

Cómo citar el artículo

Cerquera Córdoba, A.M.; Matajira Camacho, J. & Pabón Poches, D.K. (2016). Caracterización de una muestra de cuidadores formales de pacientes con trastorno neurocognitivo mayor en Bucaramanga. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 47, 4-19. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/739/1265>

Caracterización de una muestra de cuidadores formales de pacientes con trastorno neurocognitivo mayor en Bucaramanga*

Characterizing a Sample of Caregivers of Severe Neurocognitive Disorder Patients in Bucaramanga-Colombia

Caractérisation d'un échantillon de personnel soignant des patients avec déficience neurocognitive sévère dans Bucaramanga (Colombie)

* Caracterización de una muestra de cuidadores formales de pacientes con trastorno neurocognitivo mayor en Bucaramanga. Proyecto perteneciente a la línea de calidad de vida en la tercera edad. Fecha de inicio: febrero 2 del 2014 a febrero 2 del 2015.

Ara Mercedes Cerquera Córdoba

Psicóloga
Especialista en Psicología Clínica
Especialista en Investigación
Doctoranda en Ciencias Psicológicas
Docente Universidad Pontificia Bolivariana
Coordinadora Especialización Psicología Clínica UPB
ara.cerquera@upb.edu.co

Yeferson Matajira Camacho

Estudiante de noveno semestre de psicología Universidad Pontificia Bolivariana
yeferson.camacho@hotmail.com

Daysy Katherine Pabón Poches

Psicóloga
Magíster en Psicología Clínica y de la Salud (en formación)
Docente cátedra Universidad Pontificia Bolivariana
daicy.pabon@upb.edu.co

Recibido: 26 de marzo de 2015

Evaluated: 5 de noviembre de 2015

Aprobado: 14 de enero de 2016

Tipo de artículo: Investigación científica y tecnológica

Resumen

Las demencias, causa principal de incapacidad en pacientes mayores, afectan la vida emocional, social y psicológica de sus cuidadores debido a la sobrecarga que implica el rol. Esta investigación transversal descriptiva con muestreo no probabilístico por conveniencia, pretende caracterizar 39 sujetos aplicando el inventario de depresión estado-rasgo IDER, las escalas de Zarit, COPING, el APGAR y la prueba de apoyo social MOS. Los resultados indican mayor prevalencia de mujeres, casadas, pertenecientes a estrato socioeconómico 2, escolaridad media, con más de un año ejerciendo el cuidado. Se encontró ausencia de eutimia estado, distimia estado, eutimia rasgo y distimia rasgo, y 43.6 % presentó sobrecarga intensa. Las estrategias de afrontamiento utilizadas fueron religión, búsqueda de apoyo profesional y búsqueda de solución de problemas. El 64 % percibe adecuada funcionalidad familiar y buena percepción del apoyo emocional, material, social y afectivo. Se recomienda realizar estudios correlacionales que indiquen la relación de otras variables asociadas al cuidado.

Palabras clave

Apoyo social, Cuidador formal, Demencia, Depresión, Sobrecarga.

Abstract

Dementia, is the main cause of inability in old patients and it also affects the emotional, social

and psychological life of their caregivers because the stress this role implies. This transversal and descriptive research adopts non-probabilistic sampling, and its goal is to characterize 39 individuals by applying the State-Trait Depression Inventory (known as IDER in Colombia), the Zarit scale, COPING, the APGAR and the MOS social support test. The results show most prevalence of married women, belonging to Colombian socioeconomic status 2, having mean education and with more than a year of experience working as caregivers. It was found absence of euthymia state, dysthymia state, euthymia trait and dysthymia trait, and 43.6% present severe stress. The strategies of confrontation used were religion, search of professional support and search of problem solving. 64% perceives proper family functionality and good perception of emotional, material, social and affective support. It is recommended to realize correlational studies indicating the relation of other variables associated to caregiving.

Keywords

Social support, Caregiver, Dementia, Depression, Stress.

Résumé

Les démences sont la cause essentielle d'incapacité chez les patients âgés et aussi affectent la vie émotionnelle, sociale et

psychologique du personnel soignant à cause du stress qui implique leur rôle. Cette recherche, de type transversal et descriptive avec échantillonnage non aléatoire, a l'objectif de caractériser 39 sujets en appliquant l'Inventaire Dépression Etat-Trait, l'échelle de Zarit, COPING, le APGAR et la preuve de soutien social MOS. Les résultats montrent plus prédominance des femmes mariées de la couche socioéconomique 2 colombienne, avec moyen scolarité et avec plus d'un an en travaillant comme personnel soignant. On a trouvé absence d'euthymie état, dysthymie état, euthymie trait et dysthymie trait, et 43.6% présente stress intense. Les stratégies de

confrontation utilisées ont été la religion, la recherche de soutien professionnel et la recherche de solution de problèmes. 64% perçoit une fonctionnalité familiale appropriée et a une bonne perception du soutien émotionnel, matériel, social et affectif. On recommande de réaliser études corrélationnelles en indiquant la relation d'autres variables liées au travail de personnel soignant.

Mots-clés

Soutien social, Personnel soignant, Démence, Dépression, Stress.

