene tiempo suficiente para sí mismo. Por otro lado un 20% expresó nunca sentir ausencia de tiempo para sí, y tan solo un 16,7% expresó sentirlo bastantes veces.

Para el ítem 2, un 40% expresó rara vez sentirse agobiado al intentar compatibilizar el cuidado de los pacientes con otras responsabilidades. Un 23,3% manifestó nunca sentirse agobiado, y tan solo un 6,7% exteriorizó sentirse agobiado casi siempre.

Para el ítem 3, un 53,3% de los cuidadores manifestó nunca pensar que cuidar a sus pacientes afecta negativamente sus relaciones interpersonales. Tan sólo un 3,3% expresó pensar de esa manera casi siempre.

Al indagar en el ítem 4 acerca de si su salud empeoró debido a su trabajo de cuidar pacientes, un 33,3% manifestó no presentar deterioro en su salud. Por otro lado, un 23,3% expresó que rara vez o algunas veces su salud ha empeorado a causa de su labor de cuidado.

Para el ítem 5, un 33,3% manifestó rara vez sentirse tenso o agotado al tener que cuidar de los pacientes. Puede observarse también que un 30% dijo nunca sentirse tenso, mientras que un 26,7% expresó sentirse así algunas veces.

En lo que respecta al ítem 6, un 70% expresó nunca haber perdido el control de su vida desde que sus pacientes comenzaron a presentar la enfermedad. Tan solo un 13,3% manifestó sentirse así algunas veces.

El último ítem, 7, evalúa a nivel global el sentimiento de “carga” experimentado al cuidar los pacientes. Un 36% manifestó sentir “carga” al cuidar sus pacientes, un 10% expresó sentir la carga siempre o bastantes veces, mientras que un 23% afirmó nunca sentir “carga” al cuidar de sus pacientes.

En lo referente al objetivo de comprobar si existe asociación entre la sobrecarga y el afrontamiento al estrés en la tabla 3 se presentan los coeficientes de correlación  $r$  de Pearson que permiten cotejar si existe o no relación entre los niveles de sobrecarga y las estrategias de afrontamiento de los integrantes de la muestra. Dichos coeficientes muestran que existen correlaciones positivas y negativas entre las dimensiones de cada variable y a nivel general, sin embargo dado que la muestra es pequeña algunas no son significativas en términos estadísticos, aunque marcan claramente una tendencia.

**Tabla 3 Correlaciones entre Sobrecarga y Afrontamiento al Estrés**

<b>Dimensiones de Afrontamiento</b>	<b>Sobrecarga <math>r</math></b>	<b><math>p =</math></b>
Focalizado en la solución del problema	-,335	0,07
Autofocalización negativa	,432	0,01**
Reevaluación positiva	-,301	0,11
Expresión emocional abierta	,353	0,05*
Evitación	,402	0,03*
Búsqueda de apoyo social	-,039	0,84
Religión	-,209	0,27

\* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). N= 30

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Las dimensiones Autofocalización negativa, Evitación y Expresión emocional abierta se correlacionan significativa y positivamente con la sobrecarga. Es decir que a

mayor Autofocalización negativa, Evitación y Expresión emocional abierta se observa una mayor sobrecarga en los cuidadores. La sobrecarga parece obligar a hacer uso de estas estrategias.

Por otro lado, si bien no es significativa debido al tamaño de la muestra, se puede ver una tendencia interesante la correlación negativa existente entre la dimensión de focalización en la solución del problema y la sobrecarga. Esta estrategia es más usada en los que tienen menos sobrecarga.

# CAPITULO V

## 5. Discusión

Uno de los principales motivos que puso en marcha este estudio fue la falta de investigaciones sobre cuidadores de adultos con demencia que no sean familiares de los mismos. Como pudo verse en los antecedentes hallados y expuestos al comienzo de este trabajo, casi todos se enfocan en estudiar la sobrecarga y/o afrontamiento al estrés de cuidadores primarios, familiares, de adultos con demencia.

El propósito que orientó la investigación a lo largo de todo su proceso fue poder identificar si el nivel de sobrecarga se asocia con los estilos de afrontamiento al estrés que presentan los cuidadores formales de pacientes con demencia en la ciudad de Paraná, es decir aquellos que trabajan cuidando a adultos mayores que habitan en Residencias Gerontológicas o aquellos que concurren diariamente a Centros de Día.

