

PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES Y SOBRECARGA EMOCIONAL EN
CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON DEMENCIA.

Diana Marcela Castañeda Guerrero.

María Camila Romero Ríos.

Mónica Lorena Santamaría Pinzón.

Director De Tesis: Fredy Alexander Rodríguez.

Campo de Psicología de la Salud.

Facultad de Psicología.

División de Ciencias de la Salud.

Universidad Santo Tomás.

Bogotá, D.C., 2015.

Tabla de contenido

Resumen	3
Abstract	3
1. Problematicación.....	4
1.1. Planteamiento y formulación del problema	4
1.2. Justificación problema	8
2. Objetivos	10
2.1. Objetivo General	10
2.2. Objetivos específicos	10
3. Marco de referencia.....	10
3.1. Marco epistemológico – Paradigmático.....	11
3.3. Marco multidisciplinar	32
3.4. Marco normativo legal	33
3.5. Marco Pragmático	¡Error! Marcador no definido.
3.6. Marco institucional.....	35
3.7. Antecedentes investigativos	36
4. Método	42
5. Referencias.....	58

Resumen

Esta investigación de corte descriptivo-correlacional sugiere la correlación entre las variables pensamientos disfuncionales y sobrecarga emocional y su relación con la tarea del cuidado de pacientes diagnosticados con demencia. El grupo de estudio fue conformado por 35 cuidadores informales de personas diagnosticadas con demencia que acuden a una institución prestadora de salud.

La comparación de los resultados se realiza con base en los hallazgos del test de pensamientos disfuncionales (CPD) y la escala de sobrecarga del cuidador también llamado Test de Zarit, aplicado a los participantes pertenecientes al Instituto Nacional de Demencias Emanuel. Se evidencio un 57,14% de la población con sobrecarga intensa y una media de 26,31% reflejando bajos pensamientos disfuncionales. Los resultados indican que no existe una correlación significativa entre los pensamientos disfuncionales y la sobrecarga emocional de los cuidados, no obstante es evidente a partir de los resultados que la mayoría de la muestra tiende a una sobrecarga intensa. Así mismo a partir de los datos sociodemográficos queda en evidencia que la mayoría de cuidadores son pertenecientes al género femenino y que son hijas de los usuarios.

Palabras clave. Demencias, Afrontamiento, Cuidadores, Sobrecarga, Pensamientos disfuncionales.

Abstract

This descriptive-correlational research suggests cutting the correlation between dysfunctional thoughts and emotional overload variables and their relationship to the task of caring for patients diagnosed with dementia. The study group was comprised of 35 family caregivers of people diagnosed with dementia who go to a lending institution health.

The comparison of the results is made based on the findings of the test of dysfunctional thoughts (CPD) and caregiver burden scale also called Zarit test applied to the participants from the National Institute of Dementia Emanuel . 57.14 % of the population with intense overload and an average of 26.31 %, reflecting lower dysfunctional thoughts was evident . The results

indicate no significant correlation between dysfunctional thoughts and emotional overload of care, however it is evident from the results that most of the sample tends to a greater burden. Also from the demographic data it is evident that the majority of caregivers are female and belonging to the daughters who are users

Keywords: Dementia, Caregivers, Overload, Dysfunctional thoughts, Psychology.

1. Problematización

1.1. Planteamiento y formulación del problema

Las personas mayores en los últimos años representan gran parte de la población en general; siendo así los índices de envejecimiento a nivel mundial han ido aumentando del 9% en 1994 al 12% en 2014, y se predice que para 2015 la cifra sea de 21% según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2014), el número de habitantes mayores se duplicará. Según datos del DANE (2005) la expectativa de vida al nacer en Colombia es de 69 años para los hombres y 76.3 años para las mujeres. Debido a estas cifras se puede sospechar que como consecuencia de dicho aumento se incrementará a la par el número de cuidadores de personas en proceso de envejecimiento, encontrándose estas últimas en situación de dependencia y de cuidado por parte de sus familiares, quienes se constituyen en su fuente primordial de apoyo en la última etapa de la vida (Fernández, Martínez, Ortiz, Carrasco, Solabarrieta y Gómez, 2011).

Dichos índices de envejecimiento generalmente incrementan las probabilidades de desarrollar enfermedades crónicas. En las últimas décadas, éstas han tenido un aumento significativo, según Alwan (2010), quien cita a la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas, se encuentran entre las principales causas de muerte en el mundo; Taylor (1986, citado por Alwan, 2010), menciona que proporcionalmente el 50% de la población sufre algún tipo de trastorno crónico.

Dentro de las enfermedades crónicas se encuentran las demencias, un tipo de enfermedad neurodegenerativa que se caracteriza por la aparición de deterioro cognitivo, involucrando las habilidades del sujeto para la realización de las actividades de la vida diaria, debido a afectación del sistema nervioso central, produciendo alteraciones a nivel físico, social, cognitivo y comportamental.(Nitrini y Dozzi. 2012).

Existen varios factores que afectan también a la enfermedad, como lo son el inicio del cuidado, los cambios del entorno familiar, presencia de variables psicológicas dentro de las cuales se encuentra la sobrecarga, los pensamientos disfuncionales, las estrategias de afrontamiento, el estrés crónico, entre otros que perturban al cuidador. Tartaglioni, Ofman y Stefani (2010), hicieron una revisión acerca de estudios realizados en la última década y encontraron que el uso inapropiado de una de esas variables, exactamente estrategias de afrontamiento, incrementa los niveles de sentimiento de sobrecarga, ansiedad y depresión, perjudicando el estado emocional de cuidadores primarios del paciente. En esta revisión que realizaron dichos autores, mencionan a Lazarus, Folkman, Martínez entre otros; quienes han encontrado, que los cuidadores informales que cuentan con mejor estrategia de afrontamiento, tendrán una mejor adaptación en cuanto al deterioro progresivo de su familiar, como también esta incidirá positivamente en la prevención de enfermedades del cuidador.

Al realizar las entrevistas y la aplicación de instrumentos a los cuidadores Tartaglioni, et al. (2010), hallaron que utilizar adecuadas estrategias de afrontamiento permite un menor nivel de sobrecarga, coincidiendo con las investigaciones que ellos mismos revisaron, las cuales se referían al uso apropiado de dichas estrategias las cuales tendrían un efecto positivo en el bienestar del cuidador primario, disminuyendo los niveles de sobrecarga, aumentando la calidad de vida y supervivencia.

En consonancia lo anterior sería un indicador clave y determinante para el sustento teórico del presente estudio, ya que pretende conocer de qué maneras pueden relacionarse las variables pensamientos disfuncionales y sobrecarga en el cuidador informal del paciente con demencia; ya que surge la hipótesis de que dicha relación, trae como consecuencia un deterioro en el familiar o

cuidador primario permanente, viéndose afectadas las dimensiones sociales, laborales, emocionales y físicas.

Vásquez, Aguilar, Estébanez, Casals, Casals, J y Heras, (2012), en su estudio *Influencia de los Pensamientos Disfuncionales en la Sobrecarga de Cuidadores de Personas Dependientes*, realizado en Málaga (España); estudio descriptivo transversal; tenían como objetivo conocer el nivel de pensamientos disfuncionales en los cuidadores y la asociación de estos con la sobrecarga, así mismo saber cuáles son los pensamientos disfuncionales más habituales en esa población; los autores utilizaron el Cuestionario de Pensamientos Disfuncionales (CPD) y la Escala de sobrecarga Zarit . Los resultados reportados en este estudio asocian los pensamientos disfuncionales con cansancio en la tarea del cuidado, sugiriendo la hipótesis de que la creencia de que dichos pensamientos favorecen la aparición de agotamiento, ya que los resultados del Zarit arroja la existencia de carga importante en los cuidadores. El impacto de los pensamientos disfuncionales es alto para la población en estudio; los que más se presentaron en esta muestra fueron “Los cuidadores deben evitar hablar de sus problemas con los demás, ya que estos tienen sus propias vidas”, “por muy mal que se encuentre un cuidador nunca debe desahogarse con otras personas, ya que es una falta de respeto para la persona enferma y es egoísta que un cuidador dedique tiempo para sí mismo teniendo un familiar enfermo”.

Soto y Chino (2010), realizaron un estudio en Arequipa, el cual pretendía analizar la influencia de los pensamientos disfuncionales de cuidadores en la sintomatología depresiva y sobrecarga; contaron con una muestra de 29 cuidadores primarios, los cuales evaluaron mediante el Cuestionario de Pensamientos Disfuncionales y la Escala de Sobrecarga Subjetiva Zarit, la mayoría de los cuidadores eran mujeres y el 100% de la muestra vivía con familiar que cuidaba, los resultados demuestran correlación positiva entre los pensamientos disfuncionales y la sobrecarga, ya que en los cuidadores que presentaron mayor puntuación en creencias irracionales se observó mayor puntuación en la percepción de sobrecarga, así mismo se encontró relación entre los pensamientos disfuncionales y la depresión.

En ese orden de ideas; estudios de corte descriptivo-correlacional son muy escasos y aunque mencionen el tema de las implicaciones de ser cuidador de pacientes con demencia, no lo

relacionan directamente con los pensamientos disfuncionales o la sobrecarga emocional por esta razón no se evidencia una adecuada relación en las diferentes variables para el análisis de esta temática (Urzúa y Jarne 2008). Los estudios de pensamientos o actitudes disfuncionales indican que estas variables influyen directamente el proceso de estrés (Losada, Montorio, Izal y Márquez, 2006); en el desarrollo conceptual de las actitudes y los pensamientos disfuncionales se puede encontrar su enfoque en las teorías cognitivas. La primera teoría sugiere que existen experiencias vitales que modifican el sistema cognitivo, generando creencias; la segunda teoría representa los sucesos vitales y los pensamientos para que la persona construya significados.

Por otra parte, se hace evidente la poca documentación teórica por no llamarla nula, que existe alrededor de los posibles cambios comportamentales y psicológicos que pueda padecer el cuidador primario de un enfermo crónico, como en este caso lo es la demencia; la gran demanda de la literatura realiza un acercamiento hacia los cambios del enfermo, como la realizada por (Olazarán, Agüera, Ortiz, y Schwochert, 2012) quienes planteaban, como informar y brindarle estrategias al cuidador para sortear día a día dichos cambios en su familiar; pero no como lograr identificar dichos cambios en el mismo y de ser así como lograr afrontarlos.

Los indicadores muestran que los diferentes debates teóricos anteriormente mencionados, apuntan a generar investigaciones más rigurosas en el campo de la salud, para desarrollar teorías más acertadas frente a este tipo de patologías y el rol que cumplen las variables expuestas, teniendo en cuenta que el cuidador también demanda de atención por parte de los diferentes sistemas de salud.

Por consiguiente, surge la hipótesis de cómo las estrategias de afrontamiento afectan significativamente el proceso adaptativo del rol del cuidador, vinculando variables como sobrecarga emocional y pensamientos disfuncionales.

Es evidente que en Colombia hay muy pocos estudios enfocados a los cuidadores de pacientes con demencias y más específicamente que traten sobre pensamientos disfuncionales y sobrecarga emocional así que este estudio cuenta con pertinencia para cuestionarse ¿Qué relación existe

entre los pensamientos disfuncionales y la sobrecarga de los cuidadores primarios de pacientes con demencia, pertenecientes a una institución prestadora de salud en Bogotá?

1.2. Justificación

La propensión al aumento de población perteneciente a la tercera edad es un fenómeno que se viene dando a nivel mundial. Colombia es uno de los países que en corto lapso de tiempo ha cambiado la prevalencia poblacional, mostrando una cantidad mayor de habitantes mayores en comparación con los jóvenes; siendo así para el 2050 se estima que dicha población se haya triplicado. En este país la vejez ha variado en los factores que la determinan; el DANE (2010) consideraba adulto dependiente a las personas mayores de 65 años, justificándolo con el nivel de productividad que tenían estas personas a esta edad; lo que sugiere el DANE es que el índice de productividad ha ido disminuyendo del 70 % al 54 %, por tanto, este estudio hace una proyección a futuro sobre las personas mayores dando un índice del 39.2% para el año 2020. Por lo anterior se prevé que este grupo poblacional se ubique en las tasas más altas de mortalidad y morbilidad.

Según informe sobre salud mental de la OMG 2013, 50% de las personas mayores sufre algún trastorno mental incapacitante y dentro de estos se encuentra la demencia, pronosticando que la cifra cada 20 años se duplicara. La mayoría de pacientes del sistema de salud colombiano padecen de Enfermedades Crónicas, lo cual se confirma por los porcentajes de morbimortalidad disponibles. En Colombia, el 76% de las muertes están asociadas a Enfermedades Crónicas (Restrepo, 2015).

Alwan (2010), indica la problemática de la salud pública y explica cómo actualmente el sistema brinda un servicio inadecuado al enfermo, dichas intervenciones actúan de forma tardía, con poco soporte científico y con muy altos costos, tanto para el estado y Entidades Prestadoras

de Salud (EPS) como para el paciente, sin tener en cuenta en la mayoría de los casos a la familia, quienes asumen en la mayoría de los casos el rol de cuidador.

Según datos obtenidos, relacionados con salud pública, anteriormente mencionada, cada año mueren cerca de 38 millones de personas a causa de enfermedades crónicas, de estos 38 millones 9 son personas menores de 60 años y el 90% de estas muertes prematuras ocurren en los países de ingresos bajos y medios.

A grandes rasgos podría pensarse que al no existir la implementación de nuevas estrategias de salud pública en Colombia, en unos 20 años serán dichas enfermedades las que superen la morbi-mortalidad, sobre otros eventos como lo son las muertes a causa de la constante lucha entre fuerzas armadas y grupos al margen de la ley, además de los accidentes automovilísticos.

La demencia se clasifica en varios tipos como el Alzheimer, vascular, frontotemporal entre otras; es una de las enfermedades poco mencionadas y atribuidas en actas de defunción como principal causa de muerte, lo cual evidencia la poca integración, manejo, e investigación científica a nivel salud, ya que propiamente las demencias son enfermedades cognitivas degenerativas, irreversibles, de alto costo y de insuficiente manejo a nivel mundial Alwan (2010).

Contextualizando las demencias; la (OMS) sugiere una mejor calidad en salud y políticas públicas para adultos mayores con esta patología, que beneficien al cuidador de dichos pacientes, ya que es útil la capacitación de cuidado y auto cuidado (Flores, Montalvo, Herrera y Romero 2010). Paralelamente a esto la Ley 1122 de 2007 de salud pública busca garantizar la salud de la población de manera individual y colectiva, brindando indicadores positivos de condiciones de vida, bienestar y desarrollo, esta ley no especifica las políticas públicas para los adultos mayores como lo sugiere la OMS.

En consonancia con lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección social se vio en la necesidad de crear y actualizar la política colombiana de envejecimiento humano y vejez, 2014 – 2024; que integra la metodología de participación social de y para adultos mayores y la creación

de estándares de calidad en instituciones para personas mayores, expuesta en el plan decenal de salud pública (2013). Los encuentros de Nación – Territorio, generan varias estrategias de asesoramiento, capacitación y fortalecimiento de pacientes y cuidadores, ya que es un evento que promueve los derechos de los mayores a través de intercambios generacionales, adopción de políticas públicas y participación activa de toda la comunidad. Aunque hayan avances con respecto a la ley, aún falta desarrollar diversos programas a nivel Nacional, con el fin de evitar la limitación de asistencia y a su vez se compruebe el incremento de calidad en salud pública de Colombia, supuesto que sería conveniente y beneficioso para las diferentes entidades como centros, IPS, fundaciones entre otras que están al manejo de estas patologías catalogadas como crónicas.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Establecer si existe una relación entre la sobrecarga emocional y los pensamientos disfuncionales en los cuidadores primarios de pacientes diagnosticados con demencia en una Institución Prestadora de Salud en Bogotá.