Introducción

La demencia ha sido considerada a través del tiempo como una enfermedad crónica progresiva que afecta diversas funciones superiores (Sánchez, 2004), por la degeneración, muerte y daño de las neuronas (Pedraza, 2005). La demencia representa un alto costo social y económico (Guerra, Libre & Perera, 2009), siendo la tercera causa de mortalidad después del cáncer (Izquierdo, Fernández, Sitjas, Elías & Chesa, 2003) y, actualmente, es denominada como trastorno neurocognitivo mayor (American Psychiatric Association, 2013).

Los síntomas descritos en este cuadro clínico representan un notable deterioro intelectual y cognitivo que afecta el comportamiento, el lenguaje (Castellanos, Gala, Duque & Zurdo, 2011) y las funciones de la memoria de trabajo, episódica y prospectiva (Custodio et al., 2012). Según López y Lombardia (2014) y Pedraza (2005), existen otros dominios como la atención compleja, las funciones ejecutivas, el aprendizaje, el lenguaje, las habilidades perceptuales, el reconocimiento social y la memoria, que dejan de ser el indicador principal para el diagnóstico de los trastornos neurocognitivos.

Según la World Health Organization (2012), existen 35,6 millones de personas que padecen alguna enfermedad desencadenante de un trastorno neurocognitivo y se registran cada año 7,7 millones de nuevos casos, en los que la enfermedad de Alzheimer es la más común, siendo esta la principal causa de discapacidad y dependencia en las personas mayores (Lopera, 2012). A partir de lo anterior, surge la figura del cuidador, quien por la alta demanda de ayuda médica y familiar (Méndez, Giraldo, Aguirre & Lopera, 2010), acompaña y orienta al paciente (Espinoza, Méndez, Lara & Rivera, 2009).

Existe un perfil característico de los cuidadores. La actitud hacia el cuidado, la ausencia de maltrato, la competencia, la atención, la amabilidad y la bondad son esenciales (Blanca, Linares, Grande, Jiménez & Hidalgo, 2012). Es necesario comprender que los cuidadores se clasifican en informales y formales. Los

primeros representan la estructura básica del cuidado (Aldana & García, 2011; Bartel, 2012) y, según Rogers y Jarrott (2008), no reciben remuneración económica. Por otro lado, están los cuidadores formales, personas capacitadas como auxiliares de enfermería, médicos y psicólogos que reciben remuneración por sus servicios, brindan atención asistencial preventiva y educativa al anciano y a sus familiares (Alonso, Garrido, Díaz & Riera, 2004), ya sea en instituciones públicas o en entidades privadas, con o sin ánimo de lucro (Casado, 2009). En el caso de las auxiliares de enfermería, la mayoría son mujeres, quienes por su rol guardan una relación cultural con las labores del género en las que la conservación de la especie y el proveer la alimentación han sido actividades propias de la mujer (Celma & Acuña, 2009).

Existen investigaciones que soportan la prevalencia del cuidado ejercido por la mujer. Un estudio con una muestra de 622 profesionales, entre ellos auxiliares de enfermería y médicos, encontró que el sexo que prevalecía mayoritariamente era el femenino, con un 89,1 % (Albaladejo et al., 2004). De otro lado, el estudio de Martínez, Centeno, Sanz y Del Valle (2009) halló resultados similares, donde 69 % de la muestra eran mujeres (N.105).

Con relación al cuidador formal, son muy pocas las investigaciones que se encuentran, pues el interés principal ha sido el cuidador informal; no obstante, es importante abordar esta temática, ya que ejercer el papel de cuidador formal trae consigo también algunas afectaciones significativas en los aspectos físicos y psicológicos (Cano, 2007), debido a la sobrecarga que se presenta, más si el paciente sufre de algún deterioro cognitivo.

Esta sobrecarga hace referencia al agotamiento mental por la acumulación de situaciones estresantes (Zambrano & Caballos, 2007) que tienen un impacto sobre el cuidador principal (Navarro, 2010), agotamiento que está estrechamente relacionado con el tiempo que se le dedica al enfermo, la ejecución de algunas tareas que se deben realizar por la gravedad del paciente (Cerquera, Granados & Buitrago, 2012), la forma en que este percibe la situación y la respuesta emocional o sentimiento expresado por el hecho de cuidar (Lara, Gonzales & Blanco, 2008). Cabe resaltar que el término sobrecarga, desde el ámbito laboral e institucional, recibe el nombre de *burnout* que traduce "estar quemado" y se le considera como el proceso negativo que sufren los profesionales (Gutiérrez & Pedraza, 2010) debido a la fatiga laboral y al desgaste profesional que presentan (Vinaccia & Alvaran, 2003).

Lo anterior se puede evidenciar en la investigación de Hernández y Ehrenzweig (2008), en la que se evaluaron 56 personas (enfermeras, auxiliares, médicos y trabajadores sociales) y se encontró que el 32.1% de la muestra presentaba sobrecarga leve. Otros autores, Cerquera y Galvis (2014), encontraron que el 39,9 % de una muestra de 62 cuidadores formales presentaba puntuaciones altas de sobrecarga intensa; mientras que, en la investigación de Pérez y Silva (2014), el 45 % de la muestra de 40 cuidadores formales y 40 informales no presentaba sobrecarga frente a un 32.5 % que presentaba

sobrecarga intensa. Finalmente, Torres (2008), en su estudio realizado en España, con una muestra de 302 participantes, encontró que el 44 % presentaba altos niveles de sobrecarga, ratificando que la variable sobrecarga siempre tiene una afectación importante, independientemente del tipo de cuidador.