Para ello fue necesario en primer lugar poder identificar, mediante el cuestionario Zarit Caregiver Burden Interview, los niveles de sobrecarga que presentaban los cuidadores formales de adultos mayores con demencia. Para esto, se concurrió a distintas instituciones Residenciales donde se realizó la toma del cuestionario a 30 cuidadores adultos de ambos sexo, arrojando como resultado la ausencia de sobrecarga a nivel general con un 66,7% dado que los puntajes obtenidos con mayor frecuencia fueron menores de 16 puntos; tan solo un 33,3% presentó niveles de sobrecarga intensa. Como se mencionó anteriormente, en cuanto al nivel de sobrecarga los resultados de esta investigación coinciden con el realizado por Cerquera et al. (2014) respecto a la ausencia o baja sobrecarga. Los autores en su estudio encontraron que un 44% de su muestra de cuidadores no presentó ningún tipo de sobrecarga, un 15% presentó sobrecarga leve, y un 41% presentó sobrecarga intensa.

Al estudiar las correlaciones existentes entre la sobrecarga y las distintas estrategias de afrontamiento al estrés se observa que a mayor Autofocalización negativa, hay mayor sobrecarga. Esto puede deberse a que esta dimensión implica entre otras cosas, la creencia de que las cosas suelen salir mal imposibilitando tener una visión positiva de la situación que haga disminuir el sentimiento de sobrecarga. Esto coincide con lo que plantean Tartaglino, Ofman y Stefani (2010) en su investigación cuyos resultados muestran que el estrés del cuidador está relacionado con la valoración que él realice de la situación y con los recursos que disponga. Como muestran los resultados de esta investigación existe una tendencia interesante de correlación inversa entre la dimensión de focalización en la

solución del problema y la sobrecarga. Esto muestra que a mayor sobrecarga, hay una menor focalización en la solución del problema, reafirmando y coincidiendo con la correlación anterior. Lo mismo sucede con la evitación, a mayor evitación, mayor sobrecarga. Eso permite comprobar que se cumple la hipótesis planteada para esta investigación que afirma que “las estrategias de afrontamiento que utilizan los cuidadores formales de pacientes con demencia de la ciudad de Paraná, se relacionan con el nivel de sobrecarga que perciben en su labor. La sobrecarga intensa se asocia con el uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales dirigidos a la emoción y evitación del problema”. Al utilizar en menor medida la estrategia de focalización en la solución del problema, se puede observar que predomina el uso de estrategias centradas en la emoción, las cuales según Lazarus y Folkman, (1986) tienen como finalidad reducir el nivel de trastorno emocional incluyendo estrategias de atención selectiva, evitación, minimización, distanciamiento, etc.

Cabe mencionar que algunas de las correlaciones no son del todo significativas dado que el tamaño de la muestra es reducido.

Una correlación que llama la atención pero que también se ha presentado de esta manera en otras investigaciones es la de sobrecarga con la dimensión expresión emocional abierta. La misma, demostró que a mayor expresión emocional abierta, hay una mayor sobrecarga. El mismo resultado se halló en una investigación realizada por Tartaglino, Ofman y Stefani (2010) donde también se obtuvo este tipo de correlación. Como señalan Crespo y López (2007, citado en Tartaglino, Ofman y Stefani, 2010), las conductas relacionadas con la Descarga emocional aumentan los niveles de sobrecarga, depresión y ansiedad de los mismos. Esta clase de respuestas implican un fracaso del control de las emociones que surgen a partir del problema mediante una represión consciente de los impulsos, permitiendo experimentar y trabajar sobre los propios sentimientos (Moos & Billing, 1982, citado en Tartaglino, Ofman y Stefani, 2010).

Estas correlaciones encontradas, dan cuenta que en la mayoría de los casos hay una actitud pasiva hacia las situaciones de estrés. Guerrero, (2003, citado en Reyna, 2011) plantea que la conducta de afrontamiento puede implicar una actitud activa tendiente a controlar la situación o una actitud pasiva ante las situaciones de estrés. Sin embargo, los resultados muestran que los niveles de sobrecarga no son altos, por el contrario las pruebas arrojaron una ausencia de sobrecarga. Esto puede deberse a que una de las principales limitaciones es que la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit fue diseñada para

evaluar a cuidadores familiares. Si bien, la misma fue adaptada para los fines de esta tesis, algunos de sus ítems no coinciden del todo con las situaciones que experimentan los cuidadores formales, es decir los no familiares. Esto coincide con lo que plantean Montorio, Izal, López y Sánchez (1998, citado en Sánchez y Zamora, 2008), quienes exponen que la sobrecarga laboral, es una carga percibida por el cuidador a partir de la valoración que él mismo hace de los estresores que resultan del cuidar. Esto reafirma el hecho de que un cuidador familiar puede percibir estresores distintos al cuidar a su familiar, particularmente por el vínculo que los une. Esto da cuenta que la valoración que haga el cuidador respecto de la situación, va a incidir en la sobrecarga percibida.

