

RELACIONES ENTRE RESILIENCIA, APOYO SOCIAL, ESTRÉS, ANSIEDAD Y
DEPRESIÓN SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE CUIDADORES INFORMALES DE
PERSONAS CON ALZHEIMER



Angélica Milena Perdomo Cañas

Ph. Stefano Vinaccia Alpi

Director de Trabajo de Grado

Universidad Santo Tomás

Campo de Psicología de la Salud y Calidad de Vida

Facultad de Psicología

Bogotá D.C, Octubre de 2014

AGRADECIMIENTOS

DIOS Y VIRGEN MARÍA.

+ Lina Rosa Mateus Viuda de Cañas

Balbina Cañas Mateus

Cecilia Velasco

Wilmer Hernández Escobar

Tomás del Monte y Tabatha Juliana

Laura Padilla de León y Jaime Arroyo

Giovanny Babativa, Marlen Martínez Sánchez y Sandra Montaña Higuera

Zoe Antonella Velásquez Gutiérrez y Gabriel Mora Figueroa

Independiente Santa Fe

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

INTRODUCCION

PROBLEMATIZACION

Planteamiento del Problema

Justificación

OBJETIVOS

Objetivo General

Objetivos Específicos

MARCO DE REFERENCIA

Marco Epistemológico y Paradigmático

Marco Disciplinar

Resiliencia

Apoyo Social

Estrés

Ansiedad

Depresión

Calidad de Vida

Modelo Biospsicosocial

Marco Interdisciplinar

Marco Normativo Legal

Marco Institucional

Antecedentes Investigativos

MÉTODO

Diseño

Participantes

Instrumentos

Procedimiento

Consideraciones Éticas

RESULTADOS

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

CONCLUSIONES

APORTES

REFERENCIAS

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Explicativa del Modelo Biomédico y Modelo Biopsicosocial.

Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra (n=30).

Tabla 3. Resultados descriptivos y diferentes dimensiones de los instrumentos utilizados en el estudio.

Tabla 4. Valores promedios, desviación estándar ($\pm$) e Intervalos de Confianza [IC 95 %] de los dominios del Cuestionario de Salud SF-12 por grupos de edad y sexo. De Estudio Ramírez, Agredo y Jerez (2010).

Tabla 5. Valores promedios y desviación estándar ($\pm$) de los dominios del Cuestionario de Salud SF-12 por grupos de edad y sexo. Del trabajo de grado, comparación con estudio de Ramírez et al.

Tabla 6. Correlaciones entre dimensiones del sf-12 con variables.

Tabla 7. Análisis de correlación de Spearmann de las variables psicológicas del estudio

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado para participantes

Anexo B. Datos sociodemográficos

Anexo C. Cuestionario de apoyo social (MOS)

Anexo D. Escala de Estrés percibido (PSS)

Anexo E. Cuestionario de ansiedad y depresión (HAD)

Anexo F. Cuestionario de resiliencia (CD-RISC)

Anexo G. Cuestionario de calidad de vida (SF-12)

RESUMEN

Las personas que están alrededor de individuos que padecen Alzheimer (generalmente familiares) sufren las consecuencias de esta enfermedad tanto en aspectos físicos, económicos, sociales, psicológicos y en muchos casos jurídicos, por tal motivo el presente trabajo tuvo como objetivo analizar las relaciones entre resiliencia, apoyo social, estrés, ansiedad y depresión sobre la calidad de vida de cuidadores informales es decir, que no tienen formación especial acerca de los cuidados de personas con Alzheimer. Fue una muestra de 30 personas entre hombres y mujeres, mayores de 18 años y con nivel de escolaridad básico. Esta investigación se llevó a cabo en forma empírico-exploratoria, correlacionar tipo encuesta transversal, donde hubo una convocatoria escrita y telefónica de todos los cuidadores informales de varias instituciones, posteriormente por grupos se aplicaron los siguientes cuestionarios: Cuestionario de Salud General (SF-12 versión reducida), Escala de resiliencia (CD-RISC), Cuestionario del estudio de desenlaces médicos de apoyo social (MOS), Escala de estrés percibido (PSS) y Escala de depresión y ansiedad en pacientes hospitalarios (HAD). Los resultados descriptivos y las correlaciones se hicieron por medio de coeficiente de correlación Spearman, e indicaron que el cuidador informal tiene niveles moderados bajos de ansiedad, depresión y estrés, sin embargo la influencia de variables salutogénicas como apoyo social y resiliencia, nivelan la situación evitando la sobrecarga y manteniendo de la calidad de vida, ya que se está generando la progresiva divulgación del cuidado al cuidador, y por el mismo contexto de rehabilitación, estos cuidadores reciben ayuda frecuentemente, lo que no quiere decir que sus recursos personales no se vean retados diariamente. Finalmente se realizó devolución y socialización de resultados a la población.

Palabras claves: Cuidadores informales- Alzheimer- calidad de vida- resiliencia- apoyo social- estrés- ansiedad – depresión

SUMMARY

People who are around individuals with Alzheimer's (generally relatives) suffer the consequences from this disease in aspects physicals, economics, social, psychological and legal experts, Therefore, the following work aim to analyze the relationship between resilience, social support, stress, anxiety and depression on the quality of life of informal caregivers, that is, people who do not have special training about the care of people with Alzheimer's.

Were 30 people, between men and women over 18 years of age and with level basic of education. This research was carried out in empirical-exploratory way, correlate type survey transversal. There was a written summoning to all informal caregivers, of various institutions, for way telephone calls and Steering wheels. subsequently the following questionnaires were applied: General Health Questionnaire (SF-12 reduced version), Resilience Scale (CD-RISC), Questionnaire medical outcomes study social support (MOS), Perceived Stress Scale (PSS) and Scale of depression and anxiety in hospital patients (HAD) After that, it was carried a socialization of results to population and it developed informative workshop. The descriptive results and correlations in Spearmann indicated that the informal caregiver has moderate low levels of anxiety, stress and depression , however influence of positive like variables social support and resilience, the situation leveled avoiding overload and maintaining quality of life, as being generated the progressive disclosure care for the caregiver , and by the context of rehabilitation , these caregivers often receive help , what does not mean that their personal resources are not challenged daily .

Keywords: Informal caregivers- Alzheimer- quality of life- resilience- social support- stress- anxiety- depression.

PROBLEMATIZACIÓN

Planteamiento del problema

En la actualidad está creciendo el número de personas que podremos llegar a la tercera edad, pero, ¿en qué condiciones? Gracias a los avances de la ciencia y los laboratorios farmacéuticos, ahora una enfermedad cualquiera se puede sobre llevar por bastantes años ¿y quién se encargara de nosotros? El presente trabajo se desarrollará evaluando la calidad de vida en cuidadores informales de pacientes con demencia, sobre aspectos como resiliencia, apoyo social, estrés, ansiedad y depresión. De tal manera mostrar que factores son inconvenientes y se pueden manejar y que otros pueden ser guiados para mantener o equilibrar la salud mental del cuidador.

En datos estadísticos la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 1990 -2010) que realizó Pro familia, arroja que la población de menores de 15 años en Colombia bajó de 35 a 31 por ciento, en tanto que la población con 65 años y más aumentó de 5 a 7 por ciento. En la ENDS 2010 los mayores de 60 años representan el 10 por ciento de la población y los mayores de 65 años un 7 por ciento, proporciones similares a las de las últimas proyecciones del DANE para el mismo año: 9.8 y 6.7 por ciento, respectivamente²¹. De acuerdo con esta última proyección, el número de mayores de 60 y más años en Colombia es de casi 4 millones y medio y el total de los de 65 y más años es de 3 millones, en una población total de 45 millones y medio.

A continuación se mostrará los antecedentes disciplinares, investigativos y la relación con la línea de investigación activa en el programa de psicología de la Universidad Santo Tomás y culminar con la pregunta problema.

Demencia

Algunos datos actualizados de la (OMS, 2012) preceden que: La demencia es un síndrome que afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. Además la demencia es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria, como la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares, lo que deja dicho que aunque afecta principalmente a las personas mayores, no constituye una consecuencia normal del envejecimiento. Siguiendo con las estadísticas de las (OMS, 2012) Este síndrome es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo. En el mundo entero hay unos 35,6 millones de personas que padecen demencia, y cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos. Se calcula que entre un 2% y un 8% de la población de 60 años o más, sufre demencia en un determinado momento y se prevé que el número total de personas con demencia prácticamente se duplicará cada 20 años, de modo que pasaría de 65,7 millones en 2030 a 115,4 millones en 2050.

También en los datos de la (OMS, 2012) señala que la demencia tipo Alzheimer, es la más común. Acapara entre un 60% y un 70% de los casos, seguida de otras demencias frecuentes como la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy y un grupo de enfermedades que pueden contribuir a la demencia frontotemporal y los límites entre las distintas formas de demencia que son difusos y frecuentemente coexisten formas mixtas.