2.2 Objetivos específicos

1. Identificar la posible sobrecarga emocional en los cuidadores primarios de pacientes diagnosticados con demencia en una Institución Prestadora de Salud en Bogotá.
2. Identificar si existen pensamientos disfuncionales en los cuidadores primarios de pacientes diagnosticados con demencia en una Institución Prestadora de Salud en Bogotá.

3. Marco de referencia

3.1. Marco epistemológico – Paradigmático

Según Flores (2010) el paradigma empírico – analítico refiere a una realidad observable, apoyadas en datos empíricos en las cuales se expresan un fenómeno de estudio, como son las variables expuestas en esta investigación. En complemento Arnal, del Rincón y Latorre (1992) explican como el paradigma de investigación empírico analítico tiene sus fundamentos en lo positivo y lo lógico, donde su visión de la realidad es estática, única, convergente y objetiva esta forma de ver la realidad en términos de investigación busca explicar leyes para regular fenómenos.

En este orden de ideas, en esta investigación se estaría hablando de constructos hipotéticos, como lo son pensamientos disfuncionales y sobrecarga en el cuidador primario; estos permiten identificar mecanismos o procesos internos de los sujetos que son de difícil evaluación y medición; pero directamente sujetos a la experiencia. Estos mecanismos luego de atravesar un debido proceso intersubjetivo, llegan a ser medibles, calificables y cuantificables. La forma de medición de los instrumentos utilizados en esta investigación será cuantitativa; ya que cuentan con propiedades psicométricas de validez y confiabilidad pertinentes, susceptibles de medirse y evaluarse para dar respuesta al fenómeno en estudio (MacCorquodale y Meehl, 1948)

En conclusión, este paradigma y sus postulados permiten conocer a profundidad el fenómeno a estudiar por esta investigación, ya que es primordial que el conocimiento obtenido y la autoeficacia sean producto de la medición, evaluación y observación que realiza el investigador.

3.2. Marco disciplinar

La Demencia

La OMS (2015) indica que la demencia afecta 47,5 millones de personas a nivel mundial, de estos aproximadamente el 58% viven en países de ingresos bajos y medios, anualmente se registran 7,7 millones nuevos casos, así mismo se calcula que entre un 5% y un 8% de la población general de 60 años sufren demencia; se pronostica así que el número total de personas

con demencia prácticamente pase de 75,6 millones en 2030 a 135,5 millones en 2050, así mismo se prevé que en los países de bajos ingresos y medios, el diagnóstico de personas con demencia tendera a aumentar.

En 2003, según datos obtenidos en un estudio neuroepidemiológico, quienes estudiaron poblaciones mayores de 50 años, encontraron que la prevalencia en general para la demencia es de 1.3% y para personas mayores de 70 años es de 3.4%, la mayor prevalencia se encontró en Neiva para mayores de 60 años con un porcentaje del 23%. (Pradilla, et al. 2003)

En la actualidad, según la encuesta nacional de salud 2015 existen datos importantes entorno a la situación de la demencia en Colombia, se destacan datos como que un porcentaje del 4.7% de los hogares encuestados y conformados por personas mayores de 65 años no lograron aplicar la encuesta por posible presencia de demencia, para lo cual se requirió de una nueva selección aleatoria de otros sujetos del hogar. La conclusión a la que llega esta encuesta, es la de realizar análisis más precisos y enfocados a poblaciones específicas, ya que los datos logrados son muy generales y poco precisos a nivel epidemiológico, todo lo anterior con el fin de generar la integración e inclusión de personas que padecen algún tipo de trastorno mental o déficit cognitivo a nivel laboral y sociocultural. Es importante resaltar que esta encuesta está encaminada a brindar información actualizada de las diferentes problemáticas de salud mental y accesibilidad al servicio de salud en el contexto colombiano, vinculando población rural y urbana mayor de 7 años de edad.

Según Olazarán, et al, (2012) los síntomas psicológicos y conductuales en personas con avanzada edad se reflejan en el decline del funcionamiento intelectual, cognitivo y de memoria. Los síntomas son progresivos y los más comunes son pérdida de memoria, disminución de la capacidad de aprender y atender, deterioro del proceso cognitivo, pérdida de la inhibición, desorientación, cambios de personalidad, variabilidad anímica, poca facilidad de realizar tareas cotidianas y también síntomas a nivel psicológico como delirios, alucinaciones, conducta agresiva, distorsión de interpretación, depresión, ansiedad.

La demencia es bien conocida como mencionan Nitrini et al (2012) como un síndrome caracterizado por la presencia de deterioro cognitivo persistente que interfiere con la capacidad del individuo para llevar a cabo sus actividades profesionales o sociales (p.g 76).

Es así como la demencia se convierte en una patología crónico degenerativa, ya que día a día el paciente va a presentar desgaste, pérdida de facultades y procesos básicos; el panorama de las demencias es poco positivo en términos de mejorías, se podría lograr un enlentecimiento, pero no una posible recuperación total (Nitrini et al, 2012).

Las demencias son comprendidas como un tipo de neuropatología degenerativa progresiva; existen diversidad tipos y subtipos como por ejemplo, las vasculares, infecciosas, las asociadas a trastornos metabólicos entre otras; las cuales se diferencian tanto en su etiología, sintomatología y forma de tratar; la más conocida y de mayor prevalencia es el Alzheimer. Como se mencionó anteriormente, la mayoría de las demencias no tienen cura, algunas de estas son tratables en la medida que se haya tenido un oportuno manejo, en tal caso la persona tendrá la posibilidad de tener una recuperación parcial neurológica pero nunca total.(Ardila y Rosseli, 2007)

Los síntomas de las patologías mencionadas, inicialmente serían muy similares a los del Alzheimer: Pérdida de memoria, desorientación espacial, ausencias, bajo desempeño en funciones cognitivas básicas; estos serían apenas algunos signos que podrían alertar la presencia de una demencia; cabe resaltar que estos pueden variar según la patología. Nitrini et al (2012).

Por otra parte, cuando se habla de demencia no solo se tiene en cuenta a los pacientes que la padecen, sino también a su red de apoyo social quienes a la larga se convierten en cuidadores. Según Bermejo (2004) en su libro *Aspectos Familiares y Sociales del Paciente con Demencia*, manifiesta que el 80% del cuidado del paciente con demencia corresponde a los familiares mientras que el 20% lo tratan las instituciones. Los cuidadores primarios son quienes asumen la carga principal de los cuidados del paciente en comparación con el resto de familiares; ya que es precisamente quien realiza un sobre esfuerzo por tiempo prolongado y de manera constante, dejando así muy latente la posibilidad de convertirse en un enfermo secundario (Barrón y Alvarado, 2009). El cuidador secundario es conocido como aquella persona que por su

formación profesional está capacitada para atender al paciente y que a su vez recibe una remuneración económica por esta labor.

La familia presenta modificaciones en su estructura, como por ejemplo los roles que ocupaba cada uno de los miembros, el aumento de temores, incertidumbre y preocupaciones para quienes acompañan al paciente a medida que progresan las etapas de la enfermedad.

En la etapa leve, se observan sutiles alteraciones en la memoria, personalidad y orientación, por lo cual el paciente solicita solo acompañamiento. La etapa moderada, se caracteriza por la aparición de síntomas de afasia, apraxia, confusión, agitación e insomnio, estos obstaculizan las actividades de la vida diaria de la persona, por tanto el cuidador deberá interferir más en el cuidado del paciente. En la etapa severa de la demencia, la agitación, la incontinencia, la disfagia y el compromiso motor hacen parte de la vida de las personas diagnosticadas, por consiguiente el cuidador primario debe cumplir con una asistencia permanente. Finalmente llega la etapa terminal, en la que se presenta mutismo, infecciones, pérdida total de la funcionalidad y postración, en consecuencia el paciente requerirá asistencia todo el tiempo (Moreno y Arango, 2010). Algunos de los cambios a nivel comportamental más difíciles de sobrellevar tanto para los pacientes como para sus cuidadores son la pérdida de comunicación, dificultad para realizar tareas básicas, falta de independencia, deterioro en la memoria, preocupación ante posibles extravíos, falta de inhibición social, constantes cambios de personalidad, delirios, alucinaciones, depresión, ansiedad entre otros (Bermejo, 2004).

Cuidadores

Llevar a cabo la labor de cuidado de pacientes dependientes implica alteraciones a nivel social, económico, físico, psicológico y familiar (Vázquez et al, 2012); estos autores en su estudio con solo mujeres mencionan que el 60% de cuidadoras muestran cuadros de ansiedad, 35% requieren medicamento ansiolítico, un 53% siente depresión y 26% manifiestan sentir impotencia frente a la tarea del cuidado, estas cuidadoras al presentar inconvenientes en su rol de cuidado, se les diagnostica agotamiento del rol del cuidador, caracterizado por tendencia a la

dependencia del paciente, la carencia de ocupaciones divertidas y la aparición de enfermedades crónicas.

Por consiguiente, ser cuidador es un rol que se asume autónomamente debido a las circunstancias de dependencia y deterioro de la persona que se tiene al cuidado; Bullock (citado por Moreno y Arango, 2010) menciona que los cuidadores de pacientes diagnosticados con demencia dedican entre un 43 % hasta un 80 % al cuidado del paciente, esta situación acarrea cambios en la dinámica familiar, por la dedicación a la atención del paciente ya que esta actividad requiere tiempo, responsabilidad, paciencia, tolerancia y habilidades para la realización de las actividades de la vida diaria del familiar. Libre (citado por Ávila, Hernando, García y Ruiz 2010) refiere que los cuidadores pueden convertirse en pacientes ocultos, ya que pueden presentar deterioro personal y emocional, manifestando síntomas de carga o estrés del cuidador.

Es primordial resaltar que al momento de iniciar las tareas de cuidado, el familiar muchas veces no tiene claro cuáles son las responsabilidades que está asumiendo, ni el impacto de las mismas sobre su vida, ya que desconoce el tiempo, la dedicación y el desgaste progresivo que acarrea una labor como estas, debido a que la población en general no cuenta con información suficiente sobre este fenómeno, dado que existe la concepción cultural que en la vejez todos estos cambios son normales (Vargas, 2012).

El cuidador a pesar de sentir el malestar y sentirse abrumado por el desgaste del cuidado, piensa que nadie podría hacerlo mejor que él; aún más frecuente cuando el cuidador es el conyugue, quien a su vez se exige perfeccionismo y exceso de cuidado, el cual no es independiente de la cultura ya que este es un agente estresor muy determinante, puesto que el cuidador se ve inmerso en el familismo, el cual lo sujeta a entregar ese cuidado excesivo, dejando de lado su propio autocuidado, para así evitar las críticas u opiniones que a nivel familiar y social se puedan generar. Aunque el soporte teórico es escaso, no se debe descartar dicha premisa de la influencia cultural y familiar (Montorio, Losada, Izal y Márquez, 2009).

En complemento, el estudio realizado por Espín (2009) menciona que el cuidado de personas con demencia es mucho más estresante que hasta el mismo cuidado de una persona en

condiciones de discapacidad física, dado que atribuye grandes cambios en el estilo de vida del cuidador, y a su vez, percibe en menor medida gratificación por parte de quien recibe el cuidado. Lo anterior da pie para generar diferentes hipótesis en cuanto al rol de cuidador, ya que este varía dependiendo la patología.

En el marco del rol del cuidador se encuentra el paralelo entre el cuidador y el no cuidador; como el realizado por Saavedra, Bascon, Arias, García y Mora (2013) llamado *Cuidadoras de familiares dependientes y salud: influencia de la participación en un taller de control de estrés*, buscaron analizar los efectos de ser cuidador y asistir a un curso de control del estrés, así como la incidencia de dos co-variables consideradas relevantes, como son los pensamientos disfuncionales y el tiempo prestando cuidados. Para este estudio utilizaron una muestra de 219 personas cuidadoras y no cuidadoras que asistieron a talleres psicoeducativo en el que se aplicaron tres instrumentos; cuestionario sociodemográfico, cuestionario de salud general (GHQ28) y pensamientos disfuncionales (CPD). Concluyeron que la percepción subjetiva de la situación y creencias, es el principal determinante de malestar y estrés, por encima de la situación objetiva existente; lo cual afecta enormemente el estado de salud de la persona. Los resultados que se obtuvieron muestran que los cuidadores presentan un porcentaje en cuanto a percepción baja de salud de (64.9%) frente a un 35.1 de las no cuidadoras, se encontró una correlación positiva entre el CPD Y EL GHQ28, por lo cual se corroboró el deterioro de salud de las cuidadoras como también un ligero efecto negativo de los pensamientos disfuncionales en esta dimensión.

Sobrecarga

Según García, Saldivar, Martínez, Sánchez, Lin (2012) la sobrecarga es un constructo en el que los cuidadores perciben cómo la permanente atención brindada a sus familiares deteriora su vida a nivel social, económico y en términos de salud.

Al explicar la sobrecarga queda en evidencia que es uno de los factores relevantes y cambiantes en la vida del cuidador y del entorno familiar del paciente. Como lo explica Cerquera, Granados y Galvis (2014) la sobrecarga puede describirse como “*el resultado de combinaciones*

de trabajo físico, emocional y restricciones sociales, esto hace referencia a un estado psicológico que surge al cuidar un enfermo” (p.35). Es decir un estado psicológico, en el que un individuo realiza esfuerzos desproporcionados, como aumento de trabajo físico y emocional; más allá de lo que puede lograr para tener un equilibrio físico y mental.

El término de sobrecarga también conlleva a la concepción de esa experiencia subjetiva que tiene el cuidador acerca de las demandas que debe cumplir al ejercer dicho rol y todos los cambios que se van generando en el proceso.

Específicamente en Colombia, el cuidador además de verse afectado por esta variable debe luchar con un sistema de salud fracturado y poco contingente. La combinación de todos estos factores y el mantenimiento de los mismos, pueden encaminar al cuidador a sufrir del síndrome del quemado o más comúnmente conocido como síndrome de desgaste Burnout (Flores, et al 2012).

El cuidador diariamente tiene que sobrepasar diferentes retos que genera el trastorno, Rodríguez (1995, cómo se citó en Crespo y López, 2007) argumenta que los cuidadores suelen clasificarse en dos grupos. En primer lugar se encuentran los familiares o las personas que filialmente tengan contacto con el paciente, y en segundo lugar se encuentran las personas que se dedican profesionalmente al oficio de cuidador, en cualquiera de los dos casos la sobrecarga es evidente, empezando por la responsabilidad que implica estar atento al cuidado de un paciente.

Lo anterior supone que existen diferentes modificaciones que alertan la presencia de dicho síndrome, tales como, falta de sueño, esfuerzo físico exagerado, restricciones en sus actividades anteriores al evento (enfermedad del familiar), repercusiones de relación familiar o matrimonial, irritabilidad ante comportamientos del enfermo, cambios en la dinámica laboral y fuertes cambios económicos (Flores, et al 2012).

Es así como se puede hablar de una situación estresante donde la persona entra en discrepancia con su realidad y su ambiente, calificando la situación como amenazante o estresante, poniendo sus recursos psicológicos, biológicos, físicos y sociales a prueba. Serían

estos los primeros criterios que lograría hacer el cuidador para evaluar posibles formas de afrontar la situación estresante (Lazarus y Folkman, 1984).