Además de la sobrecarga, se puede identificar la presencia de ciertas alteraciones en la salud física y emocional de los cuidadores, que en ocasiones los llevan a perder el control por el esfuerzo que exige la actividad del cuidado (Cerquera, Granados & Galvis 2014) y que, a su vez, puede generar problemas emocionales y trastornos psiquiátricos como la depresión y la ansiedad (Corbalán et al., 2013). Sin embargo, Ávila, García y Gaitán (2010) amplían la perspectiva del impacto del cuidado, mencionando que ejercer el rol de cuidador conlleva unos esfuerzos de orden físico y psicológico que pueden generar agotamiento, cefalea, somatizaciones y depresión, que en última instancia contribuyen al abandono de redes sociales y laborales.

Lo anteriormente expuesto se puede ratificar con las investigaciones realizadas por Espín (2008) que, aunque trabajando con cuidadores informales, encontró que los agentes de cuidado en relación con las repercusiones psicológicas reportaban reacciones emocionales como ansiedad (58 %), depresión (50 %), miedo (35 %), frustración (32 %), impaciencia (25 %) y culpabilidad (10 %). Sin embargo, independientemente de ser cuidador formal e informal, existen variables inherentes a la labor del cuidador que repercuten de forma importante en quien ejerce el rol.

Con relación a la depresión, Aristizabal y Ortiz (2002), quienes trabajaron con 50 cuidadores formales evaluados a través del inventario de depresión de Beck, encontraron que más de la mitad de la muestra sufre de depresión: un 16.66 % leve y un 41.6 % moderada.

Ahora bien, la sobrecarga y la depresión no han sido las únicas variables objeto de estudio en los cuidadores formales. Existen numerosas variables que, aunque no se han estudiado de manera extensiva en este tipo de población, son importantes. Tal es el caso, por ejemplo, de la resiliencia, entendida como la capacidad para afrontar situaciones altamente estresantes (Fernández, Crespo, Cáceres & Rodríguez, 2012) y salir fortalecido y con éxito a pesar de las circunstancias del entorno (Menezes, Fernández, Hernández, Ramos & Contador, 2006).

El estilo de afrontamiento, descrito como las predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones del cuidado y el apoyo social, genera la presencia de expresiones de respaldo, afecto y entrega de ayuda, tanto simbólica como material, a otra persona (Aldana & Guarino, 2012).

En cuanto al estudio de las estrategias de afrontamiento, Muñoz (2000) evaluó 220 cuidadores informales y 80 formales no profesionales, encontrando que el más empleado por los cuidadores formales era el racional, seguido de la

evitación, el desapego y, finalmente, el emocional. Por su parte Peñacoba, Velazco, González y Garrosa (2005) encontraron, en una muestra de enfermeros del área de cuidados paliativos, que estos utilizaban estrategias de afrontamiento positivas como acción para resolver problemas, búsqueda de recompensas y reevaluación positiva.

Respecto al apoyo social, Pabón, Galvis y Cerquera (2014) encontraron, en su investigación con 53 cuidadores informales y 62 formales, que el tipo de apoyo social que más puntuó en ambos era el apoyo afectivo, mientras el que obtuvo menor puntuación en los cuidadores formales fue la interacción social. En investigaciones realizadas por Acevedo y Díaz (2013), se trabajó con 100 cuidadores formales y 100 informales, quienes encontraron que el 89 % de los cuidadores formales presentaba un apoyo social adecuado. Por su parte, Fernández (2004), en un estudio con 62 cuidadores formales, encontró que el 95,2 % presentaba altos niveles de percepción de apoyo social.

Es por lo anterior que se hace necesario realizar estudios con cuidadores formales y generar aportes al conocimiento de las principales características sociodemográficas y clínicas de esta población, ampliando también la perspectiva de los efectos que tiene el cuidado en ella. Por tanto, el objetivo de la presente investigación es caracterizar una muestra de cuidadores formales de pacientes con trastorno neurocognitivo mayor de la ciudad de Bucaramanga, a través de la descripción del grado de afectación en las variables depresión, sobrecarga, apoyo social y estrategias de afrontamiento.

Materiales y método

Se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo con muestreo no probabilístico por conveniencia.

Participantes

La población estuvo conformada por 250 cuidadores y la muestra por 39 sujetos de instituciones de salud del departamento de Santander, Colombia. Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta para la selección de los cuidadores formales fueron: cuidar de un paciente con demencia, tener un tiempo de cuidado igual o mayor a 6 meses, recibir retribución económica por su labor y tener capacitación básica sobre el cuidado.

Instrumentos

Cuestionario de datos sociodemográficos que describe características del cuidador en edad, escolaridad, género, estado civil, ingresos, estrato socioeconómico, ocupación actual, parentesco con el paciente (si aplica), existencia o no de un proyecto de vida y características de la actividad de cuidado, tiempo que lleva realizando la labor, conocimiento sobre la enfermedad, capacitación sobre la enfermedad y el cuidado, asesoría recibida, motivación para ejercer la labor.