En cifras, (Calle, s.f) señala que con demencia se puede calcular que en el mundo hay 24 millones de personas con Alzheimer. En Colombia existen alrededor de 300 mil casos. Según los científicos, las mujeres sufren más de esta enfermedad que los hombres por una razón: viven más que ellos. Además, el mal está relacionado con la edad, a más acumulación de años hay mayor

riesgo. También en un estudio que se realizó en Bogotá en la clínica de la memoria, la mayoría de pacientes con enfermedad de Alzheimer consultan dentro de los primeros tres años de evolución del cuadro clínico y el mayor porcentaje se encuentra entre los 71 a 80 años al igual que los pacientes con demencia vascular (DV). Casi una tercera parte de los pacientes (177 ó 20.25%) con enfermedad de Alzheimer tienen entre 4-5 años de escolaridad y 155 (17.73 %) tienen entre 10-11 años de escolaridad (Ruiz, Nariño, & Muñoz, 2010)

Otra definición que apunta (Lopera, 2004) es que la demencia la caracteriza por la pérdida progresiva de capacidades cognitivas, resalta también que existen la demencia por edad de aparición, pre-senil o precoz (antes de los 65 años) y la senil o tardía (después de los 65 años), también hace la clasificación de las regiones cerebrales afectadas como lo son las cordicales y las sub cordicales que a grandes rasgos la primera compromete en menos grado la motricidad, y afecta las funciones neuropsicológicas como lo son el lenguaje, percepción, calculo entre otras y la segunda el deterioro motor es más agresivo y afecta la coordinación motriz donde hay temblores y/o rigidez. También (Montañes & Brigars, 2005) dicen que el diagnóstico de demencia es esencialmente clínico y se basa en la comprobación de la existencia de un deterioro cognoscitivo múltiple que afecta predominantemente la memoria, y en el hecho de que ese deterioro es lo suficientemente significativo como para afectar la vida social, familiar y laboral del sujeto. Siguiendo con (Montañes & Brigars, 2005) sugieren que la intervención del equipo de salud sea multidisciplinar teniendo como fin mejorar la calidad de vida, de los cuidadores. Intentando obtener el mayor grado de independencia en las actividades de la vida diaria. Señalan que los grupos de apoyo para pacientes y familiares cumplen esta finalidad, pues las familias que conviven con un enfermo con demencia soportan una alta carga psicosocial.

Como complemento los mismos autores hablan que la actividad en la demencia, como recuerdos positivos, la libertad sobre el estilo de vida, las actitudes realistas sobre los cambios físicos y psíquicos, una continua participación en actividades gratificantes y una buena salud, permiten una adecuada aceptación de esta etapa de la vida y con ello un esfuerzo menos por parte del cuidador informal.

Alzheimer

La historia de esta enfermedad empieza en el año 1907, con Alois Alzheimer psiquiatra y anatomopatólogo, alemán. ÉL publicó un estudio clínico y anatómico del caso de una paciente (Auguste D. de 51 años) que duró cuatro años hasta su fallecimiento, con síntomas prevalecientes como desorientación y alucinaciones. Además estudio el cerebro de la fallecida encontrando en el interior células con lesiones en forma de conglomerados a lo que denominó degeneración neurofibrilar. Lo anterior hizo que surgiera la inquietud de la ciencia y que se desarrollara por otros autores varios estudios analíticos. Entre los síntomas prevalentes están alteraciones cognitivas que se refiere a la pérdida progresiva de memoria, alteraciones funcionales pérdida de funciones independientes y alteraciones psicológicas como ansiedad, delirios, alucinaciones, vagabundeo y agresión entre otros, cabe mencionar que la edad de aparición es variable. Neurológicamente se caracterizan por la atrofia cerebral con pérdida de neuronas y por los dos tipos de lesiones descritas por el doctor Alzheimer, la degeneración neurofibrilar (ovillos neurofibrilares) y las placas seniles. También la degeneración granulovacuolar, la angiopatía amiloide, pérdida de sinapsis y reacción inflamatoria local (Peña, 1999).

Cuidadores informales

Los cuidadores informales son aquellas personas que no tiene ningún tipo de capacitación o estudio especializado para cuidar de otra persona en situación de enfermedad (en este caso con demencia progresiva) personas enfermas |que no pueden valerse por sí mismas para la realización de actividades de la vida diaria (aseo, alimentación, movilidad, vestirse, administración de tratamientos o acudir a los servicios de salud) entre otras. Además lo cuidadores son personas que no son recompensadas económicamente, suelen tener un gran compromiso con las tareas y sin límite de horario, (Delicado, García, Martínez, & López, 2000) También (Crespo & López, 2006) consideran que es muy raro que toda la familia comparta equitativamente el cuidado del mayor dependiente tratando de “trabajar en equipo”. La mayoría de las veces el cuidador principal es casi el cuidador único. Adicionalmente estos autores afirman como dato significativo que los cambios sociales, tales como la incorporación de la mujer al mercado laboral, la disminución de la estabilidad familiar, la desaparición de la familia extensa y las de redes informales tradicionales, el aumento de la movilidad social y laboral, y para finalizar la disminución del tamaño de las viviendas, hace que haya menos personas en disposición de cuidar.

En un estudio colombiano (Ruiz, Nariño, & Muñoz, 2010). Se calcula que el cuidado de un paciente con demencia tipo Alzheimer requiere de 15, 44 o 70 horas semanales dependiendo del grado de compromiso cognoscitivo entre leve moderado o severo respectivamente.

Asimismo la presencia del cuidador brinda apoyo emocional, creando sentimientos de tranquilidad y seguridad hacia el paciente. El cuidador informal es un vínculo de comunicación entre los familiares y los profesionales sanitarios, por lo tanto el cuidador es una figura clave en el proceso de salud-enfermedad, (Sánchez, 2004). Hablando de también de la vinculación, (Montaños & Brigars, 2005) consideran que la intervención de servidores de salud, es

fundamental para conseguir que las familias se agrupen y aporten soluciones realistas en la medida de sus capacidades y puedan avanzar a la aceptación de algo tan difícil como es convivir día a día con un enfermo que ha perdido su mente, pero que no ha perdido sus sentimientos, y que es sensible al afecto o al desamor.

Ser cuidador es una tarea con una doble vertiente, donde el cuidador debe conocer las necesidades de la persona mayor y después saber cómo satisfacerlas. Así mismo cuando es una gran tarea o se prolonga durante tiempo, puede ser una rutina diaria que ocupa gran parte de los recursos y energías del cuidador, (Crespo & López, 2006). Finalmente un aporte de la enfermería, (Vargas, 2012) presupone que el cuidador familiar debe ser capaz de delegar tareas del cuidado en otros miembros de la familia y así tener tiempo para dedicarse. Por lo cual se busca que en la medida de lo posible, otros miembros de la familia también se informen y se capaciten en las tareas de cuidado de la persona con Alzheimer.

Línea de investigación

Este trabajo de grado está suscrito a la línea de investigación del campo de psicología de salud, de la Universidad Santo Tomás, llamada Bienestar, en la cual existe una preocupación (como su nombre lo indica) por el bienestar de los individuos, de tal manera analizando las relaciones entre resiliencia, apoyo social, estrés, ansiedad y depresión sobre la calidad de vida de cuidadores informales de pacientes con demencia, aportará datos significativos al campo, ya que no existe algún trabajo investigativo en la facultad con las características de la población y las variables a estudiar.

Así mismo, se tiene en cuenta que la línea de Bienestar, tiene tres clasificaciones: el bienestar subjetivo (aspectos cognitivos y afectivos, además satisfacción que tiene el individuo sobre su vida) el bienestar psicológico (proceso continuo y permanente de búsqueda de

cumplimiento de objetivos y metas específicas a lo largo del ciclo vital. También seis características autonomía, Auto aceptación, propósito en la vida, relaciones positivas con otros, dominio del entorno y crecimiento personal) y el bienestar social (que hace referencia a la calidad y condiciones de vida en las cuales el individuo se encuentra).

Por lo anterior y que la línea investigativa, toma el bienestar desde una perspectiva de la psicología positiva, como un elemento que pueda ser preventivo. Y relacionándolo con los cuidadores informales de pacientes con demencia. Se pretende encontrar por medio de los cuestionarios a aplicar, resultados de la influencia en la calidad de vida de los cuidadores (que lleva inmerso el bienestar subjetivo, psicológico, físico y social) con el fin de optimizar, atenuar, enseñar y mostrar posibles formas de afrontamiento frente a situaciones de sosiego y cambios drásticos que conlleva el cuidado de un adulto con demencia. Esto se realizará por medio de talleres psico-educativos como devolución de resultados.

También de los trabajos de grado del campo de psicología de la salud, se encontraron tres estudios sobre las personas encargadas del cuidado de pacientes enfermos y algunos aplicaron los mismos instrumentos que se pretenden utilizar, sin embargo no son estudios con población adulto mayor en condiciones de demencia y no se abarca el número significativo de las variables a estudiar.

Finalmente como pregunta problema se plantea: ¿Qué relación hay entre la calidad de vida, la resiliencia, el apoyo social, el estrés, la ansiedad y la depresión en cuidadores informales de pacientes con demencia?

Justificación

El presente trabajo investigativo, tendrá relevancia al destacar Factores patogénicos y salutogénicos, que afectan a la calidad de vida de cuidadores informales de personas con Alzheimer, partiendo del supuesto de que cuidar es un esfuerzo que implica ciertos niveles de desesperanza, ya que es un descenso o regresión del desarrollo de funciones vitales de personas con demencia.