Pérez, Cartaya y Olano (2012) en su estudio: *Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer*, identificaron los factores asociados a la depresión y sobrecarga experimentada en cuidadores, utilizaron el cuestionario socio demográfico y la escala de sobrecarga Zarit. Los resultados muestran como en otros estudios que la mayor parte de la muestra está conformada por mujeres casadas con un nivel de escolaridad superior y 50% son hijas, la mayoría no se encontraban trabajando dado que dedicaban su tiempo al cuidado, al relacionar la variables sociodemográficas y el Zarit, queda en evidencia que la sobrecarga experimentada es elevada y que presentan mayor puntuación aquellos cuidadores que no reciben apoyo social.

En la investigación realizada por Gómez y Gonzales (2004) generan constructos hipotéticos similares a los de esta investigación, queriendo corroborar el nivel de sobre esfuerzo que puede presentar un cuidador de una persona dependiente. Estos autores a diferencia de la presente investigación manejan un cuestionario diferente, Índice de Esfuerzo del Cuidador (IEC). El cual consiste en una entrevista semiestructurada, compuesta por 13 ítems de respuesta dicotómica; este estudio concluye con encontrar una mayor participación de cuidadores del sexo femenino con 73 mujeres y 27 hombres, relacionándose directamente con los resultados de esta investigación, de igual forma se coincide en la identificación de la presencia de altos niveles de sobre carga en más de la mitad de la muestra, asociando directamente la sobrecarga a malestares físicos y mentales en el cuidador. En yuxtaposición a los objetivos de esta investigación se manejó el test de sobrecarga del cuidador de Zarit, siendo la más pertinente, debido a sus virtudes psicométricas y validación para el contexto colombiano, visto en un ámbito domiciliario y no hospitalario.

Otro instrumento utilizado para medir sobre carga del cuidador es el que mencionan Roig, Abengózar y Serra (1998) conocido como Cuestionario de Sobrecarga en Cuidadores de Ancianos con Demencia (SCAD). Este instrumento pretende evaluar el grado de sobre carga visto en diferentes factores o situaciones como lo son el contacto social, la dependencia afectiva,

la desorientación nocturna, las discusiones familiares y con el anciano. En comparación con la actual investigación se utiliza un instrumento psicométrico de mayor manejo a nivel investigativo, con validación colombiana, y con características particulares, que analizarían mediante el constructo de sus ítems la sobrecarga del cuidador de manera más global y sin división de análisis mediante factores.

Vázquez, Otero, López, Blanco y Torres (2010), realizaron un estudio pretest-postest sin grupo de comparación, investigaron la depresión en cuidadores informales de pacientes con demencia a través de un programa basado en la solución de problemas utilizando los instrumentos: Escala para la Depresión, Inventario de Solución de Problemas, Escala de Ajuste Social y Cuestionario Zarit. Esta investigación parte de la premisa de que la falta de habilidades en solución de problemas puede ser un factor de predisposición ante un trastorno emocional, de donde se infiere que la no resolución a eventos negativos o problemas cotidianos será fuente primaria de estrés generadora de síntomas depresivos. La muestra estuvo compuesta por 10 mujeres y tres hombres, quienes asistieron a 5 sesiones grupales de intervención, los resultados de esta, muestran diferencias en la sintomatología depresiva después de la intervención, así como paulatinamente la sobrecarga, un aumento en habilidades para la resolución de problemas y una estabilidad después de tres meses en donde se realizó el seguimiento a los cuidadores.

En síntesis, la sobrecarga presente en los cuidadores pueden provocar desequilibrio emocional, por lo tanto es importante el uso de diferentes instrumentos de intervención psicológica para que los cuidadores puedan apoyarse y afrontar mucho mejor todo el proceso de atender a un paciente con demencia (Crespo et al,2007)

Pensamientos disfuncionales

Un factor que puede estar asociado a la aparición de sobrecarga en los cuidadores es la generación de creencias o valoraciones inadecuadas frente al cuidado mismo.

Los pensamientos disfuncionales, conceptualmente son entendidos como un conjunto de creencias, actitudes y verbalizaciones que los sujetos mantienen en su esquema cognitivo

diariamente acerca de su alrededor y de sí mismo; en este caso serán aquellas relacionadas con el evento estresor (enfermedad de su familiar), que pueden generalmente traer consecuencias negativas para su diario vivir (Losada, Montorio, Fernández y González ,2006).

Dicho constructo, ha sido fuente de estudio tradicionalmente en el marco de las teorías cognitivas conductuales; no obstante se encuentran pocas investigaciones que relacionen esta variable con la labor del cuidado. Autores como Beck y Ellis, entre otros han abordado los pensamientos disfuncionales y a pesar de que existen diferencias en sus teorías; existen dos convergencias importantes, la primera es la premisa de que la experiencia, lo vivido por el individuo, es lo que configura su sistema cognitivo, y a su vez generando formas de pensamiento particulares, para guiar su comportamiento; la segunda premisa en la cual convergen dichas teorías, es la de que los sucesos vitales, las experiencias, emociones y comportamientos no se dan por separado, sino que por el contrario todo es una interacción que genera una guía emocional y conductual del individuo (Losada, et al,2006).

Las convicciones elementales o básicas son expresadas a través de pensamientos disfuncionales, dependiendo la adaptación del sujeto, estas influenciarán las respuestas afectivas del comportamiento del individuo. La manera en la que los cuidadores interpretan las conductas de sus parientes afecta su respuesta y habilidad para responder a la tarea de cuidado a las necesidades de su pariente (Losada, Montorio, Knight, Márquez y Izal 2006).

Se hace necesario aterrizar aún más el concepto de dichos pensamientos, para lo cual es apropiado mencionar que estos pensamientos se encuentran inmersos diariamente, ya que en el transcurso del día se juzga, reniega y critica; lo que ciertamente podría verse como un “dialogo personal o interno”, diálogos que se generan desde las propias creencias, creando verdades absolutas, ya sean positivas o negativas, es decir ideas valoradas por el mismo individuo. (Losada, et al,2006).

Los pensamientos disfuncionales, son entendidos como esas reglas o creencias que la persona tiene acerca de sí mismo, el futuro y el mundo, a su vez, estos se convierten en poco realistas evitando que el individuo tenga contacto con las contingencias del diario vivir. Es así,

como se puede relacionar dichos pensamientos con el rol del cuidador a cargo de un familiar con enfermedad crónica, ya que ante la llegada inminente de la enfermedad y de las reconfiguraciones que esta demanda, el cuidador puede generar dichas verbalizaciones, creencias y actitudes negativas hacia sí mismo y su entorno; haciéndose preguntas como: ¿por qué esto solo me pasa a mí? , ¡Yo debo cuidar como sea a mi familiar! ¿Sino que dirán los demás? y hasta en expresiones condicionales: Si lo hacen los demás entonces yo debo hacerlo. Estas constantes creencias afectaran el afrontamiento de la situación estresante que en este caso es el cuidado del familiar (Losada, et al,2006).

Hay que mencionar que los pensamientos disfuncionales juegan un papel importante como lo mencionan (Montorio, Losada, Izal, Márquez, 2009, p.913) en su estudio llamado “dysfunctional thoughts about caregiving questionnaire: psychometric properties of a new measure”, actuando sobre los cuidadores como barreras cognitivas que dificultan el cuidado propio; predisponiendo a la persona a presentar trastornos emocionales tales como la depresión, afectando esferas como la percepción de ayuda, teniendo la tendencia a asumir el cuidado de su familiar de manera totalmente independiente; exigiéndose perfeccionismo al punto de implicar un exceso de responsabilidad en el cuidado. Dicho estudio tuvo como objetivo observar las propiedades psicométricas del Dysfunctional Thoughts about Caregiving Questionnaire (DTCQ); correlacionándolo con instrumentos como Psychosocial Support Questionnaire (PSQ), Dysfunctional Attitudes Scale (DAS) y Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977) e involucro a 227 cuidadores informales, 176 mujeres y 56 hombres en la comunidad de Madrid. Los resultados que este estudio revela evidencian que este instrumento es una adecuada herramienta para medir los pensamientos disfuncionales sobre el cuidado por encima del DAS ya que este último evalúa las actitudes disfuncionales en general mientras que el DTCQ integra los pensamientos específicos en la prestación de cuidados, teniendo en cuenta lo anterior conviene subrayar lo que esta investigación identifico en los cuidadores. En primer lugar los cuidadores mostraron una percepción de responsabilidad exclusiva, dejando a un lado bienestar e intereses personales, demandándose a sí mismo perfeccionismo por lo tanto auto exigencia en el cuidado, así mismo las puntuaciones más altas del DTCQ fueron las de cuidadores que buscaban menos apoyo social; con respecto a la depresión se encontró que los cuidadores identificados con depresión clínica tenían una puntuación significativamente alta en el DTCQ. Los autores sugirieron al

finalizar su estudio, hacer intervención en los pensamientos disfuncionales ya que estos afectan dimensiones del diario vivir del cuidador.

Por otra parte son pocos los instrumentos relacionados a la medición de pensamientos disfuncionales, Lemos, Londoño Y Zapata,(2007), citando a Ruiz y Lujan, (1991) mencionan el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA). El cual evalúa las distorsiones cognitivas más relevantes de sucesos de la vida cotidiana, en personas con dependencia emocional. La presente investigación implemento el Cuestionario de Pensamientos Disfuncionales (CPD) y no el anteriormente mencionado, ya que dicho instrumento cumple con uno de los postulados de la investigación, el cual se enfoca a la identificación de pensamientos disfuncionales inmersos en la acción de cuidar de un enfermo, y no sobre las experiencias de la cotidianidad.

En algunas apreciaciones en la documentación teórica del papel de los pensamientos disfuncionales, se ha encontrado que guarda una relación muy fuerte con variables mediadoras del proceso de estrés, así como una asociación con la presencia de depresión en los cuidadores, visto en cuidadores primarios de personas con demencia. (Vázquez et al., (2012).

Modelo Cognitivo de Beck aplicado al cuidado

Considerando lo anteriormente expuesto, es evidente que la demencia genera cambios en la dinámica familiar, puesto que la dependencia que es parcial, en un primer momento tiende a asumirse por un solo individuo, como se ha mencionado anteriormente; el cuidado de estas personas en muchas ocasiones se describe como una profesión, ya que como cualquier trabajo tiene funciones que requieren un buen desempeño, responsabilidad , cambios y jornadas que varían en su horario de intensidad, pero que por lo general tienden a superar las 15 horas diarias. Dicha labor se verá influenciada por la historia en las diferentes dimensiones del cuidador como la familiar, cultural, personal, de manera que el afrontamiento del cuidador frente a la situación estresante estará asociada a su experiencia de vida (Losada, et al, 2005).

De esta forma, se observa la importancia de valorar la relación en situaciones existentes en el contexto del cuidador y los pensamientos disfuncionales que la generan. Unas de las

variables principales, es el estrés asociado a la sobrecarga, este puede ser manifestado por el número de horas que se dedica al cuidado del enfermo, como también puede influir la cantidad de apoyo que reciben de su familia, de manera que el planteamiento mencionado tiene similitud con el modelo cognitivo propuesto por Beck (Losada, et al, 2005).

El modelo de la teoría cognitiva adaptado al cuidado, *una vía patológica hacia el afrontamiento del cuidado*; (ver figura 1) muestra una ruta anómala presidida por un comportamiento negativo, el cual podría afectar directamente la integridad del cuidador. Así, algunas de las acciones que podrían generarse serían, no solicitar ni buscar ayuda familiar o formal, no descansar, no distraerse, entre otras; de igual forma, muestra la otra parte que es una vía saludable, direccionada hacia el apaciguamiento de conductas negativas, mostrando la vía más benéfica para el cuidador (Losada et al, 2005).

FIGURA 1 . Modelo de la teoría cognitiva aplicado al cuidado: vía que puede contribuir a la aparición de consecuencias negativas para el cuidador (vía patológica).

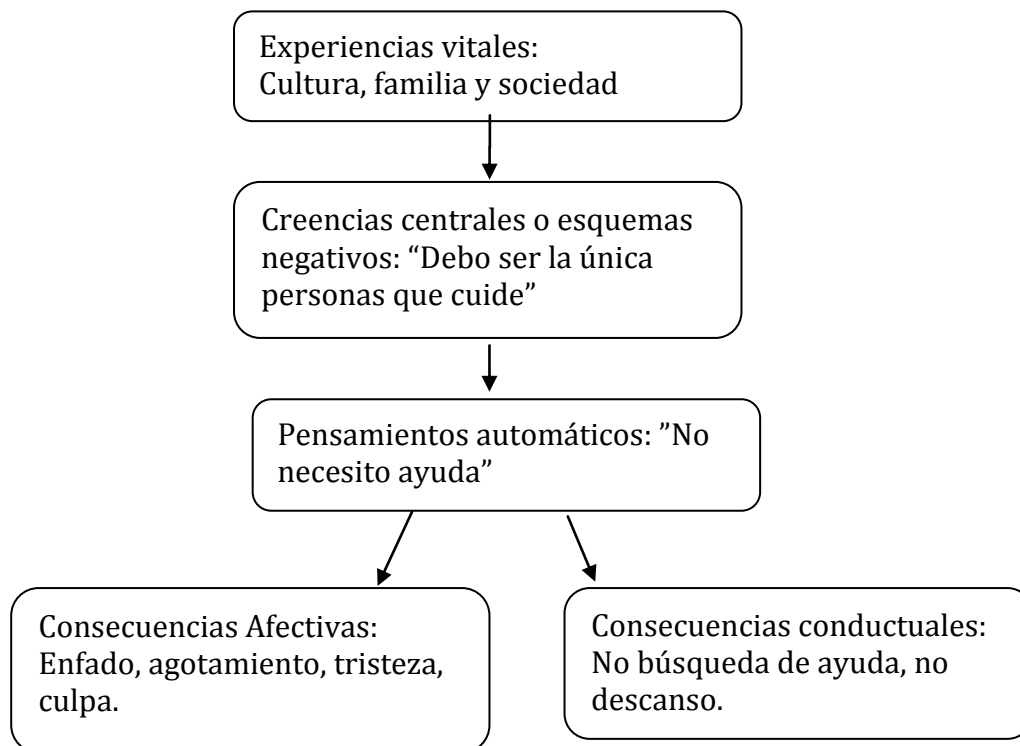


Figura 1. Modelo de la teoría cognitiva aplicado al cuidado: vía que puede contribuir a la aparición de consecuencias negativas para el cuidador (vía patológica). Adaptado del “Modelo de la teoría cognitiva de Beck” Por Losada, Montorio, Fernández y Márquez, 2005, *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*, por la Colección de estudios: IMSERSO

La disfuncionalidad de este tipo de pensamientos o actitudes ha sido destacada por Beck, (citado en Losada, et al,2005). Algunos de los errores más comunes que éste autor señala son:

1. Inferencia arbitraria: Se adelanta una conclusión sin evidencia disponible como por ejemplo; cuando se da el diagnóstico de demencia y la persona piensa que su familiar se quedara en estado vegetativo.
2. Abstracción selectiva: La persona se centra en un detalle e ignora el resto de información, como por ejemplo centrarse en que su familiar no lo reconoce.
3. Generalización excesiva: Se elabora una regla general a partir de un hecho aislado, como por ejemplo obsesionarse con la idea de que la persona también padecerá dicha patología por su grado de consanguinidad con el familiar
4. Maximización y minimización: Se exagera un error o se minimiza un éxito, como por ejemplo ver que el familiar realiza alguna actividad cognitiva con éxito y no reforzarlo, si no por el contrario enojarse debido a que antes este podía hacer más cosas.
5. Pensamiento absolutista: Se clasifican los eventos en función de categorías opuestas y no en dimensiones, como por ejemplo mencionar que es lo peor que les ha pasado en la vida.
6. Personalización: Atribuir a uno mismo un hecho a pesar de que no existe conexión alguna entre la persona y el hecho, como por ejemplo que la causa de la patología se debe por no haber compartido más tiempo con él, en las etapas de la vida.