Es por esto que sería recomendable la construcción y validación de una escala que pueda evaluar a aquellos cuidadores que trabajan ya sea dentro del hogar del enfermo o fuera de él, como es el caso de quienes cuidan adultos mayores que habitan en residencias gerontológicas y/o centros de días.

## 6. Conclusión

El propósito de esta investigación fue poder determinar si el nivel de sobrecarga se asocia con los estilos de afrontamiento al estrés en los cuidadores formales de pacientes con demencia en la ciudad de Paraná. La hipótesis de la investigación fue que las estrategias de afrontamiento que utilizan los cuidadores formales de pacientes con demencia, se relacionan con el nivel de sobrecarga que perciben en su labor. La sobrecarga intensa se asocia con el uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales dirigidos a la emoción y evitación del problema.

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante el análisis y procesamiento de datos estadísticos, puede demostrarse que quienes presentan niveles de sobrecarga intensa, suelen utilizar con frecuencia estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción y evitación del problema. Este tipo de estrategias no permite que los cuidadores puedan focalizarse en el problema en miras a una búsqueda de solución de la situación generadora de estrés.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los cuidadores formales de pacientes con demencia en la ciudad de Paraná predominan en los cuidadores la Reevaluación positiva, las Focalizadas en la solución del problema, la estrategia de Evitación y la de Búsqueda de apoyo social.

Según los datos arrojados por la muestra estudiada un 66,7% de los cuidadores presentaron una ausencia de sobrecarga, mientras que un 33,3% de ellos presentó niveles de sobrecarga intensa. Esto puede evidenciarse en las correlaciones obtenidas con las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los cuidadores.

Finalmente en lo que respecta a si existe relación entre el nivel de sobrecarga y las estrategias de afrontamiento que experimentan los cuidadores formales de pacientes con demencia en la ciudad de Paraná, se puede afirmar que es así. Al analizar las estrategias más utilizadas, se puede observar que éstas disminuyen el nivel de sobrecarga percibido por los cuidadores, es por esto que en resultados recabados se obtuvo un alto porcentaje de ausencia de sobrecarga.

Es importante mencionar que todos los datos obtenidos son significativos para la muestra a la cual se administró las pruebas, pero dado que el tamaño de la misma es reducido, no se pueden hacer grandes generalizaciones. De igual manera, permite confirmar la hipótesis planteada, mostrando que las estrategias de afrontamiento que utilizan los cuidadores formales de pacientes con demencia, se relacionan con el nivel de

sobrecarga que perciben en su labor; así como también que la sobrecarga intensa se asocia con el uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales dirigidos a la emoción y evitación del problema. Si bien la muestra de esta investigación no arrojó niveles de sobrecarga intensa, este supuesto se puede comprobar con las correlaciones obtenidas a partir de las estrategias utilizadas por los cuidadores y la sobrecarga.

Cabe destacar que es de suma importancia seguir investigando sobre esta temática, particularmente a los cuidadores formales que trabajan en ámbitos en los cuales se encuentran con más de una persona a su cargo. En muchas ocasiones, las residencias, centros de día, hospitales o cualquier institución en la que se desempeñen cuentan con numerosos adultos dependientes internados en comparación con el número de cuidadores que trabajan en dicho lugar. Este factor, sumado a los horarios de los turnos de la jornada laboral, como así también la ausencia de formación y capacitación del cuidador en temas de cuidado de personas puede ser un elemento altamente influenciado en el nivel de sobrecarga percibido y experimentado por quienes dedican sus días a cuidar adultos con demencia o cualquier otro tipo de patología que requiera ese nivel de cuidado.

## **7. Limitaciones**

En la presente investigación se pueden señalar las siguientes limitaciones:

- El tipo de muestra es intencional y reducido en su tamaño, razón por la cual no se pueden generalizar los resultados obtenidos .
- La escala para evaluar la sobrecarga que se utilizó, fue diseñada para evaluar a cuidadores familiares. Si bien se adaptó cada ítem para que sirva a los fines de esta investigación cambiando la palabra “su familiar” por “sus pacientes” existen cuestiones que evalúa cada uno de ellos, que tal vez pueden ser más significativas para quienes cuidan a un familiar.

## 8. Sugerencias

En función de los datos recabados y de las limitaciones encontradas, se pueden tener en cuenta las siguientes consideraciones para investigaciones futuras:

- Sería productivo poder extender el estudio hacia una muestra mayor e incluir otras variables o factores asociados, tales como horas de trabajo, calidad de vida, formación profesional sobre el cuidado de personas, entre otros, para que pueda enriquecerse la investigación.
- Se podría realizar un estudio comparativo con ciudades vecinas.
- También sería de gran utilidad para futuras investigaciones poder diseñar una escala que pueda ser utilizada con plena validez y confiabilidad en cuidadores de pacientes con patologías que generan dependencias, y que no sean un miembro de la familia de éste; sin discriminar si trabajan dentro del hogar del paciente o en instituciones de internación o ambulatorias.