Inventario de depresión estado/rasgo (IDER, en Spielberger, Agudelo & Buela-Casal, 2008). Este instrumento evalúa el componente afectivo de la depresión, a través de dos escalas: depresión como estado y depresión como rasgo, incluyendo cuatro sub-escalas para dar cuenta de la presencia de eutimia y distimia estado, eutimia y distimia rasgo. La escala estado hace referencia al grado de afectación del sujeto, mientras que la escala rasgo evalúa la frecuencia de ocurrencia de los componentes afectivos de la depresión. Por su parte, la sub-escala de distimia indica la presencia de afectividad negativa, y la escala de eutimia, la ausencia de afectividad positiva. El punto de corte para definir la presencia o ausencia de distimia y eutimia rasgo/estado y depresión rasgo/estado es el percentil 75. Las diferentes escalas de este instrumento tienen valores de confiabilidad que oscilan entre $\alpha = 0.7$ y 0.9 (47,48) en Colombia y en Perú (Sotelo et al., 2012).

Escala de Estrategias de Coping–Modificada. Instrumento validado en Colombia por Londoño et al. (2006). Está conformada por 69 ítems que representan diferentes formas para afrontar los problemas o situaciones estresantes de la vida, agrupados en las dimensiones solución de problemas, búsqueda de apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, negación y autonomía. En esta escala debe señalarse el número que mejor indique qué tan habitual ha sido cada forma de comportamiento como respuesta frente a situaciones estresantes; los valores numéricos ofrecidos son 1 (*nunca*), 2 (*casi nunca*), 3 (*a veces*), 4 (*frecuentemente*), 5 (*casi siempre*), 6 (*siempre*).

Escala de Sobrecarga del Cuidador Zarit. Versión validada al castellano por Martín et al. (1996), compuesta por 22 ítems, que emplea una escala tipo Likert de respuesta entre 1 a 5 (siendo sus valores correspondientes *nunca*, *rara vez*, *algunas veces*, *muchas veces*, *casi siempre*). Esta escala evalúa el grado en que el cuidador percibe que su salud, vida personal y social, finanzas y bienestar emocional han sido afectados por los cuidados que provee al paciente. De acuerdo con la prueba, puntuaciones entre 22 y 46 indican la ausencia de sobrecarga, entre 47 y 55 suponen sobrecarga leve, y entre 56 y 110 se interpretan como sobrecarga intensa.

Cuestionario MOS de apoyo social percibido. Validado en Colombia por Londoño et al. (2006), contiene 20 preguntas, con opción de respuesta tipo Likert: nunca (1), pocas veces (2), algunas veces (3), la mayoría de las veces (4), siempre (5), de manera que a mayor puntuación, mayor apoyo social percibido. Los ítems evalúan cuatro tipos de apoyo: *apoyo emocional o informacional*, que se refiere a la comprensión empática y la guía u oferta de consejos y orientación (preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19, punto de corte: 24 puntos); *apoyo instrumental*, es decir, la provisión de ayuda material que pueda

precisar la persona (preguntas: 2, 5, 12, 15, punto de corte: 12 puntos); *interacción social positiva*, referida a la disponibilidad de personas con las cuales salir, divertirse o distraerse (preguntas 7, 11, 14, 18, punto de corte: 12 puntos); y *apoyo afectivo*, la expresión de amor y afecto (preguntas 6, 10, 20, punto de corte: 9 puntos).

Escala de Funcionalidad Familiar APGAR. Cuestionario elaborado por Smilkestein (Bellón, Delgado, Luna & Lardelli, 1996). Explora la funcionalidad familiar (Quinceno & Vinaccia, 2011) y la percepción de un miembro de la familia sobre su funcionamiento familiar examinando su satisfacción con las relaciones familiares. Es un instrumento de tamizaje autoaplicado, con opciones de respuesta tipo Likert, cuyo objetivo es obtener una revisión rápida de los componentes del funcionamiento familiar, está conformada de 5 cuestiones, con tres posibles respuestas cuyos valores son: 0 (casi nunca), 1 (a veces), 2 (siempre). El rango de su puntuación oscila entre cero y 10.

Procedimiento

Inicialmente se realizaron una revisión teórica y un estado del arte sobre el tema. Se revisaron principalmente artículos relacionados con las variables de estudio durante el primer semestre de 2014. Seguidamente se seleccionaron los instrumentos validados en Colombia o en un contexto más cercano durante los meses de junio y julio del 2014.

Posteriormente se realizó una jornada de capacitación en el manejo de los instrumentos y contacto con los participantes. En este sentido, los integrantes del semillero calidad de vida en la tercera edad de la Universidad Pontificia Bolivariana fueron capacitados por la investigadora principal y coordinadora de la línea de investigación, durante el período comprendido entre julio y septiembre del 2014. Luego se estableció contacto telefónico con los cuidadores formales, una vez los integrantes del semillero fueron autorizados por instituciones prestadoras de servicios de salud de la ciudad de Bucaramanga en convenio con la Universidad Pontificia Bolivariana. De una base de datos de 250 cuidadores formales, aceptaron participar en la investigación 39, los cuales concertaron una visita domiciliaria para la aplicación de las pruebas con el investigador del semillero.