Losada et al, 2005 citando a Beck (1996) señala que los pensamientos disfuncionales suelen manifestarse como reglas de acuerdo con el planteamiento de la teoría cognitiva. La exposición a sucesos cotidianos negativos calificados como relevantes, se asocia con mayores

niveles de impacto emocional ante dichas situaciones, vistos más frecuentemente en las personas emocionalmente vulnerables (Con mayores niveles de actitudes disfuncionales).

Desde otro punto de vista, Losada et al, 2005 mencionan que una adaptación realista ante situaciones de estrés, como lo es el cuidado de un paciente con enfermedad crónica, posiblemente generara una reducción del malestar o desgaste en el cuidador, dado que las respuestas emocionales estarán enfocadas a afrontar de la manera más pertinente dicha etapa. Dentro de las conductas adaptativas para el manejo patológico, se encuentra la solicitud de ayuda a instituciones especializadas, a familiares e incluso a personas cercanas que puedan ayudar con el cuidado, con el fin de que el cuidador no asuma la totalidad de la labor, para así tener espacios de ocio y descanso; ya que el cuidador para brindar un adecuado bienestar a su familiar debe cuidarse primero así mismo (ver figura 2).

Figura 2. Modelo de la teoría cognitiva aplicado al cuidado: vía que puede dificultar o amortiguar la aparición de consecuencias negativas para el cuidador (vía saludable).

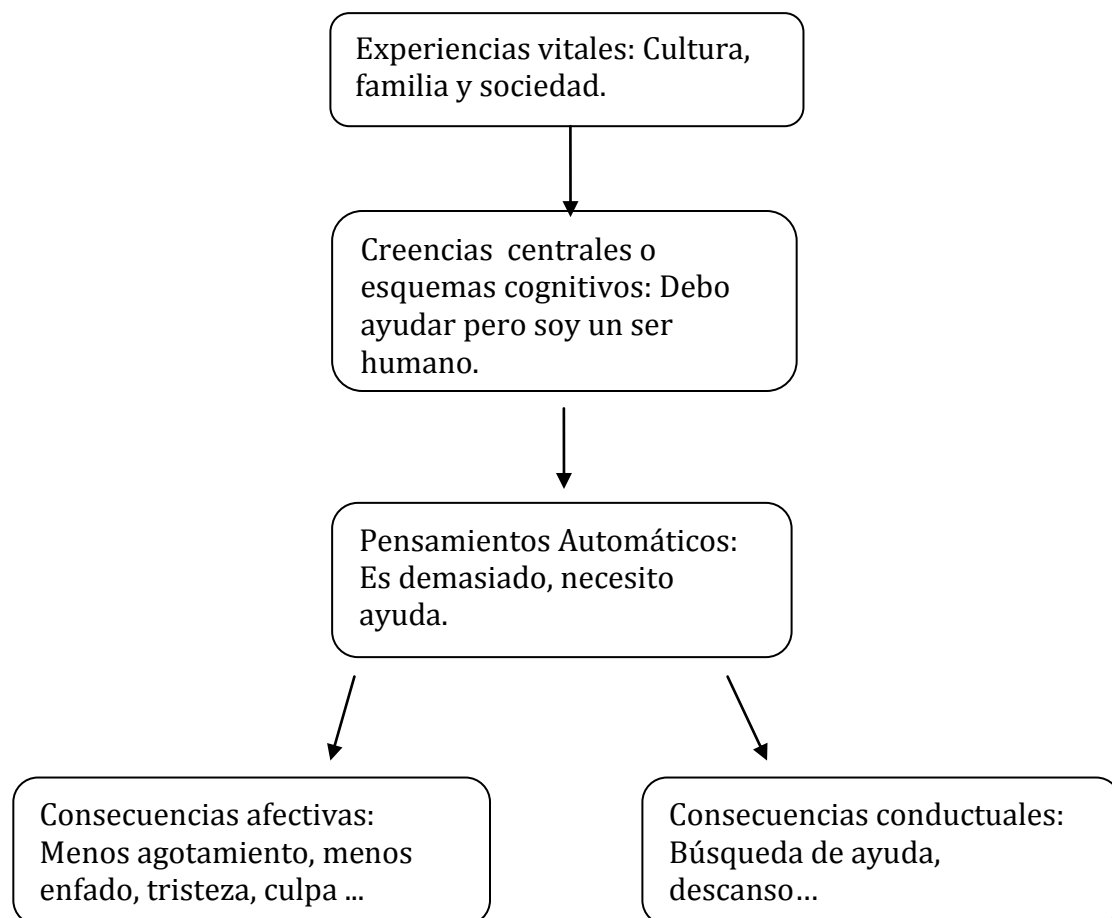


Figura 2. Modelo de la teoría cognitiva aplicado al cuidado: vía que puede dificultar o amortiguar el desencadenamiento de consecuencias negativas para el cuidador (vía saludable). Adaptado del “Modelo de la teoría cognitiva de Beck” Por Losada, Montorio, Fernández, Márquez, 2005. *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*, por la Colección de estudios: IMSERSO.

En el marco del modelo cognitivo conductual, existen dos terapias muy concurrentes en la documentación teórica acerca de estos estudios, direccionadas principalmente por grandes mentores como lo son Aron Beck y Albert Ellis; quienes han aportado teóricamente en el manejo de los pensamientos disfuncionales como lo evidencian Losada, Márquez, Romero, López, Fernández y González (2015) en su estudio exploratorio *Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores informales de cuidadores con demencia; Aportaciones de la terapia cognitivo – conductual y de la terapia de aceptación y compromiso*. Indican que el objetivo de la Terapia Cognitivo Conductual TCC es modificar creencias y pensamientos disfuncionales relacionados con el cuidado y entrenar a los cuidadores en las actividades y muestran que a través de la Terapia de Aceptación y Compromiso se trabaja la identificación del patrón personal de evitación experiencial y la alternativa de la aceptación de emociones y pensamientos. Este estudio afirma que los cuidadores de personas con demencia tienen más desgaste emocional que cuidadores de personas con problemas físicos; concluyendo que la terapia cognitivo conductual tiene más eficacia en los cuidadores sobre la Terapia de Aceptación y Compromiso; aun así, no en todos los casos funciona esta técnica, ya que no sirve demasiado si el sistema que rodea al cuidador sigue queriendo generar creencias influenciadas por las costumbres y el familismo, como por ejemplo familias que mantienen el dogma que los hijos deben ser los únicos responsables del cuidado de sus padres enfermos en retribución de haberlos traído al mundo y criarlos hasta su mayoría de edad; lo cual seguirá generando malestar

emocional en el cuidador; así que una de las conclusiones del estudio es incluir a la familia en algunas etapas del proceso.

De esta manera es pertinente esclarecer que una vía saludable se relaciona directamente con la experiencia de estrategias de afrontamiento positivas, puesto que si el familiar a cargo de cumplir con la labor del cuidado, genera actitudes y acciones encaminadas a la resolución de las dificultades, sin enfocarse en las emociones que estas generan, lograra tener resultados más benéficos tanto para el como para su familiar.

Afrontamiento

Vázquez et al, (2012) indican que el afrontamiento del cuidador esta mediado por las creencias y valores del mismo, por tanto los pensamientos disfuncionales deterioran la salud del cuidador y posiblemente dificulten su adaptación al rol, influenciando negativamente la manera en que se realiza la labor de cuidado y la disposición para la misma.

El afrontamiento según Lazarus y Folkman (1984) es un esfuerzo cognitivo conductual que está en constante cambio para que las personas puedan manejar las situaciones que le presenta el contexto de la mejor manera posible. Hay dos tipos de estrategias de afrontamiento, las que van dirigidas hacia el problema y las que se centran en la emoción.

En ese orden de ideas, las que van dirigidas hacia el problema, pretenden modificar las problemáticas de manera interna; hacerle frente al ambiente, en este caso los cuidadores aprenden procedimientos nuevos que le ayuden a afrontar el problema que ha ocasionado la distorsión cognitiva o desarmonización de la persona. Buscando volver al equilibrio que se vio quebrantado por la presencia de la situación estresante (enfermedad de su familiar).

El afrontamiento centrado en la emoción consiste en disminuir el malestar producido por un estímulo por medio de formas para manejar el estrés de manera anticipada, estas formas según Lazarus y Folkman (1984) son: *“confrontación, auto control, aceptación de responsabilidades, resolución planificada de problemas, distanciamiento, búsqueda de redes de apoyo, evitación y*

revaloración positiva”. Surgen y crecen entorno al síntoma (enfermedad crónica) por parte del cuidador, puesto que se emprende una búsqueda de apoyo social, que no en todas las ocasiones es beneficioso. Usualmente las personas intentan entender y aprender a vivir con el problema, y delegar toda confianza y mejoría a Dios (Carver, Sheier y Weintraub, 1989).

Retomando lo anterior, podría comprenderse que dichas estrategias estarían enfocadas al manejo adecuado del ambiente, mantenimiento de equilibrio psicológico, físico y social, con el fin de lograr una adaptación frente el agente estresor, en este caso el rol de cuidador de un paciente con demencia.

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento también se han visto relacionadas y comparadas con la variable de calidad de vida, así lo hacen evidente (Urzúa y Jarne, 2008) en *“El estudio de esta relación encuentra su fundamento en el rol modulador que tiene el estilo de una persona, y por ende, en la elección de las estrategias que utiliza para enfrentar la enfermedad”* y en términos estadísticos aportan la relación entre estas variables clarificando que *“A mayor estrés percibido, menor es la calidad de vida reportada”*. (pp. 151).

Cuidar del enfermo implica que existe una persona que cuida, que pone a servicios sus habilidades, tiempo y esfuerzos sin recibir ningún tipo de remuneración económica, lo que indica que cuidar de una persona que padece una enfermedad crónica, requiere ver la vida de otra manera, involucra una gran responsabilidad tanto con él mismo y la persona a la que se le brinda el cuidado (Flores, Rivas y Seguel, 2012).

En resumen lo que se podría concluir acerca de la estrategia de afrontamiento es lo que clarifican Rodríguez, Pastor y López (1993) *“la determinación de si una conducta de afrontamiento es adaptativa, implica la consideración de 3 factores: el dominio de resultado, el momento temporal, y el contexto”* (pp. 354). Sugiriendo una aceptación por parte de los cuidadores sobre los resultados observables que se presenten en las distintas situaciones sobre la experiencia que maneja en el rol y la aplicación instantánea de comportamientos adaptativos.

Es decir los pensamientos disfuncionales guardan relación con el afrontamiento, ya que a partir del pensamiento se genera una emoción y esa dirige a una conducta; de esta manera es el individuo, en este caso el cuidador primario, quien direcciona su pensamiento a cualquiera de las dos vías, el enfocado al problema o el enfocado a la emoción; quedando claro que la vía saludable es la del pensamiento enfocado al problema, que propende por hacer frente a la situación, buscar solución a los problemas y generar bienestar.

Finalmente en lo que respecta al cuidador y a modo de síntesis de lo planteado anteriormente; la presencia de una determinada estrategia de afrontamiento, un manejo adecuado de los pensamientos disfuncionales y una apropiación del rol, pueden permitir que dicho trabajo sea más satisfactorio, manejable y tolerable para el cuidador; ya que al ejercer dominio sobre estos dos factores de una manera adaptativa y racional, se estaría brindando un autocuidado.

Intervenciones para disminuir la sobrecarga emocional y los pensamientos disfuncionales

Aunque el enfoque de esta investigación es cognitivo conductual, es importante observar cómo otras corrientes psicológicas ven la sobrecarga emocional y los pensamientos disfuncionales.

Desde un enfoque sistémico, se puede ver como la demencia se presenta como un reto no sólo para el enfermo sino también para la familia y la comunidad en general; Cabrera, Jadad, Martos y Lyons (2011) con el pretexto de evaluar contextos sistémicos, proponen ampliar el campo de observación de los pacientes más allá del ámbito familiar, evidenciando por medio de su observación, la mejor forma que tiene el terapeuta para llegar a otros contextos, es creando un vínculo familiar efectivo por esta razón se hace necesaria la colaboración entre la familia, el contexto y el paciente.

McFarlane (1991) plantea que la terapia sistémica en una intervención psicoeducativa que tiene como objetivos: Socializar con la familia y el paciente todo lo que sucede con la enfermedad y sus afectaciones a nivel social; desarrollos basados en los acontecimientos durante el proceso; dar un rol importante a los familiares haciéndolos partícipes de las responsabilidades,

por medio de acciones como informes o tareas claras; generar en conjunto información biosocial importante, direccionar la familia para generar un entorno agradable; tratar los problemas a medida que se presentan y a partir de estos problemas entrenar a las familias y a los pacientes en habilidades de comunicación y en la resolución de conflictos.

Dentro del enfoque cognitivo conductual, se encuentra la terapia de afrontamiento desde la modificación cognitiva que sugiere un modelo de tres ítems importantes dentro de su teoría. La primera tiene que ver con las auto instrucciones, ésta es una técnica que le enseña al cuidador a darse ordenes o instrucciones que resulten adaptativas y le permita manejar mejor su conducta, reducir la ansiedad, auto evaluarse, reforzarse y direccionar la conducta. (Peralta, Robles, Navarrete, y Jiménez 2009)

La inoculación de estrés es una técnica de afrontamiento desarrollada por Donald Meichenbaum (1985), que implica ensayar la forma como se enfrentan los pacientes a los estímulos que les producen estrés, en primera instancia se identifica el problema, posteriormente se evalúan las implicaciones a las que este conlleva, después el paciente se auto observa y analiza lo que sucedió con los comportamientos para finalmente poder conceptualizar el problema. Lo esperado es poder relacionar las anteriores estrategias de afrontamiento para reconsiderarlas en lo que podría ser un apoyo para los cuidadores pues su sobrecarga y el posible estrés que le genere este oficio que es muy demandante para ellos y si no se maneja de manera adecuada puede ser potencialmente perjudicial para la evolución del paciente.

Otra de las técnicas que también puede ayudar al cuidador a enfrentar el gran peso que representa tener un paciente con demencia, es la terapia de solución de problemas.

Según Nezu, Nezu y Salber (2013), la terapia de solución de problemas dota a la persona en estrategias de autocontrol que tienen un efecto específico cuando se presenta un problema en la cotidianidad, es como si el sujeto ya tuviese una bolsa de herramientas guardadas en su mente para cuando se presente algún problema. El objetivo general de esta técnica es activar

emocionalmente al sujeto para que evidencie y se prepare en una realidad que tiene sucesos muchas veces inevitables.

Para una perspectiva humanista, la demencia puede tener un abordaje desde la terapia de validación, teniendo en cuenta los factores que menciona Cáceres (2010): La dimensión biológica, el significado y la dinámica familiar, el significado cultural, el ciclo vital, fase de la demencia, relación con los profesionales, apoyo social, cuidador principal, los recursos sociales, la historia previa de la enfermedad en la familia y los aspectos económicos, sugiriendo desde este enfoque, que esta terapia se centra en el paciente con demencia donde se identifica todo lo que pasa a su alrededor y como esto influye. Por esta razón desarrolló un esquema para clasificar las etapas de la demencia de un individuo según sus conductas para solucionar las dificultades que presentan los cuidadores. A partir de este modelo, que intenta identificar las creencias y los valores de cada paciente, se propone hacer entender a los cuidadores que los pacientes son: únicos y deben ser tratados como individuos, valiosos, independientemente de su conducta o desorientación; la conducta en los adultos mayores es diferente a nivel anatómico, físico, social y psicológico, los pacientes no pueden cambiar sus conductas en contra de su voluntad y ellos deben ser aceptados sin críticas.