## Referencias Bibliográficas

- Álvarez Linera Pardo, J. (2018). Neuroimagen en demencia. Correlación clínico-radiológica. *Radiología*, 61 (1), 66-81. doi: 10.1016/j.rx.2018.08.004
- Basa, J. A. (2010). *Estrés parental con hijos autistas. Un estudio comparativo*. Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Argentina, Facultad de Humanidades “Teresa de Ávila”, Argentina. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/estres-parental-con-hijos-autistas.pdf>
- Berger, K.S. (2008). *Psicología del Desarrollo Adultez y Vejez*. Madrid: Panamericana.
- Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayanz, S., Guerra, C., y Millán, T. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista Médica de Chile*, 137, 657-665. doi: 10.4067/S0034-98872009000500009
- Cerquera Córdoba, A. M. y Galvis Aparicio, M. J. (2014). Efectos del cuidado de las personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico*, 12(1), 149- 167. doi:10.111444/Javerianacali.PPSI12-1.ecpa
- Cerquera Córdoba, A. M., Granados Latorre, F.J. y Buitrago Mariño, A.M. (2012). Sobrecarga en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psychologia Avances de la Disciplina*, 6 (1), 35-45. doi: 10.21500/19002386.1169
- Cerquera Córdoba, A. M., Granados Latorre, F.J. y Galvis Aparicio, M. J. (2014). Relación entre estrato económico y sobrecarga en cuidadores de pacientes con Alzheimer. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 42, 127-137. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/revistaucn/article/view/499/1035>
- Chacón Rosado, E. C., y Valverde de la Cruz, L. N. (2014). *Estrategias de afrontamiento y nivel de sobrecarga en el cuidador informal de la persona con Alzheimer*. Tesis de licenciatura, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú. Recuperada de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/123456789/307>
- Chang de la Rosa, M., Echemendía Tocabens, B., Garía Roché, R., Herrera Travieso, D. M., Pérez Jiménez, D., y Rodríguez Salvá, A. (2013). Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes. *Revista Cubana Higiene y Epidemiología*, 51. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032013000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032013000200006)
- Contreras, M. A. y Burguillos Peña, A. I. (2014) Estrés y burnout en profesores de

- primaria y secundaria de Huelva: las estrategias de afrontamiento como factor de protección. *International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista INFAD de Psicología*, 4(1), 303-310. doi: <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.616>
- Crespo, N., y Rivas, M.T. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud*, 26. doi: 10.106/j.clysa.2014.07.002
- Dabove, M.I. (2014). Las residencias gerontológicas en el derecho de la vejez: Panorama normativo en Argentina. *Revista de la Facultad de Derecho*, 5(2), 173-214. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/refade/article/view/11671/12082>
- Dri, P. (2018). *Relación entre estrés laboral y estrategias de afrontamiento en el ámbito laboral privado*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Argentina de la Empresa, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Recuperado de: <https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/handle/123456789/6585>
- Ehrenzweig Sánchez, Y., y Hernández Zamora, Z. E. (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de Burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13, 127-142. Recuperado de [http://www.researchgate.net/profile/Yamilet\\_Ehrenzweig/publication/40441115\\_Percepcion\\_de\\_sobrecarga\\_y\\_nivel\\_de\\_burnout\\_en\\_cuidadores\\_formales\\_del\\_adulto\\_mayor\\_institucionalizado/links/00b495279346d42fdc000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Yamilet_Ehrenzweig/publication/40441115_Percepcion_de_sobrecarga_y_nivel_de_burnout_en_cuidadores_formales_del_adulto_mayor_institucionalizado/links/00b495279346d42fdc000000.pdf)
- Espín Arande, A. M. (2012). Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(3), 393-402. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2012/csp123f.pdf>
- Flores G., Rivas R., y Seguel P. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería XVIII* (1), 29-41. Recuperado de: [https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v18n1/art\\_04.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v18n1/art_04.pdf)
- Folkman, S. y Lazarus, R. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/265221612/Lazarus-y-Folkman-1986> Roca.
- Feldberg, C., Saux, G., Tartaglino, F., Irrazábal, N., Leis, A., Roja, G., Somale, V., Cáceres, F., Demey, I., Allegri, R. y Stefani, D. (2016). Actores psicosociales y sobrecarga del cuidador informal. Resultados preliminares en cuidadores familiares de pacientes con enfermedades cerebrovasculares. *Revista Argentina de Clínica*