Este estudio será importante en la psicología de la salud, porque en la población a nivel epidemiológico existe un aumento del adulto mayor, por consiguiente también prevalencia de la demencia. La intención es saber si hay algunas variables que aquejan positiva o negativamente al cuidador, para después en una segunda etapa poder crear condiciones psico-educacionales (preventivas o interventivas) frente a estas situaciones, por medio de talleres conversacionales. Lo anterior en otras palabras, se haría para brindar ayuda y comunicar información a las personas responsables del cuidado del adulto enfermo de demencia, para evitar la sobrecarga. Por otro lado es un aporte para la línea de investigación (Bienestar) del campo de psicología de la salud, ya que también se abarcará el bienestar subjetivo, psicológico y social, de este tipo de población.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar las relaciones entre resiliencia, apoyo social, estrés, ansiedad y depresión sobre la calidad de vida de cuidadores informales de personas con Alzheimer.

Objetivos específicos

Evaluar niveles de resiliencia en cuidadores informales de personas con Alzheimer, por medio de la escala de resiliencia (CD-RISC).

Evaluar niveles de apoyo Social en cuidadores informales de personas con Alzheimer, con el cuestionario del estudio de desenlaces médicos de apoyo Social (MOS).

Evaluar niveles de estrés en cuidadores informales de personas con Alzheimer, a través de la escala de estrés percibido (PSS).

Evaluar niveles de ansiedad y depresión en cuidadores informales de personas con Alzheimer, con la escala de depresión y ansiedad en pacientes hospitalarios (HAD).

Evaluar niveles de calidad de vida en cuidadores informales de personas con Alzheimer, por medio del Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud (SF-12, versión reducida).

Analizar las correlaciones entre resiliencia, apoyo social, estrés, ansiedad, depresión y calidad de vida.

MARCO EPISTEMOLÓGICO Y PARADIGMÁTICO

El trabajo investigativo se llevará a cabo con base al método empírico –analítico, que reconoce que se puede acceder al conocimiento por medio de la experiencia y del tal forma estudiar y observar, causas y efectos del mismo, lo anterior fundamentado en la filosofía positivista (Arnoletto, 2007) específicamente habla que empirismo de Hume (1729- a.c) plantea que la única fuente del conocimiento es la experiencia y que el hombre sólo elabora un conocimiento después de haber estado en contacto con la realidad sensible, y lo hace con elementos que ella le aporta, por otra parte (León y Sánchez, 2006) mencionan que este método se interesa por controlar y de predecir conocimiento, este busca explicar fenómenos con el fin de lograr un manejo. Ahora, el método analítico para fines del conocimiento desintegra el fenómeno en partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos, en el que el análisis es

la observación, además examina un hecho en particular para comprender su esencia; este método nos permite conocer más del objeto de estudio con lo cual se pueden explicar analogías, interpretar comportamientos y establecer nuevas teorías (Febrabi, s.f). También (Castaño, 2000) señala que Habermas (s.f) considera que un saber empírico analítico hace posible pronosticar, a través de la observación controlada, y de ahí el éxito de los procesos que surgen a partir de dichas observaciones.

La ciencia se conoce a partir de la experiencia es por esto que en el trabajo de grado desarrollado son las experiencias cotidianas entre cuidadores informales y personas con Alzheimer los insumos necesarios para obtener el conocimiento. De tal manera se conseguirá datos analizables por medio de cinco cuestionarios (CD-RISC, MOS, SF-12, PSS y HAD) los cuales tienen preguntas estructuradas con respuestas múltiples tipo escala de Likert. Estos como herramientas de recolección de datos, que miden la naturaleza, efectos y causas del rol de cuidador, resaltando la incidencia sobre la calidad de vida y finalmente asumir información para correlacionar y efectuar posibles predicciones o pronósticos de la conducta, tal como pretende el método empírico- analítico.

Iniciando el apartado se mencionó que el método empírico analítico usa elementos del positivismo, por lo cual es importante explicar desde el desarrollo histórico y cronológico hasta su enlace con el trabajo de investigación. El término positivismo fue utilizado por el filósofo y matemático francés del siglo XIX Auguste Comte (1798-1857), pero algunos de los conceptos positivistas se remontan a los filósofos David Hume (1711-1775), Saint-Simón (1760-1825), e Immanuel Kant (1724-1804).

Como características del positivismo existe la afirmación de que sólo conocemos aquello que nos permite conocer las ciencias, y el único método de conocimiento es el propio de las

ciencias naturales (descubrimiento de las leyes causales y el control que éstas ejercen sobre los hechos) no sólo se aplica al estudio de la naturaleza sino también al estudio de la sociedad (Gaite, 2006).

En otra idea Meza (2003) refiere que el positivismo supone que la realidad está dada y que puede ser conocida de manera absoluta por el sujeto cognoscente. También (Dobles, Zúñiga y García, 1998) menciona que el positivismo establece que el único conocimiento verdadero es aquel que es producido por la ciencia, en consecuencia, el positivismo asume que sólo las ciencias empíricas son fuente aceptable de conocimiento. Del mismo modo, (Gutiérrez, 1996) sostiene que los positivistas buscan los hechos o causas de los fenómenos sociales con independencia de los estados subjetivos de los individuos. Siguiendo con los autores (Dobles, Zúñiga y García, 1998) enmarcan que el positivismo concede que el sujeto descubra el conocimiento, acceda a la realidad mediante los sentidos, la razón y los instrumentos que utilice, es decir lo que es dado a los sentidos puede ser considerado como real. Plantea que la verdad es una correspondencia entre lo que el ser humano conoce y la realidad que descubre, además el método de la ciencia es descriptivo, narra los hechos y muestra las relaciones constantes entre ellos, y se pueden expresar mediante leyes y previsión de los eventos. En último lugar que el sujeto y objeto de conocimiento son independientes, se plantea como principio la neutralidad valorativa, esto es que el investigador se ubique en una posición neutral con respecto a las consecuencias de sus investigaciones.

De acuerdo a lo anterior, y en relación con el proyecto de investigación propuesto, el positivismo otorga herramientas tales como: La indagación sobre la posición de los cuidadores informales de personas con Alzheimer, así mismo el suponer que la realidad está dada y que con los instrumentos evaluativos se interpretará, el no tener juicios de valor en los resultados es decir

llevar una neutralidad valorativa, del mismo modo describir los hechos y relaciones entre las variables salutogénicas y patogénicas de los individuos; lo anterior con el fin de tener el conocimiento por medio de la experiencia investigativa.

MARCO DISCIPLINAR

Resiliencia

La resiliencia procede del latín resilio, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar (Becoña, 2006) Su origen radica en las ciencias físicas como la mecánica, la física e ingeniería civil entre otras, generalmente se refiere a la capacidad de un material para recuperar su forma y volumen, cuando cesa el sistema de fuerzas que causa su deformación, según la Enciclopedia Hispánica En la ingeniería civil la resiliencia es la magnitud que cuantifica la cantidad de energía que un material (p.ej. acero) puede absorber al romperse por efecto de un impacto. El choque determina la fragilidad o capacidad de un material para absorber cargas instantáneas (Construmática)

A partir de lo anterior las ciencias sociales tomaron este concepto a modo de herramienta lo que según en el 2002, Richardson (como cita Villalba, 2004) se utiliza para explorar las “capacidades personales e interpersonales y las fuerzas internas que se pueden desplegar para aprender y crecer a través de las situaciones de adversidad”. De tal modo la resiliencia es una “metateoría que integra o que abarca teorías comprendidas en diferentes disciplinas, entre las que se podrían destacar psiconeuroinmunología, filosofía, física, psicología, medicina oriental, neurociencias, ecología, sociología y antropología”. Como definición general según la real académica española la resiliencia es la Capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ella (R.A.E).

En la psicología el término resiliencia empezó a ser utilizado desde el campo de la psicopatología, interesándose en estudios de los comportamientos de algunos padres agresores o en niños que han vivido situaciones de abandono o desprotección y logran ser resilientes (Villalobos, Arango y Obando 2010)

Existen varias definiciones de resiliencia entre ellas la de Masten y Gewirtz (2006) que presumen que es un fenómeno de recuperación caracterizado por buenos resultados a pesar de las amenazas para la adaptación o el desarrollo, otra se refiere a que es un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa Luthar y Cicchetti (2000). Semejante a las anteriores Fergus y Zimmerman (2005) explican que la resiliencia es el proceso de superar los efectos negativos de la exposición al riesgo, afrontar con éxito las experiencias traumáticas, y evitar las trayectorias negativas asociadas con los riesgos. Y por último la definición más aceptable es la de Vanistendael, (2003) define la resiliencia como la capacidad de una persona o de un sistema social para desarrollarse y crecer en presencia de grandes dificultades, además, tiene varios componentes como protegerse, defenderse, resistir, construir y proyectarse en el tiempo; se construye en un proceso continuo durante toda la vida, en una interacción entre la persona (o el sistema social) y su entorno.

Apoyo social

Apoyo social, es un constructo como bien dice (Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner y Seedat, 2008) multidimensional, amplio y heterogéneo.