Con todo lo anteriormente planteado y retomando las diferentes premisas que maneja cada enfoque, queda claro que el manejo que le dé el cuidador a la situación, se verá reflejado directamente en el paciente, es el punto de partida para desarrollar un afrontamiento a la enfermedad; de llegar a ser un manejo positivo podría evidenciarse mejoras considerables en los pacientes y también en los cuidadores, llevando a conservar su calidad de vida y en su momento disminuir una posible presencia de sobrecarga.

Como aporte final, Taylor (2007) manifiesta en su libro *Psicología de la salud* que no es fácil predecir las conductas y tampoco es fácil modificarlas, pero existen modelos que explican las motivaciones de las conductas y están en pro de contribuir al mejoramiento y la salud de las personas, la disminución de conductas perjudiciales, práctica de programas que mejoren las relaciones entre el profesional y el enfermo y un óptimo desarrollo de ambientes con apoyo social. Taylor también explica como las conductas asociadas a la salud dependen de los factores

sociales y como estos influyen para que la persona pueda o no tener mejores hábitos que a la larga le van a proporcionar más o menos salud. También existen los factores que controlan las mismas conductas pero las personas las asumen de diferente manera.

3.3. Marco multidisciplinar

Dentro de la categorización de los cuidadores se encuentra a los profesionales en este oficio, quienes se deben entrenar con estrategias de cuidado sin desconocer el trabajo de los familiares, muchas veces estos cuidadores secundarios son enfermeros y tienen un mejor desenvolvimiento en temas que para el resto de cuidadores no es tan fácil de describir, Sánchez (2004) habla desde la experiencia en enfermería, del deterioro relacionado con las demencias y la aplicación actual de tratamientos relacionados con la depresión, él sugiere que hace falta trabajar el tratamiento enfocándose en el manejo de los problemas, el desarrollo de la conducta y el apoyo del cuidador, el autor aplicó un programa de formación avanzada para el cuidador y sus resultados generaron un alto beneficio al paciente con simplemente la intervención en sus cuidadores, allí se representa la importancia que tienen los cuidadores. El autor habla del manejo conductual más racional, del apoyo socio sanitario, cuidado de sí mismo y el desahogo que proporciona la sola comunicación, “A través de estas competencias tanto el cuidador como el paciente obtienen mejorías considerables”. En cuanto al cambio de actitud frente a la enfermedad por parte de los dos actores (paciente y cuidador) por medio de este estudio, se evidenció que la percepción de sobrecarga no se modificó de forma significativa, pues los cuidadores seguían considerando que a pesar del programa de capacitación el desgaste físico y emocional era el mismo.

Este estudio da pie para analizar que al realizar un programa adecuado para el cuidado de un paciente con demencia no es suficiente, puesto que el objetivo final, se direcciona a estabilizar la sobrecarga física y emocional del cuidador y este objetivo no tiene un avance significativo, por esta razón la aplicación de intervenciones psicopedagógicas con revisión individual de cada uno de los casos cobra importancia. Las bases más importantes para revisar la demencia como tema son la geriatría y la gerontología, su perspectiva frente al tratamiento de las demencias no es netamente biológica pues consideran que no hay los suficientes estudios para tratar las enfermedades crónicas por esta sola línea. Según la Sociedad Española de Geriatría, la atención a

pacientes depende en gran medida de la familia en conjunto con los profesionales de la salud y servicios sociales, desde la geriatría no se habla precisamente de terapia cognitiva, se habla de psicoestimulación como un ayudante de la terapia farmacológica (Sánchez, 2004).

La terapia ocupacional en demencias no se dedica solamente a variables motoras y funcionales, sino que también se retoman variables cognitivas, conductuales, sociales y relaciones persona-entorno. Esta disciplina evalúa las dimensiones del entorno que pueden favorecer en gran medida al desarrollo de una persona con diagnóstico de demencia, por ejemplo: cuando las capacidades para adquirir competencias se deterioran, los estímulos del entorno deben disminuirse para obtener por parte del paciente resultados satisfactorios (Sánchez, 2004).

3.4. Marco normativo legal

En el 2009, se presentó un proyecto de Ley 033 “Por la cual se reconoce al cuidador familiar en casa para personas en estado de dependencia, se modifica parcialmente la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones”, el cual reconocía al cuidador o familiar en casa para personas en estado de dependencia, y lo define como la persona acompañante familiar de la persona dependiente teniendo un parentesco máximo del 5to grado de consanguinidad, tercero de afinidad o primero civil y que demuestre que ayuda de forma permanente para las actividades cotidianas del paciente y que además no reciba ninguna contraprestación económica por cuidarlo.

Para poder recibir los beneficios del gobierno, una junta de invalidez evaluará la dependencia permanente, esta junta considerará dependiente a la persona que necesite de otra para actividades diarias indispensables como bañarse, preparar alimentos, alimentarse, vestirse, trasladarse, acceder a los servicios de salud o poder cubrir sus necesidades básicas fisiológicas.

El cuidador familiar, tiene derecho a que se le garantice el acceso a políticas de apoyo instrumental, como los medios, en términos de bienestar que le permitan cumplir su labor, apoyo social, acceso a planes de recreación y socialización y apoyo emocional, donde tienen acceso a programas psicológicos para superación de retos, miedos y duelos.

El artículo 5 del proyecto de Ley No 033 del 2009, habla sobre la capacitación a los cuidadores donde el sistema de salud en el que se encuentra afiliado debe garantizarle una capacitación constante sobre la enfermedad del paciente, técnicas de manejo y suministro de medicamentos. A su vez, por su capacidad de ingreso, el cuidador no podrá cotizar, pero tendrá prioridad en el registro del SISBEN.

En este mismo documento se habla de la legislación del cuidado en casa y retoma la resolución No. 5261 de 1994, que establece la inscripción obligatoria de los cuidadores en las guías de atención integral que involucra actividades de fomento de la salud, prevención diagnóstico tratamiento y rehabilitación.

Finalmente éste proyecto de ley fue aprobado en primer y segundo debate, pero no paso el tercer debate y fue archivado por tránsito de legislatura en 2011.

Actualmente en Bogotá, se ejecuta el proyecto de 742 sobre la Atención Integral para Personas Mayores, que tiene como objetivo la reducción de la discriminación a las personas de avanzadas edades, el apoyo económico, la atención integral, el desarrollo de capacidades, la transformación de imaginarios a nivel social. Este proyecto desarrolla sus objetivos en centros de Protección Social (CPS), donde acogen a personas mayores de 60 años que no pueden vivir una cotidianidad de manera independiente y que no tienen redes de apoyo.

El proyecto también pretende desarrollar otras acciones enfocadas al manejo de personas mayores y sus cuidadores, para esto dispone de un programa de formación a cuidadores informales o familiares de pacientes con alguna discapacidad o dependencia. Dentro del proyecto también se contempla la estrategia de formación a toda la ciudadanía para que las personas tengan “Una experiencia del buen vivir”.

Dadas los planteamientos del proyecto para la protección de la vejez, que cubre gran parte de la problemática con las personas mayores en Colombia, se debe tener en cuenta que este

proyecto no contempla específicamente a los pacientes con demencia, ni a sus cuidadores, los cuales requieren de un manejo diferente de cómo se interviene con un paciente con discapacidad.

Por otra parte en el 2014 se desarrolló la ley 1733 “ley Consuelo Devis Saavedra” la cual va en pro de la regulación de los servicios de los cuidados paliativos para pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier etapa y de alto impacto en la calidad de vida de quien la padece. Esta ley deja una luz, una ruta de actuación por parte de los familiares y allegados al enfermo, puesto que en una enfermedad crónica como lo es en este caso la demencia, el proceso ira en incremento y las etapas avanzadas serán cada vez más difíciles y en donde el enfermo dependerá prácticamente en todo sentido de su cuidador. En ese orden de ideas son las EPS las encargadas de vincular a dichos programas tanto al enfermo como a su familia.

Anudado a lo anterior es importante aclarar que cuando estas etapas finales de esta enfermedad, ya han acaparado prácticamente la totalidad de calidad de vida del enfermo, los diferentes tratamientos no surgen ningún tipo de efecto y la persona encargada del cuidado ya también está experimentando altos niveles de sobre esfuerzo sin obtener resultados positivos, puede gestionarse el derecho a morir dignamente, estipulado en la resolución 1216 del año 2015, emitida por la corte constitucional colombiana para darle cumplimiento a este derecho.

3.5. Marco institucional

Aparte del Centro de Protección Social Para la Vejez, hay algunas fundaciones o instituciones que se dedican al cuidado de pacientes con demencias como el Instituto Neurológico de Colombia, Fundación Acción Familiar Alzheimer Colombia, Fundación Pura Vida, Fundación Próvida, y El Instituto Nacional de Demencias Emmanuel.

En una Institución Prestadora de Salud (IPS) se desarrollará este estudio, como lo es el Instituto Nacional de Demencias Emanuel, éste es un instituto que brinda un programa de rehabilitación integral a personas con demencias, ofreciendo también servicios para el fortalecimiento de habilidades cognitivas, sociales y de la vida diaria. La institución cuenta con

un programa de rehabilitación de demencias cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de pacientes con diagnósticos ubicados en el espectro de demencias por medio de la prestación de servicios terapéuticos profesionales a nivel grupal e individual, desde diferentes áreas y especialidades.

3.6. Antecedentes investigativos

Al realizar la revisión sobre estas dos variables, no se encuentran estudios en Colombia que relacionen las mismas, no obstante, Losada, et al (2006) realizaron una revisión de los estudios realizados en cuanto el análisis de los pensamientos disfuncionales de los cuidadores, al finalizar esta sugieren que la evaluación de los pensamientos disfuncionales debería estar incluida en la evaluación de los cuidadores, la influencia negativa de los pensamientos tiene relación con la prestación de cuidados, síntomas depresivos y actitudes disfuncionales.

Soto y Chino (2010), realizaron un estudio en Arequipa, el cual pretendía analizar la influencia de los pensamientos disfuncionales de cuidadores en la sintomatología depresiva y sobrecarga; contaron con una muestra de 29 cuidadores primarios, los cuales evaluaron mediante el Cuestionario de Pensamientos Disfuncionales y la Escala de Sobrecarga Subjetiva Zarit, la mayoría de los cuidadores eran mujeres y el 100% de la muestra vivía con familiar que cuidaba, los resultados demuestran correlación positiva entre los pensamientos disfuncionales y la sobrecarga, ya que en los cuidadores que presentaron mayor puntuación en creencias irracionales se observó mayor puntuación en la percepción de sobrecarga, así mismo se encontró relación entre los pensamientos disfuncionales y la depresión.

Por otra parte y retomando el papel de los pensamientos disfuncionales Losada, Márquez, Knight, Yanguas, Sayegh y Romero (2010) en su estudio *Psychosocial factors and caregivers`distress: Effects of familism and dysfunctional thoughts* realizaron un análisis de los pensamientos disfuncionales y los efectos del familismo basándose en el modelo de estrés y afrontamiento teniendo como muestra 334 cuidadores de pacientes con demencia, el objetivo principal de este estudio fue analizar el papel del familismo y los pensamientos disfuncionales sobre variables como la depresión y la presión sociocultural, se muestran tres hipótesis en este estudio según los resultados obtenidos, la primera es que hay una asociación negativa entre las

obligaciones familiares (familismo) y los pensamientos disfuncionales que llevando a una mala adaptación teniendo en cuenta que los valores culturales ejercen una gran influencia en los sistemas e creencias, la segunda hipótesis encuentra relación entre pensamientos disfuncionales y depresión, teniendo como pensamiento primordial el cuidado de su familiar, lo cual podrá tener consecuencias negativas en el cuidador, en cuanto la presión sociocultural.

Pasando al panorama del rol del cuidador en otro estudio *Efectos del cuidado de las personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales* Cerguera et al,(2014) Buscaron identificar los efectos psicológicos del cuidado referidos a depresión y sobrecarga subjetiva, la muestra fue comprendida por 62 cuidadores formales y 53 informales de pacientes con Alzheimer en Bucaramanga. Otro objetivo era conocer las estrategias de afrontamiento y comparar el nivel de afectación en cada grupo. Finalmente hallaron el nivel de sobrecarga más elevado en cuidadores informales puntuando con una media de 62.9 mostrando así, que el 73.5% de los cuidadores informales presentan algún nivel de sobrecarga, 15.1% reportaron experimentar sobrecarga leve, mientras que el 58.5% de este subgrupo se destacó por presentar niveles intensos. En cuanto a los cuidadores formales su puntuación media fue 52.9. Estos resultados dan a entender la diferencia significativa que hay entre los dos grupos. Lo cual indica que es relevante profundizar en cuidadores informales.

Anudado a lo anterior Aldana y Guarino (2012), en su estudio *Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer*, encontraron relación entre la sobrecarga del cuidador y los estilos de afrontamiento, el hallazgo propuso que los cuidadores informales usan más el afrontamiento emocional, que es un tipo de afrontamiento perjudicial, desadaptativo asociado como factor de riesgo para la salud, mientras que los estilos de afrontamiento racional y desapego emocional, siendo considerados los más adaptativos fueron los menos usados por los cuidadores. Otros autores como lo son Haley, Levine , Brown y Bartolucci (1987) (citados por Tartaglini, et al 2010) mencionan que la salud puede verse afectada, puesto que el inadecuado uso de estrategias de afrontamiento puede ser causa predictora de estrés en el cuidador informal; estos resultados también coinciden con los hallazgos de Crespo y López (2007), quienes señalan que las conductas vinculadas con la *Descarga*

emocional del cuidador se asocian con la afectación del estado emocional del cuidador, aumentando los niveles de sobrecarga, ansiedad y depresión de los mismos.

En la misma corriente del rol de cuidador de paciente con demencia Molina, Iáñez, y Iáñez (2005) en su artículo *El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer*. Buscaba analizar la relación entre diferentes variables sociodemográficas y el apoyo social en la percepción de sobre carga que tienen los cuidadores de enfermos de Alzheimer. Para la realización del artículo los autores realizaron un estudio cuya muestra estuvo conformada por cuidadores hombres y mujeres sin ninguna condición socio demográfica en específico. Fueron usados como instrumentos el índice de Katz, y entrevistas a los cuidadores.

En otros estudios como el realizado por Romero, Márquez, Lozada, Fernández, Nogales, (2015) llamado “*Rumiación y fusión cognitiva en el cuidado familiar de personas con demencia*” dejan claro como el papel de la rumiación entendida como una estrategia de afrontamiento desadaptativo y la fusión cognitiva como él dominado por la forma o contenido de los mismos pensamientos; el papel de estas dos variables podría ser la explicación del malestar del cuidador y a su vez identificar posibles procesos de estrés que esté afrontando dicho cuidador; en comparación con esta investigación, serían los pensamientos disfuncionales la expresión del malestar que podría estarse viendo reflejado en una posible sobrecarga del cuidador. A su vez afirman que el impacto que tienen los eventos difíciles o estresores, a los que se enfrentan a diario los cuidadores, dependen de variables moduladoras que podrían mitigar o acentuar el evento estresor, nombrando a los pensamientos disfuncionales y haciendo hincapié que estos podrían asociarse de manera positiva o negativamente respectivamente al malestar del cuidador.