- Psicológica*, 25 (3), 259-266. Recuperado de:  
<https://www.redalyc.org/html/2819/281948416005/>
- Guerrero Barona, E. (2003). Análisis pormenorizado de los grados de burnout y afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de Psicología*, 19 (1), 146-157. Recuperado de:  
<https://www.redalyc.org/html/167/16701914/>
- Guiraldo Montoya, D. I., Zuluaga Machado, S. y Uribe Gómez, V. (2018). Sobrecarga en los cuidadores principales de pacientes con demencia permanente en el ámbito ambulatorio. *Medicina U.P.B.*, 37 (2), 89-96. doi: 10.18566/medupb.v37n2a02
- Hernández González, C. D. y González Martínez, J. F. (2013). Teorías del envejecimiento. En L. Rocha Durán (Ed.), *La vejez en movimiento. Un enfoque integral*. (pp. 43-50) Recuperado de:  
[https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=pYdOAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA43&dq=envejecimiento+humano+teorias&ots=OcyOMfYx5X&sig=\\_eeKupVpyMYOj3BcFTkHsYoftAY#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=pYdOAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA43&dq=envejecimiento+humano+teorias&ots=OcyOMfYx5X&sig=_eeKupVpyMYOj3BcFTkHsYoftAY#v=onepage&q&f=false)
- Hoyl Moreno, T. (2016). Teorías actuales de envejecimiento. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 32(2), 33-38. Recuperado de:  
<http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/258>
- Jiménez Díaz, G. y Gutiérrez Rodríguez, J. (2008). Recomendaciones para el manejo del paciente con demencia en residencias de ancianos. *Demencias en Geriatría*. (pp. 31-44). Recuperado de:  
[https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/CentrosDia/Tripa\\_Demencias\\_%20en\\_%20geriatria.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/CentrosDia/Tripa_Demencias_%20en_%20geriatria.pdf)
- Jofré Aravena, V., y Sanhueza Alvarado, O. (2010). Evaluación de la Sobrecarga de Cuidadoras/es Informales. *Revista Ciencia y Enfermería*, 16, 111-120. doi: 10.4067/S0717-95532010000300012
- Johnson, H. R. (1985). La enseñanza y capacitación del personal que atiende a los ancianos. *Hacia el bienestar de los ancianos*, 492, 105-108.
- Kaluza, G., Cornaglia, C., y Baslet, HD. (2001). *Stress un programa de salud*. Marbug: Centro para Metodología y Ciencias de la Salud.
- Landinez Parra, N. S., Contreras Valencia, K. y Castro Villamil, A. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38 (4), 562-580. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=38272>

- Lazarus, R. (2000). *Estrés y Emoción, Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Biblioteca de Psicología Descleé De Brouwer.
- López Álvarez, J. y Agüera Ortiz, L. F. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 5 (1), 3-14. Recuperado de: [https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0501/501\\_0003\\_0014.pdf](https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0501/501_0003_0014.pdf)
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Mijo, L.C., Rico, J.M., Lanz, P. y Tausig, M.I (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.
- Méndez, I., Secanilla, E., Martínez, J. P. y Navarro, J. (2011). Estudio comparativo de burnout en cuidadores profesionales de personas mayores institucionalizadas con demencia y otras enfermedades. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1 (2), 61-70. doi: 10.1989/ejihpe.v1i2.5
- Méndez Venegas, J. (2004). Estrés laboral o síndrome de “Burnout”. *Acta Pediátrica de México*, 25 (5), 299-302. Recuperado de: <http://repositorio.pediatria.gob.mx:8180/handle/20.500.12103/1814>
- Menghi, M. S. (2015). *Recursos psicosociales y manejo del estrés en docentes*. Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Católica Argentina “Santa María de los Buenos Aires”, Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=tesis&d=recursos-psicosociales-manejo-estres>
- Mestre, V., Samper, P., Tur-Porcar, A. M., Richaud, M. C. y Mesurado, B. (2012). Emociones, estilos de afrontamiento y agresividad en la adolescencia. *Universitas Psychologica*, 11 (4), 1263-1275. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64725418021>
- Montorio Cerrato I., Fernandez de Trocóniz M. I., López López A. y Sánchez Colodrón M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 9 (2), 229-248. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16714209>
- Moya Chávez, L. A., y Mamani Mamani, C. R. (2013). Demencia. *Revista de Actualización Clínica Investiga*, 35, 1810-1814 Recuperado de [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000800005&script=sci\\_arttext](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000800005&script=sci_arttext)
- Ocampo, J.M., Herrera, J.A., Torres, P., Rodríguez, J.A., Lobo, L. y García, C.A. (2007).

- Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colombia Médica*, 38 (1), 40-46. Recuperada de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28338107>
- OMS (2015). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- OMS (2017). *Demencia*. (362). Recuperado de: <http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- OMS (2017). *La salud mental y los adultos mayores*. (381). Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Olazarán Rodríguez, J. y Marín Carmona J. M. (2008). Recomendaciones para la asistencia a personas con demencia en centros de día. *Demencias en Geriatría*. (pp. 21-28) Recuperado de: [https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/CentrosDia/Tripa\\_Demencias\\_%20en\\_%20geriatria.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/CentrosDia/Tripa_Demencias_%20en_%20geriatria.pdf)
- Painepán, B y Kühne, W. (2012). Sobrecarga afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Summa psicológica UST*, 9, 5-14. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0719-448X2012000100001&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0719-448X2012000100001&script=sci_arttext)
- Peers, J. (1985). Atención de salud en instituciones para las personas ancianas. *Hacia el bienestar de los ancianos*, 492, 77- 84.
- Poop, M.S. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). *Interdisciplinaria*, 25 (1), 5-27. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1668-70272008000100001](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272008000100001)
- Ramos Pozón, S. (2011). La Ética del cuidado: valoración crítica y reformulación. *Revista Laguna*, 29, 109-122.
- Reyna, C. (2011). Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en acompañantes terapéuticos. *Revista de Investigación en Psicología*, 14 (2), 29-43. doi: 10.15381/rinvp.v14i2.2098
- Sánchez Martínez, R.T., Molina Cardona, E. M. y Gómez Ortega, O.R. (2016). Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Revista CUIDARTE*, 7 (1), 1171-1184. doi: 10.15649/cuidarte.v7i1.251
- Sandín, B y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE):

- Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8 (1), 39-54. Recuperado de <http://www.aeppc.net/rppc.php?id=348>
- Salazar Ganchala, A. E. (2013). La activación de los tipos de afrontamiento relacionados con el sentimiento de sobrecarga en el cuidador familiar de personas con discapacidad físico-motora. Universidad Politécnica Salesiana Sede Quito, Quito. Recuperado de: <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/4140>
- Tamer, N. L. (2008). La perspectiva de la longevidad: un tema para re-pensar y actuar. *Revista Argentina de Sociología*, 6 (10), 91-110. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1669-32482008000100007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1669-32482008000100007&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Tárraga, L. y Boada, M. (Eds.). (1999) *Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Recuperado de: [http://www.trabajosocialsalamancazamora.org/revistas/1380091394\\_1.pdf](http://www.trabajosocialsalamancazamora.org/revistas/1380091394_1.pdf)
- Tartaglini, M. F., Ofman, S. D. y Stefani, D. (2010). Sentimiento de Sobrecarga y Afrontamiento en Cuidadores Familiares Principales de Pacientes con Demencia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19 (3), 221-226. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/2819/281921798003/>
- Ynfante Niquén, M. P. (2018). *Nivel de sobrecarga del cuidador primario en paciente adulto mayor en el hospital regional de Lambayeque*. Universidad Señor de Sipán Facultad de Ciencias de la Salud, Pimentel. Recuperada de: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/5264/Mirtha%20Patricia%20Ynfante%20Niqu%C3%A9n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Yuste Rossel, N., Rubio Herrera, R., y Rico, M. A. (2004). *Introducción a la Psicogerontología*. Madrid: Pirámide.
- Zambrano, R. y Ceballos, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36, 26-39.

## ANEXOS

# ESCALA SOBRECARGA

### Sobrecarga

<u>N</u>	<u>Válidos</u>	<u>30</u>
	<u>Perdidos</u>	<u>0</u>
<u>Media</u>		<u>15,6333</u>
<u>Desv. típ.</u>		<u>6,43527</u>

### Sobrecarga

	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Porcentaje</u>	<u>Porcentaje</u>
			<u>válido</u>	<u>acumulado</u>
<u>Válidos</u>	<u>7,00</u>	<u>2</u>	<u>6,7</u>	<u>6,7</u>
	<u>9,00</u>	<u>1</u>	<u>3,3</u>	<u>10,0</u>
	<u>10,00</u>	<u>4</u>	<u>13,3</u>	<u>23,3</u>
	<u>11,00</u>	<u>4</u>	<u>13,3</u>	<u>36,7</u>
	<u>12,00</u>	<u>1</u>	<u>3,3</u>	<u>40,0</u>
	<u>13,00</u>	<u>1</u>	<u>3,3</u>	<u>43,3</u>
	<u>14,00</u>	<u>2</u>	<u>6,7</u>	<u>50,0</u>
	<u>15,00</u>	<u>2</u>	<u>6,7</u>	<u>56,7</u>
	<u>16,00</u>	<u>3</u>	<u>10,0</u>	<u>66,7</u>
	<u>18,00</u>	<u>2</u>	<u>6,7</u>	<u>73,3</u>
	<u>19,00</u>	<u>1</u>	<u>3,3</u>	<u>76,7</u>
	<u>21,00</u>	<u>3</u>	<u>10,0</u>	<u>86,7</u>
	<u>25,00</u>	<u>1</u>	<u>3,3</u>	<u>90,0</u>
	<u>27,00</u>	<u>1</u>	<u>3,3</u>	<u>93,3</u>
	<u>30,00</u>	<u>1</u>	<u>3,3</u>	<u>96,7</u>
	<u>31,00</u>	<u>1</u>	<u>3,3</u>	<u>100,0</u>
<u>Total</u>	<u>30</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	