Culminada la fase anterior, durante los meses de septiembre a noviembre del mismo año se aplicaron las pruebas, tras la firma del consentimiento informado por parte de los cuidadores. Finalmente, se procedió al análisis estadístico de los datos por medio del SPSS.20 realizando un análisis descriptivo.

Consideraciones éticas: para la realización de esta investigación, se tomaron en cuenta los lineamientos de la Ley colombiana 1090 de 2006, artículo 2 numeral 9, referidos a la investigación con humanos y al respeto de la dignidad y el bienestar de las personas que participan con pleno conocimiento de la

investigación. Igualmente, se asumió lo indicado en el artículo 50: las investigaciones científicas realizadas por profesionales de la psicología deben estar basadas en los principios éticos de respeto y dignidad y salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

Resultados

Los resultados iniciales permiten describir las características sociodemográficas de los cuidadores formales.

Tabla 1. Información sociodemográfica de cuidadores formales.

Variables	Características	%
Genero	Masculino	7,7
	Femenino	92,3
Edad	menos de 40	46,2
	41-50	43,6
	51-60	10,3
	Soltero	35,9
E. Civil	Casado	41
	Divorciado	12,8
	Unión libre	10,3
	Sin estudio	2,6
Escolaridad	Primaria	28,2
	Secundaria	20,5
	Técnico	12,8
	Universitario	28,2
	Posgrado	2,6
	Otros	5,1
Ingresos	Mínimo	71,8
	Más del mínimo	28,2
Estrato	1	12,8
	2	46,2
	3	38,5
	4	2,6
Tiempo cuidado	3 a 6 meses	25,6
	7 meses a 1 año	23,1
	Más de un año	51,3
Red Apoyo	Sí	61,5
	No	38,5
Asesoría	Sí	74,4

	No	25,6
	Sí	66,7
Capacitación	No	33,3
	Sí	92,3
P. vida	No	7,7

Fuente: elaboración propia

Como se puede apreciar en la tabla 1, el 92.3 %, es decir, 32 sujetos de la muestra eran mujeres frente a un 7.7 % (7 sujetos) hombres. En un 46.2 % (18) eran menores de 40 años, casados y con niveles de escolaridad primario y universitario con el 28.2 % (11). Con respecto a la variable estrato social, el 46.2 % (18) pertenecían al nivel 2 y el 51.3 % (20) llevaban más de un año ejerciendo labores relacionadas con el cuidado.

Con relación a las redes de apoyo, el 61.5 % (23) puntuó tener alguna, el 74.4 % (29) mencionó haber recibido asesoría y finalmente un 92.3 % (35) manifestaba haber recibido capacitaciones relacionadas con el cuidado y la enfermedad.

Tabla 2. Depresión.

Tipo de cuidador		Distimia estado	Eutimia estado	Depresión estado	Distimia rasgo	Eutimia rasgo	Depresión rasgo
Formal	Presencia	15.4%	10.3	10.3	17.9	2.6	10.4
	Ausencia	84.6	89.7	89.7	82.1	97.4	89.7

Fuente: elaboración propia.

Los resultados arrojados por el Inventario de Depresión Estado-Rasgo se reflejan en la tabla 2. El 84.6 % de la muestra presenta ausencia de distimia estado, 89.7 % ausencia eutimia estado y 89.7 % ausencia de depresión estado, 82.1 % ausencia de distimia rasgo, 97.4 % ausencia de eutimia rasgo y, finalmente, el 89.7 % ausencia de depresión rasgo. Lo anterior evidencia que la muestra no presenta depresión, sin embargo, aunque la mayoría no presente este cuadro clínico, sí hay un porcentaje importante que indica ausencia de eutimia, es decir, ausencia de afectividad positiva.

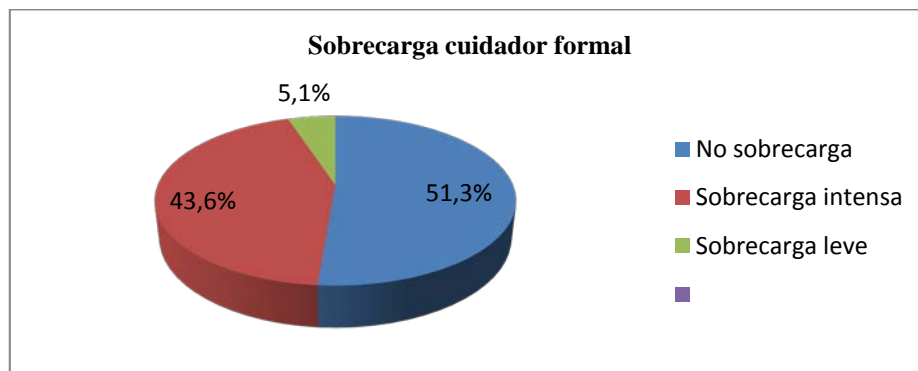


Figura 1. Sobrecarga
Fuente: elaboración propia

En el caso de la variable sobrecarga, se encontró que el 51.3 % de la muestra no presentaba sobrecarga, frente a un 43.6 % que presentaba una sobrecarga intensa y solo un 5.1 % presentaba sobrecarga leve. Lo anterior se puede evidenciar en la figura 1.