(Tartaglini, Clemente y Stefani, 2007) hacen alusión que este concepto ha sido estudiado en las últimas dos décadas, tanto empíricamente como teóricamente en el ámbito científico correspondiente a la investigación en psicología social y psicología de la salud, para los cuales el apoyo social es una variable mediadora en la relación entre estrés y enfermedad. Otros como

(Bal, Combez, Van Oost Y Debourdeaudhuij, 2003; Morales, Moreno Y Vallejo, 2003) simplifican que el apoyo social tiene aspectos como recibimiento de amor y afecto, ayuda cuando se está enfermo, consejos útiles cuando ocurre algún acontecimiento importante en la vida, recibir visitas de amigos y familiares, entre otros. También este concepto tiene relevancia ya que hace parte del afrontamiento con éxito de las dificultades que encontramos en nuestras vidas. Martínez, García ,Y Maya (2001) lo definen como muestra de un recurso positivo que, al ayudar a los sujetos a afrontar los retos del ambiente y la satisfacción de sus necesidades (emocionales, informativas y materiales), actúa protegiendo a los mismos de la depresión. En otras palabra Jiménez, Murgui y Musitu (2005) nos muestran que la disponibilidad de apoyo social actúa como un factor protector frente al desajuste psicosocial, mientras que su ausencia constituye un factor de riesgo. Conjuntamente (Hermida Y Stefani, 2011) consideran que la tensión y el estrés que un sujeto le genera enfrentar situaciones, cuyas demandas superan sus recursos internos y externos, las redes de apoyo social eficaces y percibidas del individuo amortiguan el impacto en la salud y genera un mayor bienestar subjetivo.

A consideración, una definición aceptables es la de (Gallar, 2006): El apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.). Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad. Según (Gallar, 2006) las principales redes de apoyo social: **a) Redes de apoyo social natural** como la familia, Amigos y allegados, compañeros de trabajo, vecinos y compañeros espirituales por ejemplo: parroquias. Estas redes de apoyo tienen como ventaja el hecho de que la ayuda que prestan es inmediata, y dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para personas enfermas y su cuidador. El inconveniente radica en que estas redes son improvisadas: dependen

básicamente de la cercanía de sus miembros y del tipo de relación afectiva previa. Así, por ejemplo, un sujeto que viva solo, sin familia cercana y que se lleve mal con sus vecinos, contará con un apoyo social natural precario o inexistente que además propiciará un mal afrontamiento de una enfermedad. **b) Redes de apoyo social organizado** donde están organizaciones de ayuda al enfermo o cuidador, seguridad social, empresa para la que se trabaja: muchas cuentan con sistemas organizados de ayuda al empleado, instituciones de acogida y organizaciones de voluntariado. A diferencia de las redes de apoyo natural, el apoyo organizado tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento; no depende de relaciones afectivas previas; y son accesibles para casi todos los individuos. Los inconvenientes son: la posible lentitud de su actuación, la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos.

Como características del apoyo social: Guarino y Sojo (2009) Presumen que el apoyo social es una diferencia individual, debido a historia de vida y formas de expresión, además de las características personales. Por otro lado (Millar y Darlington, 2002) identifican que la primera fuente de apoyo social es la familia. Y como complemento (Davies y Windle, 2000) consideran que el apoyo social de la familia es una fuente de recursos que permiten afrontar con éxito los cambios, además que el apoyo social proporcionado por los padres es vital para el desarrollo.

Para este trabajo de grado, el instrumento que mide el apoyo social es el Cuestionario del Estudio de Desenlaces Médicos de Apoyo Social (MOS) de los autores como Londoño, Rogersb, Castilla, Posada, Ochoa, Jaramillo, Oliveros, Palacio, Y Aguirre. (2012) para el cual hay especificaciones y clasificaciones en el apoyo social: **Red de apoyo social:** esta variable evalúa el número de personas que conforma la red de apoyo social (amigos y familiares), **Apoyo social emocional/informacional:** definida como el soporte emocional, orientación y consejos, **Apoyo instrumental:** caracterizado por la conducta o material de apoyo, **Interacción social positiva:**

caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas, y **Apoyo afectivo:** caracterizado por las expresiones de amor y afecto. Del mismo modo (Barrón y Sánchez, 2001). Sintetizan que los diferentes tipos de apoyo social, apoyo emocional y apoyo instrumental, ayudan a afrontar asuntos de la vida diaria las situaciones de crisis, además tienen un valor desigual, que reflejan diferentes funciones psicosociales y tienen diversos efectos sobre el bienestar y la salud mental.

Consideraciones como las anteriores, según (Barra, 2004) podría explicar porque el apoyo social proporciona al individuo un sentido de estabilidad, de predictibilidad y de control que lo hace sentirse mejor y percibir de manera más positiva su ambiente. Para finalizar las generalidades del apoyo social, la importancia de contar con una red de apoyo social radica no sólo en que permite crear una identidad social válida y proporcionar ayuda material o emocional en momentos de crisis, sino que también se ha vinculado estrechamente a bienestar psicológico (Thompson, Kaslow, Kingree, Rashid, Puett, Jacobs, y Matthews, 2000).

En el ámbito de la salud física el apoyo social percibido aumenta niveles de salud mental en los individuos (Barrón y Sánchez, 2001; Musitu y Cava, 2002; Wight, Botticello y Aneshensel, 2006), y propiamente (Park, 2004 en Ayyash-Abdo y Alamuddin, 2007) señalan que el apoyo social sirve para mantener y promover la salud mental y, generalmente, aquellos con menores niveles de apoyo, están en mayor riesgo de presentar problemas psicológicos. Asimismo se ha observado que las respuestas psicológicas físicamente adversas posteriores a un evento estresante, se mitigan con la presencia de apoyo social, mientras que si no se cuenta con éste, se pueden potenciar (Duvall y Pychyl, 2008). Un ejemplo específico de estudios de apoyo social relacionados con la salud señala que la percepción de apoyo social es una de las variables que mejor predice la adhesión al tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 (Göz, Karaoz, Goz, Ekiz y Cetin, 2007).

Adicionalmente otros estudios del apoyo social fuera de ámbito de la salud, que ayudan a su comprensión, son los de (Román Y Hernández, 2005) en lo académico señalan que, se ha encontrado que el apoyo social podría actuar como un potenciador en el logro de un desempeño satisfactorio de los estudiantes. Y en lo psicoeducativo (Morales, Fernández, Infante, Trianes, Y Cerezo, 2009). Proponen intervenciones basadas en el apoyo social de pares iguales que puede incrementar la satisfacción de las necesidades sociales y emocionales de los adolescentes discapacitados. Otro estudio que nos muestra datos específicos son los de (Matud, Aguilera, Rosario, Marrero, Moraza, Y Carballeira, 2003) que infirieron que un factor que parece ser importante en el apoyo social de la mujer maltratada que convive con el agresor es el nivel de estudios, habiéndose encontrado mayor apoyo estructural a mayor nivel de estudios. Y en un artículo (Bybee y Sullivan, 2002) reflexionan que el apoyo social ayuda a mitigar los efectos dañinos del maltrato a la mujer, pudiendo protegerla también de abusos posteriores, habiéndose planteado que las personas que apoyan a la mujer maltratada pueden proporcionarle acceso a oportunidades, apoyo emocional e información, que puede protegerle de la violencia y de las amenazas de sus agresores. Como último estudio comparativo en España se ha encontrado evidencia del efecto protector del apoyo social en las mujeres maltratadas por su pareja, con menos síntomas de estrés postraumático, ansiedad, depresión, mayor autoestima y menor inadaptación en las mujeres con apoyo social frente a las que carecían de éste (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasúa, 2002).

En relación con apoyo social y cuidadores informales de pacientes con demencia, (Fernández- Lansac y Crespo, 2011) aseguran que el apoyo social percibido por los cuidadores familiares de adultos mayores refleja la ayuda que este recibe y facilita el ajuste, aligera la carga objetiva y subjetiva de las demandas del cuidado, aumenta las experiencias emocionales satisfactorias, contribuyendo significativamente a su crecimiento personal.

Siguiendo con la anterior idea, sustenta, Bermejo (2004) que el grado de apoyo social que obtenga el cuidador informal de paciente con demencia, influirá sobre la calidad de vida del mismo y capacidad de resistencia. Se hace una diferencia entre apoyo informal que es el no remunerado y realizado por familiares, amigos, vecinos u organizaciones de voluntarios y el formal es el remunerado. Por otra parte autores afirman que en los cuidadores de paciente con demencia, las actividades sociales y el apoyo social se ven afectadas, no sólo porque el cuidador no dispone de tiempo libre, sino porque en muchos casos, no logra desconectarse emocionalmente de la situación de cuidado del paciente. García y Losada (2008). Otro estudio de Gallardo, Barón y Cruz (2012) consideró que los cuidadores informales de pacientes con Alzheimer, perciben en cuanto el apoyo social, tener pocas personas a quienes comunicar sentimientos y estados tensionales provocados por la situación del cuidado, asimismo no tener suficiente retribución afectiva por su labor, además recibir escasa ayuda por otros miembros de la familia en las labores hogareñas, siendo infrecuentes las ofertas de invitaciones a espacios de recreación por parte de familiares y amigos.

Adicionalmente Gallardo et al (2012) dijeron encontrar en aspectos de apoyo social una organización entre cuidadores y familiares, donde aprendieron patrones de comportamiento, por ejemplo no comentar sobre las enfermedades de sus miembros y asumir en familia los costos económicos y espirituales si alguien enfermaba. Finalmente Domínguez, Ruíz, Gómez, Gallego, Valero e Izquierdo (2012) consideraron el apoyo social percibido por los cuidadores, tiene un papel importante en la aparición de trastornos de ansiedad y depresión, encontraron en el estudio que cuanto menor es el grado de apoyo percibido, mayor es la frecuencia de ansiedad y depresión, en otra palabras a mayor apoyo social menor prevalencia de dichos trastornos.