## Estadísticos por ítem

	1. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con sus pacientes, ya no tiene tiempo suficiente para usted misma/o?	2. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de sus pacientes con otras responsabilidades (con su familia, en el trabajo, etc)?	3. ¿Piensa que el cuidar de sus pacientes afecta negativamente la relación que Ud. tiene con su familia y amigos?	4. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar sus pacientes?	5. ¿Se siente tenso o agotado cuando tiene que cuidar a sus pacientes?	6. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su paciente?	7. Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar sus pacientes?
N	30	30	30	30	30	30	30
Media	2,5333	2,4000	1,9000	2,3333	2,2333	1,6000	2,6333
Desv. típ.	1,00801	1,19193	1,12495	1,21296	1,13512	1,06997	1,24522

## Tablas de frecuencia por ítems

### 1. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con sus pacientes, ya no tiene tiempo suficiente para usted misma/o?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	6	20,0	20,0	20,0
	rara vez	7	23,3	23,3	43,3
	algunas veces	12	40,0	40,0	83,3
	bastantes veces	5	16,7	16,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

### 2. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de sus pacientes con otras responsabilidades (con su familia, en el trabajo, etc)?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	7	23,3	23,3	23,3
	rara vez	12	40,0	40,0	63,3
	algunas veces	5	16,7	16,7	80,0
	bastantes veces	4	13,3	13,3	93,3
	casi siempre	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**3. ¿Piensa que el cuidar de sus pacientes afecta negativamente la relación que Ud. tiene con su familia y amigos?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	16	53,3	53,3	53,3
	rara vez	4	13,3	13,3	66,7
	algunas veces	8	26,7	26,7	93,3
	bastantes veces	1	3,3	3,3	96,7
	casi siempre	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**4. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar sus pacientes?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	10	33,3	33,3	33,3
	rara vez	7	23,3	23,3	56,7
	algunas veces	7	23,3	23,3	80,0
	bastantes veces	5	16,7	16,7	96,7
	casi siempre	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**5. ¿Se siente tenso o agotado cuando tiene que cuidar a sus pacientes?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	9	30,0	30,0	30,0
	rara vez	10	33,3	33,3	63,3
	algunas veces	8	26,7	26,7	90,0
	bastantes veces	1	3,3	3,3	93,3
	casi siempre	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**6. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de sus pacientes?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nunca	21	70,0	70,0	70,0
	rara vez	3	10,0	10,0	80,0
	algunas veces	4	13,3	13,3	93,3
	bastantes veces	1	3,3	3,3	96,7
	casi siempre	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**7. Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar sus pacientes?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos <u>nunca</u>	<u>7</u>	<u>23,3</u>	<u>23,3</u>	<u>23,3</u>
<u>rara vez</u>	<u>6</u>	<u>20,0</u>	<u>20,0</u>	<u>43,3</u>
<u>algunas veces</u>	<u>11</u>	<u>36,7</u>	<u>36,7</u>	<u>80,0</u>
<u>bastantes veces</u>	<u>3</u>	<u>10,0</u>	<u>10,0</u>	<u>90,0</u>
<u>casi siempre</u>	<u>3</u>	<u>10,0</u>	<u>10,0</u>	<u>100,0</u>
<u>Total</u>	<u>30</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	

## Cuestionario de Afrontamiento al Estrés

### Estadísticos descriptivos

	<u>N</u>	<u>Media</u>	<u>Desv. típ.</u>
<u>Focalizado en la solución del problema</u>	<u>30</u>	<u>14,8667</u>	<u>3,92809</u>
<u>Autofocalización negativa</u>	<u>30</u>	<u>6,5333</u>	<u>3,86615</u>
<u>Reevaluación positiva</u>	<u>30</u>	<u>15,6000</u>	<u>3,64455</u>
<u>Expresión emocional abierta</u>	<u>30</u>	<u>6,4000</u>	<u>3,75637</u>
<u>Evitación</u>	<u>30</u>	<u>13,1667</u>	<u>6,04628</u>
<u>Búsqueda de apoyo social</u>	<u>30</u>	<u>10,3333</u>	<u>6,93484</u>
<u>Religión</u>	<u>30</u>	<u>6,9667</u>	<u>4,80290</u>

## Instrumentos de recolección de datos

### Cuestionario Sociodemográfico

Nombre:.....