El anterior estudio concluye en que los resultados mostraron asociaciones significativas y negativas entre la rumiación, los cuidadores con puntuaciones altas en rumiación y en fusión cognitiva presentan significativamente niveles mayores de depresión, ansiedad, frecuencia de comportamientos problemáticos y menores niveles de satisfacción con la vida. (Romero, et al, 2015, p.4)

El proyecto *Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia* de Espín, (2009). Tienen como objetivo diseñar y evaluar un programa de intervención para la constante mejora del paciente con demencia. El método utilizado para investigar es de corte pre-experimental con una cantidad total de 16 cuidadores que recibieron intervención durante dos años. Esta investigación fue realizada por enfermeras; ellas impartieron con sesiones a cada uno de los cuidadores de manera individual cuya duración era entre una y dos horas, primero se abordó la temática de las demencias, luego el manejo de los problemas que más alteran al cuidador y se indicaron pautas de manejo para los cambios de conducta de paciente, al final del estudio evidenciaron que los pacientes durante la intervención tuvieron una situación cognitiva y funcional estable, aunque los pacientes siguieron con cambios comportamentales dados por el trastorno, los cuidadores sí reportaron un considerable bajo nivel de estrés.

Por otro lado en términos de consecuencias de cuidador un paciente con demencia se puede hablar de sobrecarga como lo exponen Babarroa, Garrido, Díaz, Casquero y Riera, (2004) en su estudio *Perfil y sobre carga de los cuidadores de pacientes con demencia*, muestran una valoración de los niveles de sobrecarga que tenían los cuidadores durante el desarrollo de un programa de sesiones educativas grupales interdisciplinarias relacionado con el cuidado de los pacientes con demencia. Éste es un estudio mucho más grande que el anterior, con 245 sujetos evaluados y su forma de intervención es grupal, dentro de sus resultados evidenciaron que entre mayor era la edad del cuidador mayor era la percepción de sobrecarga y también evidenciaron cambios positivos notables en la situación de estrés de los cuidadores después de la intervención.

En la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga (Colombia) Cerquera y Galvis (2014) plantearon un estudio relacionado con *los efectos de cuidar personas con Alzheimer direccionado a los cuidadores formales e informales*, el objetivo de este estudio fue identificar los efectos psicológicos como la depresión y la sobrecarga, que produce el cuidado de pacientes con Alzheimer, su investigación contó con 62 participantes formales y 53 cuidadores informales. En el 36% de los cuidadores informales y en el 21% de los cuidadores formales hubo presencia de eutimia (es el estado de ánimo normal). También presentaron estados de sobrecarga intensa

en el 58% de los cuidadores. Se evidenció también un uso de la religión como estrategia de afrontamiento.

El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia, Pera, (2000) realiza una reflexión sobre los cambios en la forma de vida de la familia y analiza que para el cuidador los cambios psicológicos y sociales son impactantes, y le atribuye a la enfermería el rol más importante como apoyo familiar cuando existe un paciente con diagnósticos crónicos, los resultados obtenidos por esta investigación muestran como el cuidador (a) brinda una atención completa es decir hace todo y a su vez se siente responsable en todo momento, asegurándose no poder dejar de asistir a su familiar por un solo momento; también se expresa una llamada solidaridad familiar, encubierta en ese deseo de mantener a su familiar enfermo en los cuidados exclusivos del hogar; se constata el empobrecimiento de los cuidadores con su entorno, el desgaste y el poco apoyo social percibido, y de la misma forma las repercusiones de salud a nivel del núcleo familiar principalmente en el cuidador primario.

Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia, Ávila, García y Gaitán (2010) realizaron un estudio donde se buscó identificar relaciones entre la depresión en cuidadores de pacientes con demencia y las habilidades que éstos tenían para su cuidado, los resultados arrojaron una alta presencia de conocimientos, paciencia y valor. Se halló que el 46% de la muestra presenta depresión y a su vez son las que menos formación tienen como cuidadores.

El cuidado familiar: una revisión crítica Cuesta (2009) expone que es un fenómeno que se caracteriza por ser femenino, dice la autora en esta investigación, cuyo objetivo es explorar a nivel teórico el cuidado familiar de los pacientes y evaluar la naturaleza del cuidado, la carga del cuidado y las respuestas de los pacientes frente a esta carga, Cuesta (2009) argumenta que el cuidado en la familia es un asunto de desigualdad en la salud y que no hay que manejarlo de manera asistencial sino hay que ondear en las intervenciones afectivas.

Análisis de programas de intervención psicosocial en cuidadores de pacientes con demencia de Losada, Moreno, Cigarán y Peñacoba (2011). En este estudio los autores le dan importancia a la atención de personas con dependencia dadas las circunstancias actuales y también a sus cuidadores, la mayor parte de los cuidadores son familiares quienes soportan situaciones de estrés crónico y aunque existen diferentes intervenciones para minimizar el malestar ocasionado por su labor, esas son insuficientes y su alcance es bajo.

Estudio e intervención sobre el malestar Psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales, Losada et al (2006) . Este estudio empieza hablando del fenómeno del sobre envejecimiento de la población, anteriormente las personas morían mucho más jóvenes pero ahora cada vez hay personas mayores con más edad, y estas personas requieren de cierta dependencia para poder tener una vida lo más normal posible con ayuda de cuidadores, ellos diariamente tienen que superar obstáculos para poder brindar la ayuda que necesitan y esos obstáculos les generar consecuencias negativas para su salud Psíquica y física.

El estudio *The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia* de Martins, Assis, Roriz, Hass, Silva y Partezani, (2010) tuvo como propósito identificar las características de los cuidadores de manera observacional transversal que tengan personas mayores de 65 años de edad. El estudio tuvo la participación de 104 adultos mayores y 90 cuidadores en São Paulo. En el cual el 66,3% de los cuidadores eran mujeres, El 80% de los cuidadores eran familiares, y en promedio tenían 50,5 años. Los autores observaron una relación entre la carga, el esfuerzo del cuidador y la demencia del paciente.

En nuestro País, no se han realizado investigaciones que contengan las variables Pensamientos Disfuncionales y Sobrecarga Emocional y la relación de estas en una muestra de cuidadores informales de pacientes diagnosticados con demencia. Tenemos certeza que los resultados que arrojará la presente investigación mostrarán una relación clara entre dichas variables y por tanto la importancia de ésta, que permitirá promover futuras investigaciones e intervenciones terapéuticas dirigidas a la disminución del fenómeno en estudio.

4. Método

Según Sampieri, Fernández y Baptista (2010) en su libro Metodología de la investigación quinta edición, más específicamente lo que refiere a el enfoque de investigación cuantitativa da a conocer la realidad de un fenómeno social, en este caso los efectos que producen ser cuidador de un paciente con demencia, por esta razón este estudio presenta una metodología cuantitativa, con un diseño descriptivo - correlacional.

4.1 Diseño

Este estudio de corte descriptivo-correlacional basado en Sampieri, et al (2010) recolectara información personal de los participantes, rasgos, características y propiedades del fenómeno que se desea analizar, y posteriormente medirá con la mayor precisión dichos factores; al ser correlacional, se puede evidenciar que la variable o variables independientes, pensamientos disfuncionales y sobrecarga de cuidador, no serán manipuladas, este tipo de estudio se logra mediante la aplicación de instrumentos estadísticos diseñados especialmente para dichas variables, los resultados de este análisis indicaran la posible correlación que existiría entre ambas variables.

El análisis se realizara mediante el coeficiente de correlación de Spearman para valorar la asociación entre variables cuantitativas.

4.2 Participantes

Los participantes de esta investigación se caracterizan por ser cuidadores informales de personas diagnosticadas con demencia que acuden a la institución prestadora de salud. La muestra es seleccionada por conveniencia. Dentro de la condiciones para hacer parte del estudio el cuidador deberá cumplir su labor mínimo 3 horas diarias por lo menos 4 días a la semana, no se discriminará género ni condición socio económica, pero si se tendrá en cuenta las personas mayores de edad y que no tengan ningún diagnóstico asociado a trastorno psicológico y que además puedan leer y escribir. La muestra de este estudio dadas las

especificaciones anteriores son no aleatorias, ni probabilísticas y también puede ser de conveniencia ya que es la muestra que se tiene disponible con características definidas para darle cabida al estudio, según Morales (2013) para hablar de muestra representativa hay tres criterios bases que la caracterizan el primero es el nivel de confianza, el segundo, el tamaño de la población y el tercero, el margen de error tolerado. Este estudio es de corte pre-experimental cuyas muestras se caracterizan por ser pequeñas, luego entonces el margen de error es muy alto y por esta razón la muestra no es representativa.

4.3 Instrumentos

La evaluación de la sobrecarga emocional se realizará con la aplicación del test ZARIT, instrumento desarrollado por Zarit, Rever y Bach-Peterson, que cuenta con la validación transcultural y traducción versiones validadas en inglés, francés, alemán, sueco, danés, portugués, español, chino, japonés, etc. La versión original en inglés, el cual tiene *copyright* desde 1983, en Colombia se realizó un estudio llamado *Validación de escalas abreviadas de Zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín*, para la aprobación de su fiabilidad, por tanto esto lo hace uno de los cuestionarios de mayor relevancia para medir dicha variable. La escala de Zarit consta de 22 ítems que deben ser contestados en su totalidad, para cada una de ellas, el cuidador debe indicar la frecuencia con que se siente así, utilizando una escala tipo likert que consta de 1 (nunca), 2 (rara vez), 3 (algunas veces), 4 (bastantes veces) y 5 (casi siempre). Las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman, y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador. Por tanto, la puntuación global oscila entre 22 y 110 puntos. Esta codificación en una escala de 1 a 5 es la que se sigue en las versiones del cuestionario en todos los idiomas, o al menos no hemos encontrado ninguna en la cual se modifique esta codificación original. (Vélez, Berbesi, Cardona, Segura y Ordoñez ,2011).

Álvarez (2008) en su artículo cómo explicar e interpretar la escala de Zarit; Menciona que la escala evalúa varios factores que influyen en el cuidador entre ellos el impacto del cuidado, relaciones interpersonales y expectativas de autoeficacia.

Para medir los pensamientos disfuncionales de los cuidadores se realizará el cuestionario de pensamientos disfuncionales (CPD) de Weismman. Esta escala se ha diseñado como una herramienta para la identificación de los pensamientos, las creencias, los valores y las actitudes en los cuidadores de personas mayores dependientes que pueden suponer un obstáculo para un adecuado afrontamiento del cuidado. Consta de 16 ítems evaluados en escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta de 0 a 4, con un rango de puntuaciones que varía entre 0 y 64. Una puntuación mayor supone una mayor presencia de barreras u obstáculos para un adecuado afrontamiento del cuidado (Losada et al, 2006).

4.4 Procedimiento

El desarrollo del estudio se inició con la identificación de cuidadores de pacientes que asistían al Instituto Nacional de Demencias Emanuel (INDE). Posteriormente se aplicó los instrumentos mencionados para la selección de la muestra, y se les retroalimenta a los participantes que podrán obtener los resultados de dichas valoraciones, y a su vez poder participar de las diferentes estrategias contingentes que implementa el instituto para el manejo y asistencia de los cuidadores, como un beneficio más para ellos. Cabe resaltar que tal consentimiento acaparó todas las consideraciones éticas de rigor, y a su vez la aclaración del retiro voluntario de la investigación si en determinado momento así lo desean. Finalizando el proceso se realizó la devolución de los resultados a la institución y a los participantes del estudio, de manera física y verbal. A continuación se muestra el paso a paso del procedimiento:

1. Aplicación de instrumentos: Incluidas preguntas demográficas y dirección de correo para devolución.
 2. Digitación de resultados para construcción de bases de datos.
 3. Análisis de resultados.
 4. Devolución de resultados por correo y personal, según considere el participante.
- Se establecerán dos fechas para retroalimentación personal.

5. Devolución institucional de resultados. La institución puede solicitar la devolución general de resultados (no de resultados individuales) a las estudiantes, algunos días antes o posterior a la sustentación de la tesis.

La retroalimentación a las instituciones se hará de forma presencial, donde mediante una pequeña charla se explicara, los alcances, resultados y posibles limitaciones que se obtuvieron durante la realización del programa, ofrecerles claramente una exposición de resultados, nuevamente agradecer su participación, y poner a su servicio, la información obtenida mediante la investigación. Los participantes serán retroalimentados mediante un documento físico, exponiéndole los resultados que obtuvieron en el proceso, toda la información se les será compilada en un documento redactado en un lenguaje muy inteligible para su fácil comprensión.

4.5 Consideraciones Éticas

Este estudio se basará en lineamientos del Código Deontológico Colombiano, teniendo en cuenta principios como confidencialidad, beneficencia, no-maleficencia, justicia, veracidad y autonomía, así mismo se tendrá como base los artículos 49, 50, 51,55 y 56, de la Ley 1090 para la investigación científica. El principio de confidencialidad refiere al respeto por la intimidad de los participantes así como el óptimo manejo de la protección de datos y los resultados obtenidos en este estudio serán solamente manipulados por las estudiantes y su supervisor académico, los mismos serán utilizados solo con fines investigativos, no se harán públicos nombres, ni ningún tipo de dato que ponga entre dicho la integridad del participante como persona. El principio de beneficencia involucra el respeto a la autonomía de los cuidadores y su capacidad de autodeterminación, en este principio también se vela por el bienestar de los participantes, por esta razón las estrategias de afrontamiento a través del manejo de pensamientos disfuncionales es pertinente para fomentar el bienestar y la calidad de vida del cuidador y su entorno. La no-maleficencia es un principio que evita causar daño o perjuicio al cuidador en sus derechos fundamentales y durante el estudio los participantes no sufrirán daño alguno, no se causara sufrimiento, dolor ni malestar, ni se atentará contra la dignidad, libertad autonomía, ya que las actuaciones estarán encaminadas en fomentar el bien. El principio de Justicia data de reconocer la imparcialidad en las personas para poder generar una participación igualitaria y en este estudio

específicamente la justicia estará presente en las actividades que se realicen puesto que tendrán las mismas condiciones para todos los participantes, con igualdad de atención y servicio. Se llevaran a cabo de manera rigurosa las sesiones teniendo en cuenta las fechas planteadas y los acuerdos; no habrá ningún tipo de inequidad, ya que no existirán grupos alternos, todo el trabajo será encaminado de la manera más equivalente y justa posible. Y por último el principio de autonomía este principio es plausible en la medida en que la participación es voluntaria, cualquiera de los participantes podrá retirarse del proceso cuando lo crea necesario, bajo ningún motivo estará obligado a continuar en el mismo, se respetaran creencias, ideologías e intereses de cada participante.

RESULTADOS

Se presenta en primer lugar los datos sociodemográficos, en promedio la mayoría de los cuidadores perteneció al sexo femenino 82,86%, ninguno de ellos presento un nivel de escolaridad inferior a bachiller, prevaleciendo en esta muestra un 31,43% con un título universitario; el 77,14% son hijos, 71,43% pertenecientes al estrato 3 y 42,86% casados. El 100% reporto que ha transcurrido más de un año del diagnóstico, 51,43%, el 91,43% conviven con su familiar, dedican de 18 a 24 horas diarias al cuidado de su familiar y 72% dedican entre 0 y 6 horas semanales para tiempo recreativo (tabla 1) . A partir de estos datos se crea un posible perfil del cuidador: Hijas, casadas, con un grado de escolaridad entre bachiller y universitario, estrato medio, las cuales conviven con su padre o madre y tienen menos de 6 horas semanales para ocio ya que dedican la mayor parte de su tiempo al cuidado.