Estrés

Como antecedentes del término Siachoque, Ibáñez, Barbosa, Salamanca y Moreno (2006) hacen una recapitulación: El término “estrés” fue introducido por el fisiólogo Walter Cannon para referirse a la reacción fisiológica provocada por la percepción de una situación adversa o amenazante. Tal como lo señaló Humber (1996), todas las ramas de la ciencia están de acuerdo en señalar que el término “estrés” fue tomado inicialmente de la física como un concepto técnico o abstracto que se refería a la acción de las fuerzas físicas sobre las estructuras mecánicas. El concepto actual indica que el estrés es producto de una activación fisiológica superior a la que el sujeto es capaz de afrontar Valdés (1990). Otra concepción la hace Gómez (2004) donde define el estrés como un fenómeno que surge en el proceso de encuentro entre una persona u organismo con una situación que se percibe como muy relevante en relación con ciertos objetivos, metas, expectativas (es cuando se dice que la situación se percibe como amenazante, peligrosa, retadora) y en la cual se percibe, además, la imposibilidad de lograr lo deseado. Esta imposibilidad surge de un desbalance entre las exigencias de la situación y los recursos de quien la enfrenta. El desbalance se puede presentar por falta de capacidades en el organismo para lograrlo, por falta de una interpretación adecuada de qué es lo que debe hacerse en la situación, o porque la situación es efectivamente incontrolable.

Aclarando Comín, de la Fuente y Gracia (2003) que el estrés es la energía para adaptarnos frente a situaciones. Nombran dos tipos de estrés, el primero: si la respuesta del individuo ante este estímulo es negativa y le produce angustia, malestar, decimos que padece: distrés o estrés negativo, y si por el contrario la respuesta es positiva y produce bienestar, alegría, etc, se denomina eustres o estrés positivo.

Finalmente en la conceptualización del término Weiss y Molitor (s.f) señalan que el estrés puede llegar a ser peligroso cuando interfiere en habilidades para poder vivir y más si este se

presenta por un período extenso de tiempo. Además se tiene como sensación la pérdida de control, la incertidumbre de lo que se va hacer, fatiga, falta de concentración e irritabilidad situaciones normalmente tranquilas.

Como alteraciones psicológicas del estrés Comín, de la Fuente y Gracia (2003) rotulan: Preocupación excesiva, falta de concentración, falta de control, desorientación, olvidos frecuentes, consumo de fármacos, bloqueos mentales, hipersensibilidad a las críticas, incapacidad de decisión, trastornos del sueño, posible adicción a drogas, trastornos afectivos, trastornos en la alimentación, cambios de personalidad, miedos, fobias y suicidios.

En los cambios fisiológicos del estrés, Weiss y Molitor (s.f) identifica reacciones naturales, tales como cambios físicos que afectan la salud, como sudar excesivamente con solo pensar o recordar un evento y aceleramiento de los latidos cardiacos. Estas reacciones son causadas por hormonas que los científicos creen ayudaron a nuestros antepasados a lidiar con las amenazas e incertidumbres del mundo en que vivían. Lo que Siachoque, Ibáñez, Barbosa, Salamanca y Moreno (2006) afirman por medio de un estudio: Los mecanismos fisiológicos y de comportamiento ofrecen posibles explicaciones. En el caso de los primeros, el estrés está asociado con la actividad de varios sistemas, entre ellos el eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal y al sistema nervioso simpático. La activación de estas dos vías se traduce en un aumento en la concentración sanguínea de ciertas hormonas, como el cortisol, la prolactina y las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina). La concentración de estas hormonas en la sangre depende del funcionamiento del sistema inmunitario.

También Weiss y Molitor (s.f) comentan que el desgaste físico por las reacciones del estrés a largo plazo pueden alterar el sistema inmunológico del cuerpo en formas que están asociadas con otras condiciones de envejecimiento como son la fragilidad, descenso en

funcionalidad, enfermedad coronaria, osteoporosis, artritis inflamatoria, diabetes tipo 2, y algunos tipos de cáncer. Las investigaciones también sugieren que el estrés imposibilita la capacidad del cerebro de bloquear ciertas toxinas y otras moléculas más grandes, potencialmente dañinas. Esta condición también es común en pacientes que sufren la enfermedad de Alzheimer. Tal cual como apoya Siachoque, Ibáñez, Barbosa, Salamanca y Moreno (2006) que muestran en un estudio que al existe relación entre la duración del estrés y la importancia de los cambios inmunitarios, de modo que cuanto más prolongado es el estrés, mayor es la disminución de ciertos tipos de leucocitos. Adicionalmente Weiss y Molitor (s.f) presemen que el estrés excesivo puede empeorar factores de riesgo existentes como la hipertensión y altos niveles de colesterol.

Por otra parte Gómez (2004) realizó un artículo con mujeres y sus diferentes roles, lo que arroja que el exceso de demandas y la falta de recursos en un rol o por el desempeño de varios roles simultáneamente puede ser una razón muy importante para que se genere estrés y eventualmente se presenten problemas de salud: por ejemplo, dificultades con el manejo del tiempo, demandas en uno de los roles que no saben manejar (sentirse incapaz), tener muchas cosas por hacer pero no contar con apoyo de colegas o de la pareja; en el contexto laboral tener muchas demandas y poco control sobre ellas es una de las más frecuentes fuentes de estrés. Lo que podemos relacionar con los cambios que pueden experimentar los cuidadores informales de pacientes con demencia, y su sobrecarga. Igualmente Gómez (2004) refiere que el exceso de demandas por atender y la falta de recursos adecuados o suficientes para hacerlo, es decir, condiciones generadoras de estrés, es otra de las razones importantes que explica las consecuencias negativas del desempeño de múltiples roles.

Ansiedad

Para Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García, y Oblitas (2008) la ansiedad es un mecanismo que funciona de forma adaptativa y pone en alerta el cuerpo ante estímulos o situaciones que son potencialmente agresoras o amenazantes, consideran también que la ansiedad normal es necesaria para realizar ciertas tareas y resolver problemas de un modo eficaz, lo que Becerra, Madalena, Estanislau, Rodríguez, Dias, Bassi, Chagas y Morato (2007) nombran desde la perspectiva evolutiva, que la ansiedad es un recurso fundamental de protección del individuo contra peligros físicos y sociales. Por otra parte para autores como (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 2002) al aludir a la ansiedad diferencian entre ansiedad estado y ansiedad rasgo la primera se refiere a un estado o condición emocional transitoria, caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión e hiperactividad del sistema nervioso autónomo; mientras que la ansiedad rasgo señala una propensión ansiosa estable o una tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras, que eleva la ansiedad estado. Y por último el concepto estándar del DSM IV (1994) la ansiedad como la preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses, y resulta difícil de controlar en el individuo. El DSM IV (1994) dispone que entre sus síntomas esta inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. Además los síntomas físicos de la ansiedad son malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

En un estudio que realizó el Ministerio de salud de la república de Colombia por Cruz, Serra, Gómez, Posada, Gómez, y Gómez (2003) Dieron datos de importancia respecto a la ansiedad, como que Colombia es el segundo país con prevalencia en todos los trastornos mentales

(trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos por abuso de sustancias y trastornos que comparten problemas con el control de impulsos) frente a Estados Unidos en primer puesto y Ucrania en el tercero, presentado en el Consorcio de la Encuesta Mundial de Salud Mental. Y como datos específicos respecto a la ansiedad, muestran que alrededor de 8 de cada 20 colombianos, 3 de cada 20 y 1 de cada 14 presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, por tipo de trastornos: Los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (19.3% alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo (15%) y los de uso de sustancias (10.6%). También el Min salud (2003) considero las regiones de Colombia donde existe prevalencia reportadas por trastornos de ansiedad en los últimos 12 meses, las cuales fueron Bogotá D.C. y la región Pacífica con en un (6.7%). Por ultimo diferenciaron que los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad son más frecuentes en las mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes en los hombres; además se encontró que tanto en hombres como en mujeres los factores asociados a la ansiedad están relacionados con ser fumador o ex fumador, tener antecedentes de haber tenido conflictos en la infancia con las personas que lo criaron y tener antecedentes de comorbilidad física. En mujeres también estuvo asociado el antecedente de haber tenido alguna experiencia situacional grave y en hombres, a mayores ingresos mayor posibilidad de sufrir un trastorno de ansiedad.

Por otra parte en la psicofisiológica, Contreras, Espinosa, Haikal, Esguerra, Polanía y Rodríguez (2005). Hablan de aspectos que la ansiedad influye que aparte de ser una experiencia emocional desagradable, es una respuesta o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto nivel del sistema nervioso autónomo, y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. de Piqueras et. al (2008) indican que la ansiedad como trastorno se refiere al desorden psicofisiológico que se experimenta ante la anticipación de una situación

amenazante, sea está más o menos probable, se caracteriza por la preocupación, anticipación, hipervigilancia, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control y la percepción de fuertes cambios fisiológicos cardíacos, respiratorios entre otros, estos mismos autores estima tres apuntes como indicadores de ansiedad patológica: Cuando el estímulo presentado es inofensivo y conlleva una completa respuesta de alerta, cuando la ansiedad persiste en el tiempo, superado lo meramente adaptativo y los niveles de alerta persisten y cuando los niveles de alerta y la ansiedad interrumpen el rendimiento del individuo y las relaciones sociales. Además Moreno, (2001) resalta que los principales síntomas del trastorno de ansiedad son motivo de sufrimiento en el ser humano.