Edad:.....

Sexo:.....

Estado Civil:.....

Cantidad de hijos:.....

Grupo de convivencia:.....

Profesión/ocupación:.....

Actividad de ocio:.....

Religión:.....

¿Hace cuánto tiempo (día, meses, años) trabaja cuidando adultos mayores?.....

### Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

**Instrucciones:** A continuación se presentan una lista de frases que reflejan cómo se sienten algunas personas cuando cuidan a otras. Marque la opción que mejor represente su situación.

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con sus pacientes, ya no tiene tiempo suficiente para usted misma/o?					
2. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de sus pacientes con otras responsabilidades (con su familia, en el trabajo, etc)?					
3. ¿Piensa que el cuidar de sus pacientes afecta negativamente la relación que Ud. tiene con su familia y amigos?					
4. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar sus pacientes?					
5. ¿Se siente tenso o agotado cuando tiene que cuidar a sus pacientes?					
6. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de sus pacientes?					
7. Globalmente ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar sus pacientes?					

**CAE**  
**Cuestionario de Afrontamiento del Estrés**  
**(Bonifacino Sandín y Paloma Chorot, 2003)**

Nombre..... Edad..... Sexo.....

*Instrucciones:* En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Ud. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. **Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.** Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Ud. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas estresantes vividos recientemente (aproximadamente durante el año pasado).

0	1	2	3	4
<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuentemente</i>	<i>Casi siempre</i>

**¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?**

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente..... **0 1 2 3 4**
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal **0 1 2 3 4**
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema..... **0 1 2 3 4**
4. Descargue mi mal humor con los demás ..... **0 1 2 3 4**
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas..... **0 1 2 3 4**
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía..... **0 1 2 3 4**
7. Asistí a la Iglesia..... **0 1 2 3 4**
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados..... **0 1 2 3 4**
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas..... **0 1 2 3 4**

10. Intenté sacar algo positivo del problema..... 0 1 2 3 4
11. Insulté a ciertas personas..... 0 1 2 3 4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema.... 0 1 2 3 4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema..... 0 1 2 3 4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)..... 0 1 2 3 4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo..... 0 1 2 3 4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema..... 0 1 2 3 4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás  
..... 0 1 2 3 4
18. Me comporté de forma hostil con los demás..... 0 1 2 3 4
19. Salí al cine, a cenar a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema... 0 1 2 3 4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema... 0 1 2 3 4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema..... 0 1 2 3 4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema. 0 1 2 3 4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la  
situación..... 0 1 2 3 4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más  
importantes..... 0 1 2 3 4
25. Agredí a algunas personas..... 0 1 2 3 4
26. Procuré no pensar en el problema..... 0 1 2 3 4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba  
mal..... 0 1 2 3 4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación..... 0 1 2 3 4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas... 0 1 2 3 4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el  
problema..... 0 1 2 3 4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga» 0 1 2 3 4
32. Me irrité con alguna gente..... 0 1 2 3 4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema..... 0 1 2 3 4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a  
seguir..... 0 1 2 3 4
35. Recé..... 0 1 2 3 4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema..... 0 1 2 3 4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran..... 0 1 2 3 4

38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor..... **0 1 2 3 4**
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos..... **0 1 2 3 4**
40. Intenté olvidarme de todo..... **0 1 2 3 4**
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos..... **0 1 2 3 4**
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar..... **0 1 2 3 4**

## Consentimiento informado

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Acepto participar voluntariamente en la investigación llamada “Relación entre la sobrecarga y el afrontamiento al estrés que poseen los cuidadores formales de pacientes gerontes con demencia en la ciudad de Paraná”, realizada por Sánchez, Eliana Natalí de la Pontificia Universidad Católica Argentina Facultad “Teresa de Ávila”, para acceder al título de Licenciatura en Psicología.

He sido informado de que el objetivo de esta investigación es estudiar la relación entre la sobrecarga y el afrontamiento al estrés que poseen los cuidadores formales de pacientes con demencia.

Accedo a completar los cuestionarios que forman parte del estudio, actividad que requerirá aproximadamente 30 minutos de mi tiempo.

Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado y he entendido que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme de la misma cuando así lo decida, sin que esto acarree prejuicio alguno para mi persona.

Acepto que los resultados del estudio, sean publicados estando garantizado que la información a difundir se anónima, por lo que mi identidad se mantendrá siempre en reserva.

FIRMA: \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Datos de contacto  
elii.92\_@hotmail.com  
0343 - 4375860