Tabla 1.
Características sociodemográficas de la muestra en porcentaje

Sexo	Femenino	83%
	Masculino.	17%
Escolaridad	Básica primaria	0%
	Bachiller	29%
	Técnico-Tecnólogo	29%
	Universitario	31%
	Postgrado-Maestría	11%

	Doctorado	0%
Parentesco	Hijo/a	77%
	Cónyuge	9%
	Hermano/a	3%
	Padres	2.9%
	Otro familiar	9%
Estrato	1	0%
	2	9%
	3	71%
	4	14%
	5	6%
	6	0%
Estado Civil	Casado/a	43%
	Soltero/a	34%
	Unión Libre	9%
	Viudo/a	0%
	Divorciado/a	14%
Tiempo dedicado al cuidado	1 - 6 H	29%
	7 - 12 H	14%
	13 - 18 H	6%
	18 - 24 H	51%
Tiempo del diagnóstico	6 meses	0%
	1 año	0%
	Más de un año	100%
Convive con el familiar	Si	91%
	No	9%
Horas semanales de tiempo recreativo	0 - 6 H	72%
	7 - 12 H	20%
	13 - 18 H	8%
	19 - 24 H	0%
	Más de 24 H	0%

El Cuestionario de Pensamientos Disfuncionales muestra una media para la población de 26,31% con una desviación estándar de 10,679. ¿Los buenos cuidadores deben mantenerse

alegres todo el día para afrontar adecuadamente el día a día del cuidado? ¿Un cuidador únicamente debe pedir ayuda a otras personas en aquellos casos en los que no sepa cómo resolver una situación? ¿Un cuidador únicamente debe pedir ayuda a otras personas o buscar otra alternativa cuando la situación sea límite o ya no pueda más? (ver tabla 2) Dos de estos pensamientos pertenecen a la dimensión autoexigencia emocional-responsabilidad y uno a entrega-aislamiento.

Tabla 2

Datos descriptivos de la variable pensamientos disfuncionales sobre el cuidado

Nº Ítem	Contenido del ítem	Media	Intervalo de confianza al 95%
Factor: entrega - aislamiento			
12	¿Los cuidadores deben evitar hablar de sus problemas con los demás, ya que estos tienen sus propias vidas?	1.60	1.23 - 1.97
11	¿Por muy mal que se encuentre, un cuidador nunca debe desahogarse con otras personas, ya que es una falta de respeto a la persona enferma?	1.63	1.24 - 2.02
2	¿Es egoísta que un cuidador dedique tiempo para si mismo/a teniendo un familiar enfermo y necesitado?	1.26	0.8 - 1.72
14	¿Pedir ayuda a personas que no son de la familia es lo último que debe hacer un cuidador, ya que el cuidado debe ser llevado en la familia?	1.66	1.22 - 2.10
15	¿Cuándo una persona cuida de un enfermo debe dejar sus intereses a un lado y dedicarse por completo al enfermo?	0.97	0.64 - 1.30
16	¿Cómo cuidador, considero que debo hacer todo lo que me pida la persona enferma, incluso aunque crea que es demasiado exigente?	1.17	0.82 - 1.52
13	¿Un cuidador únicamente debe pedir ayuda a otras personas o buscar una alternativa cuando la situación sea límite o ya no pueda más?	2.03	1.58 - 2.48
4	¿Un buen cuidador es aquel que ayuda a su familiar en todas las tareas, incluso en aquellas que este podría hacer por si mismo, si eso significa facilitarle la vida?	1.66	1.26 - 2.06

1	¿Solo la persona más cercana sabe cuidar verdaderamente bien de su familiar enfermo?	1. 1.46 - 2.37 91
Factor: autoexigencia emocional – responsabilidad		
5	¿Sería imperdonable que un cuidador pensara algo parecido " sería mejor para todos que mi familiar muriera"?	1. 0.94 - 1.92 43
9	¿Es lógico que los cuidadores pasen sus propias necesidades a un segundo plano, dejando de lado su satisfacción en favor de las necesidades del familiar?	1. 0.81 - 1.53 17
10	¿Un cuidador únicamente debe pedir ayuda a otras personas en aquellos casos en los que no sepa cómo resolver una situación ?	2. 1.77 - 2.69 23
8	¿Un buen cuidador nunca debe enfadarse o perder el control con la persona a la que cuida?	1. 1.41 - 2.25 83
3	¿Llegar a ser un buen cuidador significa no cometer errores en el cuidado de su familiar enfermo?	1. 1.08 - 1.83 46
6	¿Si un cuidador tiene sentimientos de vergüenza y rechazo hacia su familiar, es que está fallando de alguna manera como cuidador?	2. 1.77 - 2.63 20
7	¿Los buenos cuidadores deben mantenerse alegres todo el día para afrontar adecuadamente el día a día del cuidador?	2. 1.69 - 2.54 11

Por otra parte, la escala Zarit presenta una media de sobrecarga de 57,54 y una desviación estándar de 14,621, reflejando un 22,9% de cuidadores sin presencia de sobrecarga, un 20% con sobrecarga leve y un 57,14% con sobrecarga intensa; más de la mitad de la muestra puntuaron por encima del punto de corte 56, indicando así un nivel alto de sobrecarga, según reporte de la literatura (figura 1). Uno de los ítems que se destaca en el presente estudio es el 8 que indaga; ¿Siente que su familiar depende de usted? con una media de 4.43(ver tabla 3) .

Figura 1.

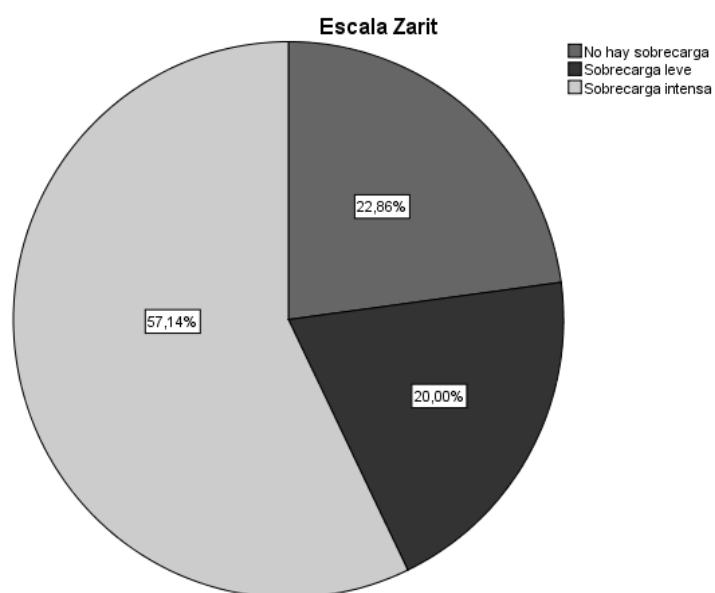


Tabla 3.

Datos descriptivos de la variable sobrecarga emocional

Ítem	Me dia	Intervalo de confianza al 95%
1 ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	2.7 1	2.35 - 3.08
2 ¿Siente que debido al tiempo que le dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	3.4 3	2.94 - 3.92
3 ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y además atender a otras responsabilidades?	3.2 3	2.78 - 3.68
4 ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	1.5 7	1.23 - 1.92
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	1.6 0	1.32 - 1.88
6 ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	2.2 0	1.78 - 2.62
7 ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	3.7 7	3.39 - 4.15
8 ¿Siente que su familiar depende de usted?	4.4 3	4.15 - 4.71
9 ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	2.1 4	1.72 - 2.57
10 ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	2.2	1.89 - 2.68

		9	
11	¿Siente que no tiene sentido la vida privada que desearía debido a su familiar?	2.6 0	2.17 - 3.03
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	2.5 1	2.06 - 2.97
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	1.4 6	1.15 - 1.76
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	3.4 0	2.89 - 3.91
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	2.8 6	2.34 - 3.38
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	2.5 1	2.06 - 2.97
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	2.3 7	1.97 - 2.77
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	2.6 9	2.20 - 3.17
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	2.3 7	1.97 - 2.77
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	2.5 7	2.12 - 3.02
21	¿Cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace?	2.2 0	1.82 - 2.58
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	2.6 3	2.20 - 3.05

Se realiza una prueba de normalidad por medio del Kolmogorov-Smirnov, el cual da como resultado un nivel de significancia (0,20) mayor a la ley de normalidad (<0.05) (tabla 4). Esta prueba de normalidad realiza una corrección de significación automática debido a que la muestra es menor a 50 para lo cual se usa prueba de normalidad Lilliefors. A partir de este resultado es pertinente utilizar una correlación de spearman siendo la indicada para pruebas no paramétricas.

Tabla 4
Prueba de normalidad Kolmogorov – Smirnov

		Total ZARIT	Total CPD
N		35	35
Parámetros normales	Media	57.54	26.31
	Desviación estándar	14.621	10.679
Sig. asintótica (bilateral)		0,20	0,20

No hay una asociación positiva entre la sobrecarga de los cuidadores y los pensamientos disfuncionales (Coeficiente de correlación de Spearman 0,673) ya que supera el nivel de significancia.

Tabla 5
Análisis de correlación bivariada

	Entrega Aislamiento	Autoexigencia emocional	Pensamientos Disfuncionales	Sobrecarga Zarit
Sobrecarga Zarit	-0.168	0.036	-0.074	1.000

La matriz de correlación no nos muestra asociaciones estadísticamente significativas entre los pensamientos disfuncionales y la sobrecarga emocional de los cuidadores ($Rho = -0.074$, $p > 0,05$) por lo cual se acepta H_0 *No existe una relación significativa entre las variables* y rechazamos H_a *Existe relación significativa entre las variables* (tabla 5).

Los resultados anteriormente analizados reflejan un nivel de pensamientos disfuncionales bajo en los 35 cuidadores pertenecientes a este estudio frente a un nivel de sobrecarga elevado; por lo cual pueden existir otros factores externos que influyan en la sobrecarga, como también en la investigación realizada.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación fue evidenciar la posible relación entre los pensamientos disfuncionales y la sobrecarga emocional de cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de demencia vinculados a una Institución Prestadora de Salud en la ciudad de Bogotá.

Colombia no cuenta con estudios que contengan estas dos variables, no obstante en Latinoamérica se encuentran investigaciones como la de Vázquez et al, 2012 y Soto y Chino 2010, quienes contaron con una muestra similar a la de la investigación y con la participación casi del 100% de cuidadores pertenecientes al género femenino. En estos dos estudios los autores, analizaron la morbilidad psicológica atribuida al cuidado de pacientes con diagnóstico

neurodegenerativo a partir de las variables pensamientos disfuncionales y sobrecarga emocional encontrando una correlación altamente significativa entre ambas.

En la literatura revisada reiteradamente se encuentra que usualmente el cuidado recae en una persona con parentesco, contrastando con el estudio de Babarro, et al, 2015; quienes estudiaron el perfil de los cuidadores de pacientes con demencia, creando un posible perfil como en el presente estudio, donde la mayoría de la muestra estuvo compuesta por hijas, seguido de esposas como en (Cerquera y Galvis, 2014), con una escolaridad básica. De tal manera se puede afirmar que la mayoría de cuidadores son pertenecientes al género femenino, de ahí que se genera la hipótesis que la carga del cuidado tiende a asumirse por las mujeres quienes sentirán un mayor grado de responsabilidad o retribución hacia sus familiares. De igual forma Martins, Assis, Roriz, Hass, Silva y Partezani, (2010) constatan que en su investigación la muestra fue predominante el género femenino, siendo la gran mayoría familiares directas del enfermo; a su vez encontraron en su estudio una relación significativa entre altos niveles de sobrecarga asociados a la labor de cuidar a su familiar con demencia.

Similar al contexto familiar mencionado anteriormente, Losada, Márquez, Knight, Yanguas, Sayegh y Romero (2010) mencionan en el marco de los pensamientos disfuncionales el concepto de familismo, el cual atribuye las obligaciones familiares y las posibles presiones socioculturales que puedan ejercer un cambio en estos cuidadores, de esta manera se conecta con algunas de las hipótesis que genero la presente investigación ante los resultados obtenidos, ya que los resultados para el cuestionario de pensamientos disfuncionales no presenta ningún resultado significativo, siendo atribuido esta fenómeno a posibles creencias y presiones socioculturales del contexto colombiano, relacionado a la crítica y autocrítica.

De esta manera Pera (2000) hace un aporte importante acerca del apropiamiento que genera el cuidador frente a su nuevo rol, siempre pesando en el perfeccionismo que debe brindarle a su familiar, dicho actuación desencadena cambios impactantes a nivel psicológico y social en la vida del cuidador, de igual forma encasillando su labor al manejo exclusivo de la familia, al sintiendo la necesidad de realizar todo y no dejar de asistirlo en ningún momento.

Constatando así repercusiones como poco apoyo social percibido, tensiones en el núcleo familiar y soledad directamente en el familiar que cumple con la labor de cuidador.

Llama la atención que más de la mitad de los cuidadores pertenecientes a este estudio presentan una sobrecarga intensa, así como en la investigación de Cerguera y Galvis 2014 realizada en Bucaramanga (Colombia). Factores asociados a este incremento en la sobrecarga analizados por Vázquez et al, 2012, son el ser cuidador prácticamente las 24 horas del día, con grandes limitaciones de tiempo recreativo y relaciones sociales, abandono del trabajo para cumplir el rol de cuidador, por lo cual incursionan en grandes carencias económicas para suplir con las demandas básicas del hogar y las particulares de la patología de su familiar en torno a la dependencia. Por su parte Soto y Chino 2010, también realizan su aporte mencionando la aparición de factores clínicos como sentimientos de culpa, enfado, indefensión, frustración y ansiedad; los cuales fueron observados en esta investigación.

Esta primera aproximación al estudio entre estas variables en la ciudad de Bogotá, pretende establecer un camino hacia la implementación de planes terapéuticos que propendan por el bienestar del cuidador y no solo realizar una medición de variables. De igual forma que se realicen investigaciones multidisciplinarias que vinculen estrategias de atención integral tanto a pacientes como familiares de manera temprana.

Por otra parte, se intenta crear conocimiento al país a partir de divulgación masiva acerca de los diferentes aspectos del envejecimiento y de este tipo de enfermedades, para incrementar la conciencia en la sociedad ya que cada año la población adulta mayor se ve más afectada por estas enfermedades; para lo cual es conveniente tener claridad acerca de la demencia ya que alrededor de esta existen muchas creencias populares alejadas de la realidad; por tanto, la intención será promover planes de promoción y prevención que permitan a la población crear factores de protección; detección temprana y enlentecimiento del deterioro de este tipo de patologías.

Esta investigación no encontró una relación entre las variables pensamientos disfuncionales y sobrecarga emocional en el cuidador, pudiendo atribuir el desgaste emocional y físico debido a la labor del cuidado a otros factores diferentes a los pensamientos disfuncionales.

CONCLUSIONES.

Con el panorama anteriormente expuesto y comparando nuestros resultados con previos en otros países; damos cuenta que se cumplieron dos de los objetivos propuestos para esta investigación, los cuales fueron no encontrar un tipo de relación entre las variables e identificar la presencia de sobrecarga en los cuidadores. De igual forma se pretende promover más investigaciones en torno al cuidador que contengan estas variables pero que tengan aproximaciones de tipo interventivo con una metodología experimental; teniendo en cuenta que el cuidador puede ser un paciente oculto debido a los altos niveles de sobrecarga que presentan por la dedicación exclusiva al cuidado de su familiar, como se evidencio en este estudio.

Babarroa, Garrido, Díaz, Casquero y Riera, (2004) con su estudio de intervención grupal, identificaron altos niveles de sobrecarga en cuidadores, relacionados particularmente con edad del cuidador, ya que en cuidadores de mayor edad se evidenciaba mayor percepción de sobrecarga, el estudio logro generar cambios importantes a partir de la intervención en los niveles de estrés que atravesaban los participantes. Recomendaciones similares realiza Espín (2009), con una propuesta de programas psicoeducativos enfocados a la mejoría del paciente y su cuidador, implementando pautas para manejo y conocimiento de los diferentes cambios que genera la patología, ya que su estudio revelo cambios significativos tanto en pacientes como en familiares y una percepción de niveles de estrés más bajo por parte de los cuidadores mientras asistieron al programa.