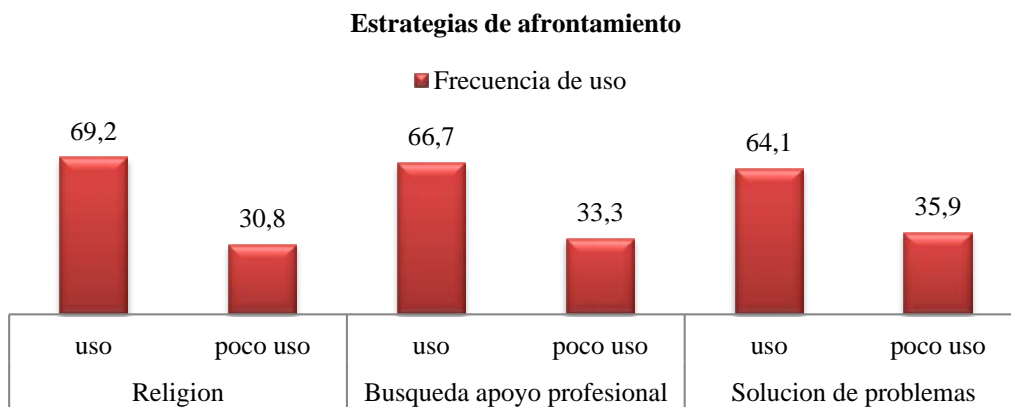


Figura 2. Estrategias de afrontamiento
Fuente: elaboración propia

En la figura 2, se observa que los cuidadores utilizaban con mayor frecuencia “la religión” con un 69.2 %, seguido del “apoyo profesional” con un 66.7 % y la “solución de problemas” con 64.1 %.

Tabla 3. Cuestionario apoyo social MOS

Tipo de apoyo	Nivel	Cuidador formal	
		N°	%
Apoyo emocional	Adecuado	33	84,6 %
	Escaso	6	15,4 %
Apoyo instrumental	Adecuado	29	74,4 %
	Escaso	9	23,1 %
Interacción social	Adecuado	34	87,2 %
	Escaso	5	12,8 %
Apoyo afectivo	Adecuado	35	89,7 %
	Escaso	4	10,3 %
Global	Adecuado	33	84,6 %

Escaso	6	15,4 %
--------	---	--------

Fuente: elaboración propia

En relación con el cuestionario MOS de apoyo social percibido, se puede observar en la tabla 3 que la muestra tiene una buena percepción del apoyo afectivo (89.7 %), seguido de la interacción social (87.2 %) y del apoyo emocional (84.6 %).

En cuanto a la funcionalidad familiar, se encontró que el 64 % manifiesta tener una adecuada funcionalidad familiar, frente a un 35.9 % que presenta disfuncionalidad familiar.

Discusión y conclusiones

En la presente investigación, donde se pretendía caracterizar una muestra de cuidadores formales con trastorno cognitivo mayor, se encontró en las características sociodemográficas un porcentaje importante de mujeres dedicadas al cuidado, lo que hace referencia a la feminización de este rol, aspecto que se presenta en proporciones elevadas en nuestro contexto y que hace parte de un bagaje cultural e histórico propio, en el que la mujer siempre ha sido considerada como la persona que cuida y protege (Celma & Acuña, 2009), pues aún se mantiene una discriminación por género en esta labor; investigaciones, como las de Albaladejo et al. (2004) y Martínez et al. (2009), así lo confirman.

En relación con la variable depresión, según Spielberger et al. (2008), la eutimia hace referencia a la presencia de bajos niveles de energía, pérdida del entusiasmo y el interés, disminución del nivel de alerta mental y disminución de la capacidad para experimentar placer, aspecto sobresaliente en los resultados de los cuidadores. El hecho de que la muestra no presente niveles altos de depresión, pero sí un gran porcentaje de ausencia del afecto positivo hacia el cuidado, contribuye a la necesidad de implementar programas de prevención, atención y asesoría psicológica que permitan aportar al bienestar de los cuidadores, así como lo refieren Aristizábal y Ortiz (2002). Otro punto importante, con relación a la depresión, es valorar también la influencia que pueden presentar los niveles de escolaridad, capacitación y asesoría hacia al cuidado, ya que las personas con baja cualificación para la labor presentan mayores niveles de estrés y pueden sufrir trastornos depresivos (Schalock & Verdugo, 2003).

Por otro lado, los resultados de la Escala Zarit de sobrecarga indican que un 43.6 % presentaba sobrecarga intensa a pesar de que un porcentaje alto, 66.7 %, mencionó haber recibido capacitación sobre el cuidado y el 74.4 % recibió algún tipo de asesoría. Estos resultados coinciden con la investigación realizada por Cerquera y Galvis (2014) en Bucaramanga, donde una muestra de 62 cuidadores formales presentaba puntuaciones altas de sobrecarga. Lo anterior ratifica que el hecho de ejercer el rol de cuidador trae consigo una sobrecarga

que puede afectar su salud física y psicológica (Corbalán et al., 2013), independientemente de si el cuidador es formal o no.