Siguiendo con la idea anterior, los tipos de trastorno de ansiedad conforme el National Institute Of Mental Health (2008) son 1) trastorno de pánico, 2) agorafobia, 3) fobia social, 4) fobias específicas, 5) trastorno obsesivo-compulsivo, 6) trastorno por estrés agudo, 7) trastorno por estrés postraumático, y 8) trastorno de ansiedad generalizada.

En el área estructural la ansiedad actúa en los sistemas hipotálamo, hipofiso, suprarrenal y medula -suprarrenal ya que se activan significativamente durante la respuesta de ansiedad. Piqueras et al. (2008) resaltan que el área del cerebro asociada más a menudo con la ansiedad es el sistema límbico que actúa como mediador entre el tallo encefálico y la corteza cerebral. También Becerra et al. (2007) tiene en cuenta que la amígdala está alterada en el estado de ansiedad. Simultáneamente Barragan, Parra, Contreras y Pulido (2003) razonan que hay efectos a largo plazo de las situaciones prolongadas de ansiedad sobre el sistema fisiológico tales como trastornos cardiovasculares, dolores musculares, problemas digestivos, disfunciones sexuales y alimenticias. Y que varía y disminuyen las respuestas del sistema inmune y las defensas del organismo frente a las enfermedades. Finalmente Moreno, (2011) refiere que más síntomas frecuentes de la ansiedad son la irritabilidad, las náuseas, los vértigos, los temblores, las dudas

reiteradas, los mareos y las preocupaciones excesivas, adicionalmente el mismo autor expone que los indicadores de ansiedad puedan estar provocados por enfermedades físicas o por el consumo de fármacos, drogas o sustancias dietéticas.

Como elemento adicional Becerra et. al (2007) muestran en sus estudios la utilización de registros para medir la ansiedad tales como la conductancia de la piel, es decir el incremento en la actividad de las glándulas sudoríparas de las manos medible con un galvanómetro, nerviosismo y el aumento de la frecuencia cardíaca y magnitud (Estetoscopio y pulsómetros) de estas respuestas es considerado un indicador de ansiedad.

Otros factores de la ansiedad son los sociales, que Barragan et. al (2003) exponen son sucesos estresantes de la vida que desencadenan la vulnerabilidad biológica y psicológica de la ansiedad. La mayor parte es de naturaleza interpersonal (la muerte de alguien significativo, problemas laborales, entre otros) y presiones sociales como miedo a ser rechazado en un grupo. También es posible sufrir crisis de ansiedad en situaciones como volar en avión, subir a un piso elevado o entrar en un espacio muy reducido Moreno, (2011).

En cuanto a los cuidadores informales de pacientes con demencia, se muestra que la sobrecarga que soporta el cuidador, una vez superados los recursos disponibles, puede repercutir de forma negativa sobre su salud, destacando malestar psíquico principalmente ansiedad, como nos muestra en un estudio realizado por Ribas, Castel, Escalada, Ugas, Grau, Magarolas, Puig, Carulla y Pino (2000) que el 70% de los cuidadores tiene síntomas de ansiedad, seguido por los síntomas de depresión. Además este aumento de ansiedad puede ser provocada por implicaciones en la calidad de vida del cuidador, en aspectos como asertividad, expresión y manejo de rabia, resolución de problemas, auto cuidado, redes de apoyo, valoración de experiencia del cuidador y manejo del estrés como presume Castillo (2003) en sus talleres de psicoeducación. También

Domínguez, Ruíz, Gómez, Gallego, Valero e Izquierdo (2012) En un estudio con 294 cuidadores hubo una prevalencia de ansiedad en cuidadores informales del 53,44%. Lo que sustentan que el impacto de cuidar influye negativamente sobre la vida de los cuidadores tanto en sus actividades socio-laborales y familiares como la limitación del tiempo para dedicarse a sí mismos. Del mismo concluyen confirmando la estrecha relación entre el trastorno de la ansiedad y las personas que asumen la carga de cuidados de un paciente dependiente, aumentando la frecuencia de dichos trastornos a mayor grado de dependencia, es decir, a mayor necesidad de cuidados del enfermo, mayor prevalencia de dicho trastorno ansioso. Igualmente Castillo, Morales, Vázquez, Sánchez, Ramos Y Guevara (2008) Consideran que la experiencia de cuidado conlleva sufrimiento junto con sentimientos de abandono, ansiedad y dudas sobre la provisión de cuidados, Asimismo el estado emocional de los cuidadores en cuanto a la ansiedad reportan diversos síntomas como falta de concentración, ganas de llorar, tristeza, nerviosismo, tensión, fatiga, problemas para dormir, etcétera. Y por último en otro estudio de 122 cuidadores principales de pacientes, mayores de 65 años, con demencia. Los resultados arrojaron problemas físicos en este tipo de cuidadores como dolor articular cervicalgias, dorsalgias, insomnio, ansiedad, depresión, cefaleas, etc. Así mismo, los cuidadores informales consumen más analgésicos, quizá debido a que su umbral del dolor es más bajo, por la carga emocional que soportan, ya que el paciente demente no agradece esos cuidados, y esto puede llegar a ser frustrante para el cuidador provocándole además alteraciones que afectan a la persona en su totalidad. Valles, Gutiérrez, Luquin, Martín, y López (1998).

Depresión

Según el DSM IV (1994) la depresión es un trastorno de la personalidad y como síntomas están la sensación de tristeza o vacío, llanto, irritabilidad, falta de interés, Anhedonia, pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, agitación, enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de

energía, sentimientos de inutilidad o de culpa, falta de concentración y pensamientos recurrentes de muerte. Cinco o más síntomas en un periodo de más de dos semanas para diagnosticarse.

En datos según (OMS, 2012) la depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo, además la depresión afecta más a la mujer que al hombre, y señala que la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.

Como datos estadísticos y epidemiológicos el Ministerio de salud de la República de Colombia. (2011) expone que la depresión mayor se ubicó como la primera causa de carga de enfermedad para ambos sexos. Al discriminar por edades, el impacto en la población joven (de 15 a 29 años) es más frecuente. Y en Colombia, según los datos más recientes, 15% de la población colombiana tiene un trastorno del ánimo a lo largo de la vida (12.1% depresión mayor, 1.8% trastorno depresivo menor y 0.7% distimia), 6.9% en los últimos 12 meses y 2.1% en el último mes. (Estudio Nacional de Salud Mental, 2003).

Neuropsicológicamente el trastorno depresivo en algunos casos evidencia desajustes bioquímicos según Arango, Escoba, y Pimienta (2004) en los neurotransmisores o aminos endógenas como noradrenalina, adrenalina, serotonina y dopamina. También disminución de la densidad de receptores adrenérgicos en corteza cerebral y en estructuras límbicas, como la corteza del cíngulo, la corteza entorrinal y el hipocampo. Los mismos autores consideran que sin embargo estos cambios se expresan no sólo en el entorno de lo molecular, sino en los aspectos morfológicos, en la permanente formación y retracción de espinas dendríticas y en la estimulación o inhibición de la división celular en estructuras. Y Korczyn y Halperin (2009)

Considera además que en algunos estudios muestran observaciones de los cambios en la materia blanca, atrofia del hipocampo y liberación excesiva de corticoesteroides que puede tener un efecto neurotóxico. Adicionalmente otras influencias señalan que existen por factores externos implicados en la depresión como resultado de influencias genéticas, ambientales y psicosociales. (Achury Y Buitrago, 2009)

En el 2011 autores como López, Polo, Fernández, Chacón, Díaz y Chacón, consideran que la depresión es uno de los trastornos más comunes en jóvenes y adultos, con tendencia a la cronicidad y con un alto costo personal, económico y social. Idea similar a la de (Sánchez, Aparicio y Dresch, 2006) que refieren que la depresión es un indicador de la falta de ajuste emocional a la enfermedad crónica, además la depresión puede ser considerada como uno de los problemas de salud mental más común (Dowd, 2004), otra cifras según Essau y Chang (2009) la depresión mayor es uno de los trastornos más frecuentes en adolescentes y su prevalencia es del 0.5% en población mundial, siendo el problema de salud mental más significativo en este periodo de vida (Dopheide, 2006).

En estudios en general Restrepo, Vinaccia y Quiceno. (2011) señalan que la depresión constituye un factor de riesgo que vulnera la percepción de bienestar físico y emocional en el adolescente. Otro estudio donde el objetivo era establecer la prevalencia del estrés y la depresión con 40 cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar, en Colombia, hecho por Palacios y Jiménez (2008) dio como resultado la mayor prevalencia de la depresión en la población de cuidadores, que el estrés diario. De igual manera datos como los de (Horowitz & Reinhardt, 2000) han señalado que las personas que tienen un bajo sentido de autoeficacia parecen tener más riesgo de depresión, y por último la American Heart Association (2008) considera la depresión como uno de los seis campos de mayor impacto de discapacidad generados por la enfermedad cardiovascular.