Losada, Moreno, Cigarán y Peñacoba (2011), mencionan algo similar a las conclusiones de los estudios mencionados anteriormente, proponiendo acercamientos más asertivos en el manejo de la demencia, donde desde el inicio, se realice una recepción integrativa, es decir tanto paciente como cuidador; generando diferentes intervenciones que mitiguen los malestares ocasionados por su labor.

Consideramos finalmente que el presente estudio y los revisados en la literatura expuesta deben generar un impacto positivo en diferentes instancias competentes que permitan la creación de políticas públicas que beneficien al adulto mayor en el curso de su última etapa y a los familiares que acompañan esta población.

APORTES Y LIMITACIONES.

El aporte realizado por esta investigación a la disciplina, a la institución vinculada y a la población en cuestión, fue el de brindar una mirada sobre variables psicológicas inmersas en el rol de cuidador primario de un paciente con enfermedad neurodegenerativa. Los cuales generan modificaciones al núcleo familiar y cambios importantes en la persona que estará a cargo del cuidado. Esta investigación obtuvo datos sociodemográficos y estadísticos de una pequeña parte de la población bogotana, relacionados a patologías neurodegenerativas como las demencias, que invita a un manejo integrador, que propenda por un bienestar colectivo, una atención y educación temprana de la patología, su curso e implicaciones que la misma genera con el transcurso del tiempo, ya que es de carácter progresivo e irreversible.

Los aportes personales como investigadoras activas del proceso, fue un enriquecimiento conceptual y académico en el ámbito neuropsicológico, de igual forma la identificación y practica de habilidades investigativas y profesionales para llevar a cabo de manera ética la investigación. También conciencia de la responsabilidad social que se debe generar, aún más con el antecedente epistemológico desde el cual trabajamos como lo es la psicología clínica.

Las limitaciones que se desarrollaron entorno a la investigación, fueron la poca participación de la población vinculada a la IPS de la cual se tomó la muestra, ya que por políticas internas de la institución se hizo dificultoso el acceso personal a la muestra para la recepción y aplicación de instrumentos psicométricos, los cuales fueron desarrollados por los cuidadores de manera independiente, sin guía profesional, y en la comodidad de su hogar. Contrario a lo que exponen Fernández et al 2010, una aplicación u entrevista personal tiene mejores resultados que una autoaplicación.

Otra limitación importante fue la identificación por parte los participantes, de preguntas de contenido amenazante y un lenguaje culpabilizante (Cuestionario de Pensamientos Disfuncionales CPD). De esta manera queda en evidencia que la cultura colombiana es poco receptiva a la crítica y autocrítica, en cualquier tipo de labor y contexto; ya que pudo haberse tomado la investigación como un ejercicio evaluativo con repercusiones para su familiar en la IPS a la cual están vinculados y no como un ejercicio informativo y preventivo de las situaciones en las que se pueden ver inmersas el día a día. En conclusión se hace sugerencia a la creación y validación de instrumentos para un contexto colombiano como lo fue la validación del instrumento utilizado para la detección de sobrecarga (cuestionario de sobrecarga del cuidador ZARIT) validado en Medellín Colombia.

Con el panorama anteriormente expuesto y comparando nuestros resultados con previos en otros países; damos cuenta que se cumplieron dos de los objetivos propuestos para esta investigación, los cuales fueron no encontrar un tipo de relación entre las variables e identificar la presencia de sobrecarga en los cuidadores. De igual forma se pretende promover más investigaciones en torno al cuidador que contengan estas variables pero que tengan aproximaciones de tipo interventivo con una metodología experimental; teniendo en cuenta que el cuidador puede ser un paciente oculto debido a los altos niveles de sobrecarga que presentan por la dedicación exclusiva al cuidado de su familiar, como se evidencio en este estudio. Así mismo generar un impacto positivo en diferentes instancias competentes que permitan la creación de políticas públicas que beneficien al adulto mayor en el curso de su última etapa y a los familiares que acompañan esta población.

5. Referencias

- Aldana, G y Guarino, L. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Summa Psicológica*, 9(1), 5-14. Recuperado de <http://www.summapsicologica.cl/index.php/summa/article/view/47>
- Álvarez, L., González, A. M., y Muñoz, P. (2008). El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit: Cómo administrarlo e interpretarlo. *Gaceta Sanitaria*, 22(6), 618-619.
- Alwan, A. (2010) “Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 resumen de orientación”: *Organización Mundial De La Salud (OMS)*, Recuperado de http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
- Ardila, A y Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. México: Manual Moderno
- Arnal, J., Del Rincón, D. y Latorre, A. (1992). *Bases metodológicas de la investigación*. Barcelona: Ediciones Labor.
- Ávila. T., Hernando, J., García, C y Ruiz, G. (2010). Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. *Revista Colombiana de Psicología*, 19 (1), 71-84. Retomado de <http://www.redalyc.org/pdf/804/80415077007.pdf>
- Babarroa, A., Garrido, A., Díaz, A., Casquero R y Riera, M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención Primaria*, 33(2), 61-8.
- Barrón, B. y Alvarado, S. (2009) Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer. *Instituto Nacional Cancerología México*, 4, 39-46. Recuperado <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1257541295.pdf>
- Bermejo, P. (2004). *Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia*. Editorial Díaz de Santos. Madrid, España.
- Cabrera, A., Jadad, A., Martos, F., Smith, R y Lyons, R. (2011). *Educación a pacientes y apoyo a la auto gestión*. Andalucía, España. Observatorio de Prácticas innovadoras en el manejo de enfermedades crónicas complejas (OPIMEC).
- Carver, C., Scheier, M y Weintraub, J. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-28.
- Cáceres, R(2010) Impacto de la demencia en la familia. *Revista en mente CEAFA*, 34. Recuperado de <http://www.vitalzheimer.com/articulo-cientifico.html>

- Cerquera, A. Granados, F y Galvis, M. (2014) Relación entre estrato económico y sobrecarga en cuidadores de pacientes con Alzheimer. 6(1), 35-45.
- Cerquera, A y Galvis, M (2014). Efectos del cuidado de las personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico*, 12(1), 149-167.
- Crespo, M y López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar*. Madrid, España. Ediciones Ministerio de trabajo y asuntos sociales.
- Cuesta, C. (2009). El cuidado familiar: una revisión crítica. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 17(1), 96-102.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005-2020. Estudios Postcensales no. 7, Bogotá 2009.
- Espín, A. (2009) Escuela de cuidadores como un programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200019
- Fernández, P., Martínez, S., Ortiz, N., Carrasco, M., Solabarrieta, J y Gómez, M. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23(3), 388-393.
- Flores, E., Montalvo, A., Herrera, A y Romero, E. (2010) Afectación de los bienestar en cuidadores de niños y adultos con enfermedad crónica. *Revista salud pública* 12(5), 754-754. Recuperado <http://www.scielo.org/pdf/rsap/v12n5/v12n5a06.pdf>
- Flores, E., Rivas, E y Seguel, F. (2012) Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería* 18(1), 29-41. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004
- Flores, R (2010). *Observando observadores: Una introducción a las técnicas cualitativas de investigación social*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- García, G., Saldivar, A., Martínez, G., Sánchez, R y Lin, D. (2012). Sobrecarga emocional en cuidadores de mujeres que requieren cuidados paliativos. *Revista Médica del Hospital General de México*. 75(3), 140-147.
- Gómez, M y González, F. (2004) El cuidador de paciente con demencia: aplicación del test índice del esfuerzo del cuidador. *Revista española de geriatría y gerontología* (39) 154- 159.

- Haley, W., Levine, E., Brown, S y Bartolucci, A. (1987) Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychology and Aging*, 2(4), 323-330. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3268224>
- Lazarus, R y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona.
- Lemos, M., Londoño, N y Zapata, J. (2007). Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Informes psicológicos* (9) 55-69.
- Ley número 1122. Congreso de la República de Colombia. (2007) “*Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*” Bogotá.
- Losada, A., Márquez, M., Knight, B., Yanguas, J., Sayegh, P y Romero, R. (2010). Psychosocial factors and caregivers ‘distress: Effects of familism and dysfunctional thoughts. *Aging & Mental Health*, 14(2), 192-202.
- Losada, A. Monitorio, I. Fernández, M. y González, M. (2006). Estudio e Intervención en el Malestar Psicológico de los Cuidadores de Personas con Demencia. El Papel de los Pensamientos Disfuncionales. *Colección de estudios: IMSERSO.1 Edición*.
- Losada, A., Montorio, I., Knight, B., Márquez, M., y Izal, M. (2006). Explanation of caregivers distress from the cognitive model: The role of dysfunctional thoughts. *Psicología Conductual*, 14(1), 115-28.
- Losada, A., Moreno, P., Cigarán, M y Peñacoba, C. (2011). *Análisis de programas de intervención psicosocial en cuidadores de pacientes con demencia*. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid, España.
- Losada, M., Márquez, M., Romero, R., López, J., Fernández, V y Nogales, C. (2015) Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores informales de cuidadores con demencia; Aportaciones de la terapia cognitivo – conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica y Salud*, 26, 41-48.
- MacCorquodale, K y Meehl, P (1948) on a distinction between hypothetical constructs and intervening variables. *Psychological Review*, 55, 95-107.

- Martins, A., Assis, F., Roriz, M., Hass, V., Silva, F., y Partezani, R. (2010). The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(4), 873-80.
- Meichenbaum, D. (1985) Manual de inoculación de estrés. *Barcelona. Ediciones Martinez Roca S.A*
- McFarlane (1991) Traumatic stress: The effects of over-whelming experience on mind, body, and society. *New York. Guilford Press*.
- Molina, J., Iáñez, M y Iáñez, B (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y salud*, 15(1), 33-43. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/817>
- Montorio, I., Losada, A., Izal, M y Márquez, M. (2009). Dysfunctional Thoughts about Caregiving Questionnaire: psychometric properties of a new measure. *International Psychogeriatrics*, 1(5), 913-921.
- Morales, P. (2013) *Investigación experimental, diseños y contraste de media. Publicación de la Universidad Pontificia Comillas*, 1-85.
- Moreno, J y Arango, J. (2010). Necesidades familiares y su relación con las características psicosociales que presentan los cuidadores de personas con demencia. *Psicología desde el Caribe*, 26, 1-35. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21319039002>
- Naciones Unidas, Asamblea General“ La situación demográfica del mundo: Departamento de asuntos económicos y sociales” (Nueva York, 2014) Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Nezu, A.,Nezu, C y Salber, K. (2013) Terapia de solución de problemas. *Revista científica Complutense*. 10. 217-231 Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/43445>
- Nitrini, R., y Dozzi, S. (2012). Demencia: Definición y Clasificación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatria y Neurociencias*, 12,(1), 75-98.Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-general-familia-edicion-digital--231-articulo-prevalencia-demencias-una-zona-basica-90434201>
- Olazarán, J., Agüera, L y Schwochert, R. (2012) Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia; prevención y diagnóstico. *Revista de Neurología*.55 (10), 598-608. Recuperado de http://www.mariawolff.org/_pdf/olazaran.pdf
- Organización Mundial de la Salud, Centro de Prensa, “Demencia: Nota Descriptiva N°362” (Marzo, 2015) Disponible en

<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>

- Pera, M., (2000). El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia: *Universitatd'Alacant. Revista de enfermería*. 4, 187-194
- Peralta, M., Robles, H., Navarrete, N y Jiménez, J. (2009). Aplicación de la terapia de afrontamiento del estrés en dos poblaciones con alto estrés: pacientes crónicos y personas sanas. *Salud Mental*, 32(3), 251-258.
- Pérez, M., Cartaya, M y Olano, L. (2012). Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*. 28(4), 509-520.
- Pinto, A. (2009) “Proyecto de ley no. 033 de 2009 senado” Bogotá, Colombia.
- Pradilla, G., Vesga, B., León, F., Roselli, D., Bautista, L., Morillo, L., Uribe, C., Takeuchi, Y., Daza, J., Espinoza, E., Camacho, M y Pardo, C. (2003). Estudio Neuroepidemiológico Nacional (EPINEURO) Colombiano. *Revista Panamericana Salud Publica* 14(2).
- Proyecto de ley 033, Senado de la República de Colombia. (2009) “Por la cual se reconoce al Cuidador Familiar en casa para personas en estado de dependencia, se modifica parcialmente la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones”. Bogotá.
- Proyecto 742. Secretaría de Integración Social de Colombia (2013) “: Atención Integral para Personas Mayores: Disminuyendo la Discriminación y la Segregación”. Bogotá
- Restrepo, T. (2015) Reto mundial: Controlar las enfermedades crónicas no transmisibles: *Periódico el Tiempo*. Colombia.
- Rodríguez, J. Pastor, M y López, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Revista Psicothema*, 5 (1), 49-372. Recuperado <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1148>
- Roig, M., Abengózar, M y Serra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de alzhéimer. *Anales de psicología* (14) 215- 227.
- Romero, R., Márquez, M., Losada, A., Fernández, V y Nogales, C. (2015) Rumiación y fusión cognitiva en el cuidado familiar de personas con demencia.. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 18. 1- 7

- Sampieri, H., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). "Metodología de la investigación" Editorial McGraw-Hill Interamericana, México, D.F.
- Sánchez, J. (2004) Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer. Prevención y cuidados en el "Síndrome del cuidador" *Revista de enfermería científica*. 33 264-265
- Saavedra, M., Bascón, M., Arias, S., García, M. y Mora, D. (2013) Cuidadoras de familiares dependientes y salud: influencia de la participación en un taller de control de estrés. *Clínica y Salud*, 24(2), 85-93.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2010) "*Demencias en geriatría*" Editorial Nobartis. Madrid, España.
- Soto, M. y Chino, B. (2010). Relacion entre pensamientos disfuncionales, depresion y sobrecarga en la tarea de cuidado de un familiar con demencia: *Revista de Psicologia de Arequipa*, 1(1), 57-68. Recuperado de <http://colegiodepsicologosarequipa.org/2011-4.%20Pensamientos%20y%20depresion%20en%20cuidadores%20de%20personas%20con%20EA.pdf>
- Tartaglino, M., Ofman, S. y Stefani, D. (2010). Sentimiento de sobrecarga y afrontamiento en cuidadores familiares principales de pacientes con demencias: *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 14(3), 221-226.
- Taylor, E. (2007) "*Psicología de la salud*" Editorial McGraw-Hill, México.
- Urzúa, A. y Jarne, A. (2008) Calidad de Vida y Estilos de Afrontamiento en Personas Con Patologías Crónicas. *Revista Interamericana de Psicologia*, 42(1), 151-160. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/284/28442116.pdf
- Vargas, L. (2012). Aporte de la enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. *Aquichan*, 12(1), 62-76.
- Vázquez, M., Aguilar, M., Estébanez, M., Casals, C., Casals, J. y Heras, M. (2012). Influencia de los pensamientos disfuncionales en la sobrecarga de los cuidadores de personas dependientes. *Revista de enfermería Clínica*, 22(1), 11-17. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-influencia-los-pensamientos-disfuncionales-sobrecarga-90093445>

Vázquez, F., Otero, P., López, M., Blanco, V y Torres, A. (2010). Un programa breve basado en la solución de problemas para la prevención de la demencia en cuidadores informales de pacientes con demencia: Un estudio piloto. *Clínica y Salud*, 21(1), 59-76.

Vélez, J., Berbesi, D., Cardona, D., Segura, A y Ordoñez, J. (2012). Validación de escalas abreviadas de Zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín. *Atención Primaria*, 44(7), 377-448.