Ahora bien, con relación a las estrategias de afrontamiento implementadas por los participantes, se encontró que la más utilizada era la religión: se usa la oración para tolerar los problemas y emociones que surgen en relación con el cuidado (Londoño et al., 2006). Lo anterior está relacionado con la investigación de Pérez (2008) en la que la religión era la estrategia más implementada por los cuidadores de familiares dependientes, lo cual se puede asociar a un factor cultural influyente donde el rezo y la oración ayudan a manejar las problemáticas de la vida diaria. De igual forma, dentro de los resultados obtenidos, también las estrategias de búsqueda de apoyo profesional y solución de problemas fueron al mismo tiempo las más usadas por los participantes, hecho que permite comprender que la oportunidad de compartir con otro y recibir algún consejo contribuye a resolver las problemáticas que se presentan en el cuidado.

Respecto al apoyo social percibido, cabe resaltar que los participantes presentaron altos niveles de percepción en esta variable, factor que puede guardar relación directa con el bienestar del cuidador y contribuye a la disminución de síntomas depresivos. Lo anterior se relaciona con las investigaciones de Fernández (2004), quien encontró que la muestra de cuidadores formales presentaba altos niveles de apoyo social percibido, y con las investigaciones de Pabón et al., (2014) en las que cuidadores formales e informales presentan altos puntajes en esta variable.

Finalmente, es importante mencionar la necesidad de realizar más estudios correlacionales que permitan evaluar la relación existente entre el tiempo de cuidado, las capacitaciones y asesorías recibidas, la depresión, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido. Esto con el fin de brindar una perspectiva más amplia sobre la influencia de estas variables en el rol que ejerce el cuidador formal.

Para concluir, la muestra de cuidadores no presenta indicadores depresivos (estado/rasgo), tiene un alto porcentaje de sobrecarga, utiliza en mayor medida la religión y la búsqueda de apoyo profesional como estrategias de afrontamiento, presenta una percepción adecuada de apoyo social y funcionalidad familiar.

Referencias

- Acevedo, S. & Díaz, R. (2013). *Caracterización psicosocial de una muestra de cuidadores formales e informales de adultos mayores pertenecientes a los departamentos de Cundinamarca y Santander*. [Tesis de pregrado]. Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia.
- Albaladejo, R.; Villanueva, R.; Ortega, P.; Astacio, P.; Calle, M. & Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Especialista de salud pública*, 4 (78), 505-516.

- Aldana, G. & García, L. (2011). La experiencia de ser cuidadora de un anciano con enfermedad crónica. *Aquichan*, 11(2), 158-172.
- Aldana, G. & Guarino, L. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Summa psicológica UST*, 1 (9), 5-14.
- Alonso, A.; Garrido, A.; Díaz, R. & Riera, M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención primaria*, 33(2), 61-68.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Aristizábal, N. & Ortiz, L. (2002). Salud mental (estrés, depresión y rasgos de personalidad) de un grupo de cuidadores formales de personas mayores de sesenta años, pertenecientes a cuatro centros geriátricos de la ciudad de Bogotá y a tres del municipio de Chía. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 2(2), 7-18.
- Ávila, J.; García, J. & Gaitán, J. (2010). Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. *Revista Colombiana de Psicología*, 19 (1), 71-84.
- Bartel, M. (2012). Riesgo a enfermar y sobrecarga del cuidador principal del anciano dependiente. *Revista ciencia biomédicas*, 3 (2), 77-85.
- Bellón, J.; Delgado, A.; Luna, J. & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten primaria*, 18 (6), 289-296.
- Blanca, J.; Linares, M.; Grande, M.; Jiménez, M. & Hidalgo, L. (2012). Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: metaestudio cualitativo. *Aquichan*, 12 (3), 213-227.
- Cano, C. (2007). Tratamiento de las demencias. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 1(36), 157-174
- Casado, R. (2009). Factores culturales y sobrecarga subjetiva en el cuidado familiar de mayores dependientes. [Tesis doctoral]. Universidad de Jaen, España.
- Castellanos, F.; Gala, M.; Duque, J. & Zurdo, M. (2011). Abordaje integral de la demencia. *Del sistema nacional de salud*, 2 (35), 39-45.
- Celma, M. & Acuña, A. (2009). Influencia de la feminización de la Enfermería en subdesarrollo profesional. *Revista de Antropología Experimental*, 9(9), 119-136.
- Cerquera, A. & Galvis, A. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento psicológico*, 1 (12), 149-167.
- Cerquera, A.; Granados, F. & Buitrago, A. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psychología. Avances en la Disciplina*, 6(1), 21-33.
- Cerquera, A.; Granados, F. & Galvis, A. (2014). Relación entre estrato socioeconómico y sobrecarga en cuidadores de pacientes con Alzheimer. *Revista virtual universidad católica del norte*, 42, 127-137.
- Corbalán, M.; Hernández, O.; Carre, M.; Galceran, G.; Hernández, B. & Marzo, C. (2013). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. *Gerokomos*, 24 (3), 120-123.
- Custodio, N.; Herrera, E.; Lira, D.; Montesinos, R.; Linares, J. & Bendezu, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*, 73(4), 321-330.
- Espín, A. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(3), 1-13.