En estudios de cuidador y depresión Rodríguez del Álamo (2002) muestran que la sobre carga del cuidador, se caracteriza por actitudes y sentimientos negativos hacia el enfermo; desmotivación; depresión-angustia; trastornos psicosomáticos; fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo; irritabilidad; despersonalización y deshumanización; comportamientos estereotipados con ineficiencia en resolver los problemas reales; agobio continuado con sentimientos de ser desbordado por la situación, lo cual finalmente se traduce en alto niveles de estrés. Como complemento el National Institute of Mental Health (2001), algunos cuidadores primarios experimentan durante algunos meses un estado general de tristeza de baja intensidad, mientras que otros un cambio negativo súbito e intenso en su estado de ánimo; por supuesto, esto está sujeto a las diferencias individuales y varía con el tiempo. La depresión puede persistir aun después de ingresar al paciente en un centro especializado, decisión que genera niveles de angustia altos. Si bien muchos cuidadores logran descansar y recuperarse, la soledad, los sentimientos de culpa y la supervisión de la atención que se le brinda en el centro al ser querido pueden ser nuevas fuentes de estrés. Y Mattos (2000), reflexiona que la depresión en cuidadores primarios está asociada con pobres niveles de funcionamiento social, profesional y familiar.

Como hallazgos de la relación entre depresión cuidadores informales de personas con demencia, un estudio afirma que los cuidadores suelen sentir depresión y distanciamiento emocional con y por el paciente, lo que conduce al empeoramiento de la calidad de vida del cuidador afectando sus relaciones sociales, amistades, intimidad y la libertad misma (Llibre, 2002). También en los cuidadores de persona con demencia Mahoney, Regan, Ktona y Livingston (2005) estudiaron una muestra de 153 cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer, entre quienes hallaron que el 10.5% presentaba depresión; asimismo, reportaron su salud como mala y expresaron pobreza en sus relaciones sociales. Por último y siguiendo con lo anterior, los cuidadores informales de paciente con demencia según Ávila, García, y Gaitán

(2010) como patrón tipológico o perfil es un predominio de mujeres. Y en el mismo estudio frente a la depresión, se identificó que los cuidadores con más tendencia a presentar manifestaciones anímicas negativas son aquellos con un bajo nivel de escolaridad bajo y que, en correspondencia con ello, muestran un bajo nivel ocupacional o intermitente, y el cuidado es la actividad que consume gran parte de su tiempo, además labores dedicadas a las al hogar y regularmente la relación es paternofilial con el paciente. Sin embargo (Ávila et .al 2010) Consideran que el constructor de forma general, las habilidades del cuidador identificadas fueron conocimiento, valor y paciencia.

Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto que no tiene consenso en los diferentes autores, tal como expresa Campbell y cols (1976) citado por Grau (2002) “Calidad de vida es una entidad vaga y etérea, algo de lo que todo el mundo habla, pero que nadie sabe exactamente de qué se trata. A tal punto ha llegado su indistinción”. Sin embargo algunas definiciones son: Según Ardila (2003) expone que la calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social, que además incluye aspectos como la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud, y como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida. En otras palabras. Pinikahana, Hapell, Hope y Keks (2002) señalan que las dimensiones de la calidad de vida son: salud física y emocional, bienestar psicológico y social, cumplimiento de las expectativas y objetivos personales, seguridad económica y capacidad funcional para desarrollar de forma normal las actividades de la vida diaria. Lo que también Ávila (2013) llama 5 dominios principales: el bienestar físico (como salud, seguridad física), bienestar material (privacidad,

alimentos, vivienda, transporte, posesiones), bienestar social (relaciones interpersonales con la familia, las amistades, etcétera), desarrollo y actividad (educación, productividad, contribución) y bienestar emocional (autoestima, estado respecto a los demás, religión). No obstante Ávila (2013) también considera que es importante comprender que la respuesta a cada uno de estos dominios es subjetiva y tan variable gracias a la influencia de factores sociales, materiales, la edad misma, la situación de empleo o a las políticas en salud. Por ultimo en la definición del concepto (Alvarez-Ude, 2001; Badia y Lizán, 2003;) señalan que la calidad de vida es del individuo a modo de evaluación, relacionada con el grado de funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal para realizar las actividades cotidianas, así como el bienestar emocional y la percepción general de la salud.

Otros autores añaden a las definiciones anteriores el aspecto espiritual: Vinaccia y Orozco (2005) definen que la calidad de vida abarca aspectos como el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. Donde el bienestar físico es la actividad funcional que implica fuerza o fatiga, sueño y reposo, dolor y otros síntomas. Respecto al bienestar social esta las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. Además el bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Siguiendo con Vinaccia & Orozco (2005) como ultima área implicada en la calidad de vida está el bienestar espiritual que abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior.

Por otra parte en estudios acerca de calidad de vida se ha identificado la frecuencia al hablar pacientes con problemas mentales, en especial en el de las personas viviendo con esquizofrenia, trastornos bipolares o retardo mental (Verdugo, Schalock, Keith & Stancliffe, 2005). Sustentos que Ávila (2013) entiende como que la enfermedad y su tratamiento pueden

afectar el bienestar psicológico, social y económico de las personas, así como su integridad biológica. De esta forma, la mejoría de la calidad de vida en los pacientes puede lograrse ya sea curando la enfermedad o mejorando los síntomas por un período largo o evitando daños ya sea por errores de los profesionales de la salud o por la presencia de efectos secundarios a los fármacos.

Ahora bien, la Calidad de vida y Calidad de vida relacionada con la salud, según Quiceno & Vinaccia (2008) se diferencian ya que mientras que en la CV hace énfasis sobre los aspectos psicosociales sean estos cuantitativos y/o cualitativos del bienestar social y del bienestar subjetivo general, en la CVRS se da mayor énfasis a la evaluación de parte del individuo de las limitaciones que en diferentes áreas biológicas, psicológicas y sociales le ha procurado el desarrollo de una determinada enfermedad y/o accidente.

Así que, la calidad de vida relacionada con la salud que es según Schwartzmann (2003) Es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal a nivel: fisiológico (sintomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), y social (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras). Igualmente la calidad de vida relacionada con la salud, refiere Schwartzmann (2003) que tiene que ver con la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores, creencias, su contexto cultural e historia personal. Además (González & Lobo, 2001) expresan la calidad de vida relaciona con la salud, en términos de bienestar, como un proceso dinámico y cambiante, que varía según el sistema de valores de los individuos. Por otra parte, evaluar la calidad de vida

relacionada con la salud permite también conocer cómo los individuos y grupos enfrentan los factores que amenazan su salud, y como responden a los tratamientos para restablecerla (Castillo & Arocha, 2001). Adicionalmente Ávila (2013) señala que al medir la calidad de vida en la salud sirve para establecer un pronóstico. Es bien conocido que los pacientes que inician un nuevo tratamiento y se perciben con una mejor calidad de vida tienen grandes posibilidades de tener un mejor desenlace en comparación con aquellas personas que no tienen esa percepción. Es así que la calidad de vida relacionada con la salud puede ser el reflejo de los riesgos y beneficios de nuevos tratamientos así como del impacto de la enfermedad y de su tratamiento sobre el individuo.

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud y los cuidadores informales se aprecia que debido esencialmente al envejecimiento de la población y al incremento de enfermedades degenerativas, cada vez hay más cuidadores que ocupan esta posición durante más tiempo (Casado y López, 2001). Además Crespo y López (2006) consideran que la vida del cuidador en la mayoría de las ocasiones se organiza en función del enfermo, y los cuidados atencionales que tienen que hacerse compatibles con las actividades de la vida cotidiana. Lo que demuestra que la calidad de vida se afecta por la alteración o posición inesperada y asumida por parte del cuidador informal. También Dellman-Jenkink, Blankemeyer, y Pinkard (2011) exponen que no son las atenciones las que se adaptan al horario de los cuidadores sino que todo el horario se adapta en función del enfermo al que se atiende: horario laboral, de comidas, de vacaciones, etc. Más los cuidadores prestan atención emocional al familiar del que están dependiendo, le hacen compañía, escuchan sus inquietudes, se encargan de supervisar que se encuentre bien, a gusto y dar tranquilidad entre otros, sin importar muchas veces sus propios sentimientos. Roca, Úbeda, Fuentelsaz, López, Pont, García y Pedreny (2000); Mateo, Millán, García, Gutiérrez, Gonzalo y López (2000). Todo lo anterior marca la pauta de obstrucción a la fluidez de calidad

de vida del cuidador informal, ya que al tener que organizar su vida propia a la del paciente dependiente liga las actividades de ocio, dedicación propia, expresión de motivacional y demás. Con referencia a la esfera psíquica, López, Orueta, Gómez, Sánchez, Carmona y Alonso, 2009) verifican en su estudio que los procesos alterados con frecuencia en cuidadores de personas con dependientes, la ansiedad y depresión y de síntomas como alteraciones del sueño, apatía y/o irritabilidad. Estos mismos autores señalan que todo lo anterior pone en evidencia la necesidad de implementar actuaciones multidisciplinarias encaminadas a apoyar a los cuidadores tanto de forma preventiva como de soporte, siendo necesario adaptar las intervenciones a las características y necesidades específicas de cada cuidador