- Espinoza, E.; Méndez, V.; Lara, R. & Rivera, P. (2009). Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, en control en el consultorio "José Duran Trujillo", San Carlos, Chile. *Theoria*, 18 (1), 69-79.
- Fernández, G. (2004). Factores de riesgo del cansancio en el cuidador formal no profesional inmigrante en Barcelona. *Revista de Administración Sanitaria*, 2 (2), 299-316.
- Fernández, V.; Crespo, M.; Cáceres, R. & Rodríguez, M. (2012). Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: estudio preliminar. *Revista española de geriatría y gerontología*, 47 (3), 102-109.
- Guerra, M.; Llibre, J. & Perera, E. (2009). Síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(1), 1-11.
- Gutiérrez, N. & Pedraza, C. (2010). Síndrome de desgaste profesional en el personal de enfermería del Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México. *Cancerología*, 5, 31-35.
- Hernández, Z. & Ehrenzweig, Y. (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 127-142.
- Izquierdo, E.; Fernández, E.; Sitjas, M.; Elias, M. & Chesa, D. (2003). Depresión y riesgo de demencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (87), 31-52.
- Lara, G.; Gonzáles, A. & Blanco, L. (2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-quirúrgicas*, 13(4), 159-166.
- Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D., & Aguirre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-349.
- Lopera, F. (2012). Enfermedad de Alzheimer Familiar. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12 (1), 163- 188.
- López, S. & Lombardipia, C. (2014). ¿Demencia o trastorno neurocognitivo mayor? [Internet]. [Consultado 2014 diciembre 12]. Recuperado de <http://www.revistaalzheimer.com/PDF/0278.pdf>
- Martín, M.; Salvadó, I.; Nadal, S.; Miji, L.; Rico, J.M.; Lanz, P. & Taussing, M. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview). *de Zarit. Revista Gerontología*, 6, 338-346.
- Martínez, M.; Centeno, C.; Sanz, A. & Del Valle, M. (2009). Estudio sobre el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados paliativos del país vasco. *Revista Médica Universidad Navarra*, 1(53), 3-8.
- Méndez, L.; Giraldo, O.; Aguirre, D. & Lopera, F. (2010). Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo Alzheimer por mutación e280a en presenilina 1. *Revista chilena de Neuropsicología*, 5(2), 137-145.
- Menezes, V.; Fernández, B.; Hernández, L.; Ramos, F. & Contador, I. (2006). Resiliencia y el modelo de burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 4(18), 791-796.
- Muñoz, L. (2000). El apoyo social y el cuidado de la salud humana. *Cuidado y práctica de enfermería*, 3 (5), 99-105.
- Navarro, M. (2010). Relación entre personalidad, sobrecarga y estrategias de afrontamiento en cuidadores de pacientes mayores dependientes en el área hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla. *Nure investigación*, 51, 1-11.
- Pabón, D.; Galvis, A. & Cerquera, A. (2014). Diferencias en el apoyo social percibido entre cuidadores informales y formales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología desde el Caribe*, 31(1) 59-77.

- Pedraza, E. (2005). Demencia, sobrecarga, y extrañamiento: Programa de Asistencia Familiar- "PAF". *Umbral Científico*, (7), 96-110.
- Peñacoba, C.; Velasco, F.; González, J. & Garrosa, E. (2005). Estrategias de afrontamiento y personalidad resistente en pacientes de cuidados paliativos. Un estudio preliminar. *Clínica y Salud*, 16 (1), 65-89.
- Pérez, A. (2008). *Dependencia, cuidador informal y función familiar. Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento*. [Tesis escuela de ciencias sociales], Universidad de Salamanca de Madrid.
- Pérez, R. & Silva, D. (2014). *Estudio comparativo del nivel de sobrecarga en una muestra de cuidadores formales e informales de pacientes con enfermedad tipo Alzheimer en la ciudad de Bucaramanga*. [Tesis de pregrado]. Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia.
- Quinceno, J. & Vinaccia E. (2011) Creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psychologia: avances de la disciplina*, 1, 25-36.
- Rogers, S. & Jarrott, S. (2008). Cognitive impairment and effects on upper body strength of adults with dementia. *Journal of Aging and Physical Activity*, 16(1), 61-68.
- Sánchez, R. (2004). Otras demencias neurodegenerativas. *Jano*, 1537 (57), 22-28.
- Schalock, R. & Verdugo, M. (2003). *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.
- Sotelo, L.; Sotelo, N.; Domínguez, S.; Poma, I.; Cueto, E.; Alarcón D. & Padilla, O. (2012). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) en adultos de Lima. *Avances en psicología*, 20(2), 59-68.
- Spielberger, C.; Agudelo, D. & Buela, G. (2008). *Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Torres, J. (2008). *Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés (un estudio en población socio sanitaria)* [Tesis doctoral inédita]. Universidad de Huelva, España.
- Vinaccia, S. & Alvaran, L. (2003). El síndrome del burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio. *Universidad. Psychology*, 3 (1), 35-45.
- World Health Organization (WHO) (2012). *Demencia*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Zambrano, R., & Caballos, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 26 (1), 26-39