Ahora el cuidar de una persona con demencia, supone tener tareas que desbordan con frecuencia las posibilidades reales de cuidador informal, tareas o demandas que son continuamente cambiantes, de modo que lo que hoy me sirve mañana quizás no, por ejemplo ayudar a desplazar con un andador. El Deterioro o dificultades de las capacidades del ser querido en este caso del paciente con demencia, son elementos de estrés del cuidador durante largo tiempo, esto afecta notablemente su calidad de vida ya que todos los días son desafiantes de sus recursos (Crespo y López, 2001) También (Roca et al. 2000 ; López, et al. 2009) Hablan que en numerosas ocasiones la salud del cuidador informal de paciente con demencia específicamente con Alzheimer, se ve alterada o deteriorada, como dolor de cabeza, cansancio trastornos del sueño y problemas osteomusculares, ahogos, fracturas, esguinces y dolor de espalda. Que (Bandia, Lara Y Rose, 2004) presumen como índices del deterioro del estado o calidad de vida del cuidador junto con la del paciente. Así mismo, Inouye, Silva, Lost Y Yoshie (2009) sintetizan lo anteriormente dicho: Los cuidadores sobrecargados y desgastados tienen el mantenimiento de la calidad de vida amenazada debido al estrés proveniente de la responsabilidad de cuidar, sentimientos de impotencia, problemas de salud y cansancio e irritabilidad. Finalmente en otro

estudio de cuidadoras de pacientes con demencia, De La Cuesta, C. (2009) señala que descansar también es un proceso emocional que implica el empeño del cuidador en crear condiciones emocionales que posibiliten su descanso. En una población de 17 cuidadoras de pacientes con Alzheimer , los datos indican que para descansar hay que tener el ánimo de hacerlo, por ello, los cuidadores se esfuerzan, lo intentan y tratan de ponerse en la mejor disposición y aprovechar la oportunidad de descansar aunque no siempre lo logren completamente. Lo que deduce que físicamente no tiene una compensación equilibrada, lo que afecta su calidad de vida en todos los ámbitos.

Modelo Biopsicosocial

Para hablar del modelo biopsicosocial se toman varias comprensiones entre ellas las de Short, (2006) que habla del inicio de este, el cual fue creado, en 1977 por George L Engel que un escrito titulado "La necesidad de un modelo médico nuevo: un reto para la Biomedicina" dio pie a la creación de este. Afirmando la necesidad de integrar un nuevo modelo, por la presunta crisis de la psiquiatría y la medicina, donde se reducen a la enfermedad biológica/ somática patología, sin tener en cuenta los factores psicosociales que causan y contribuyen a la enfermedad. En la definición del concepto Borrell, F (2002) precisa que el modelo biopsicosocial como el que reconoce al paciente como sujeto activo del proceso asistencial, y se adapta a sus requerimientos personales y culturales para darle la mejor atención posible. En otras palabras el modelo asume el paciente como sujeto no como objeto del proceso asistencial. Además desde esta perspectiva se insiste en interpretar el proceso de enfermar a través de la subjetividad del paciente. Otra apreciación es la de Hatala, (2012) que indica que el modelo biopsicosocial tiene en cuenta posiciones biológicas como la predisposición genética, psicológica o de comportamiento como estilos de vida y creencias de salud, y factores sociales tales como relaciones familiares, estado socioeconómico, y apoyo social, que son consideradas etapas de la patogénesis y la etiología de

la salud. Este mismo autor dice que en la actualidad, la Asociación Psiquiátrica Americana y la Junta Americana de Psiquiatría y Neurología, adoptaron el modelo biopsicosocial así como varias facultades de medicina, psiquiatría y programas de postgrado de psicología de la salud en todo el norte América y Europa.

Volviendo al primer autor Short, (2006) también muestra que el modelo biopsicosocial propone un enfoque psiquiátrico más integrado a los pacientes, asumiendo factores biológicos y psicosociales que son primordiales al entender una enfermedad o sufrimiento humano. Short, (2006) señala que Engel, propuso seis características de un nuevo modelo médico que incluía elementos psicosociales, sin dejar los avances de la biomedicina.

1. La utilización de la patología bioquímica para destacar el motivo de la enfermedad.
2. Utilización del enfoque científico y racional para recoger y analizar en los pacientes circunstancias biológicas, psicológicas, culturales y sociales.
3. Reconocimiento por parte del modelo de las variables psicosociales influyen en la aparición y desarrollo de la enfermedad.
4. La existencia de factores psicosociales que influyen en la forma en que los pacientes son vistos por los demás y cómo ven a sí mismos.
5. El tratamiento racional debe resolver más de anormalidad bioquímica.
6. Basarse en que la relación médico-paciente influye directamente en el resultado global, para bien o para mal, y el médico debe ser a veces tanto educador y psicoterapeuta.

Este autor quiso especificar que un médico podría reconocer las interacciones sistémicas entre los diferentes niveles de la organización, incluidas las moléculas, células, órganos, el organismo, la persona, la familia, la sociedad y la biosfera. Además sugiere que cada nivel de organización requiere su propio estudio, ya que cada nivel tiene sus propias características únicas, emergentes. Adicionalmente refiere que el médico biopsicosocial orientado haría evaluar diferentes niveles como comunidad, familia, aspectos interpersonal (médico-paciente), persona (paciente), el sistema nervioso, otros sistemas de órganos, tejidos, células y moléculas, para comprender las posibles fuerzas psicosociales estabilizadores que podrían optimizar la recuperación o factores de desestabilización que podrían impedir la recuperación biológica.

Del mismo concepto Borrell, F (2002) hace una distinción entre modelo biopsicosocial, versión abierta y modelo biopsicosocial, versión fuerte, la primera es el modelo biopsicosocial es una perspectiva útil para la ciencia médica pues ayuda a considerar todo el espectro de la complejidad humana, pero debe estar constantemente abierta al método científico para cada afirmación que haga. En la clínica práctica las creencias del paciente tienen sobre todo interés para la relación asistencial, pero no deben –como norma general– separarnos de una práctica guiada por las evidencias científicas. Y la segunda el modelo funda un nuevo paradigma en la ciencia médica, basado en modelos de causalidad circular, donde todas las variables biopsicosociales tienen un peso similar. En la práctica clínica la toma en consideración del paciente como sujeto del cuidado nos lleva a reinterpretar sus síntomas a partir de su narrativa, en un proceso de revelación etiológica que en sí misma es terapéutica. Adicionalmente, en el artículo de Short, (2006) comentan que el modelo biopsicosocial pueda que pierda utilización ya que en la psiquiatría se mueve cada vez más hacia la neuropsiquiatría.

Finalmente, Laham, (s.f) directora del portal psicología de la salud, aporta un gráfico que ayuda a comprender la diferencia que existe entre el modelo biomédico y el modelo Biopsicosocial.

Tabla 1. Explicativa del Modelo Biomédico y Modelo Biopsicosocial.		
	Modelo Biomédico	Modelo Biopsicosocial
Concepto de Enfermedad	La enfermedad es causada por un desorden en el funcionamiento corporal.	La enfermedad está determinada por un conjunto de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, que interaccionan de modo complejo y único en cada persona.
Concepto de Salud	La salud es la ausencia de signos objetivos y/o síntomas subjetivos de funciones corporales inadecuadas.	La ausencia de enfermedad es una condición necesaria pero no suficiente de la salud. La salud involucra también un funcionamiento óptimo en los niveles psicológicos y sociales.
Rasgos del Modelo	Dualismo mente-cuerpo Mecanicismo: cuerpo=máquina Reduccionismo: de los factores psicosociales a factores orgánicos. Negativismo: enfoque en la enfermedad y no en la persona.	Multifactorial: en la complejidad e interacción de factores de riesgo. Concepción integrada de lo psíquico y lo biológico. Orientación tanto hacia la salud como hacia la enfermedad.
Ventajas	Desarrollo farmacológico. Educación popular sobre medidas higiénicas. Desarrollo de métodos diagnósticos más precisos. Desarrollo de técnicas quirúrgicas.	Mayor comprensión del desorden patológico, con mayor poder explicativo. Desarrollo más amplio en Prevención Primaria de la enfermedad. Rehabilitación integral de la persona coronaria, enfocada en mejorar su calidad de vida.
Desventajas	Preponderancia de una visión curativa sobre una visión preventiva de la enfermedad. Adopción de un rol pasivo frente a la enfermedad que conlleva una pobre responsabilidad frente a la salud. Preocupación excesiva en la duración de la vida en detrimento de la calidad de vida.	Exige un mayor intercambio interdisciplinario. La conformación de equipos de salud multidisciplinarios, para la prevención y rehabilitación de la enfermedad. Dificultades teóricas y empíricas en la consideración de los factores de riesgo, según las diferentes posturas teóricas disciplinarias. Peligro de un relativismo en el análisis de los factores que determinan la salud y la enfermedad.

MARCO INTERDISCIPLINAR

Como punto de convergencia entre la psicología de la salud y la medicina, en un artículo titulado “Medicina del estilo de vida: la importancia de considerar todas las causas de la enfermedad”, fue hallado las siguientes consideraciones.

La medicina del estilo de vida es una disciplina clínica basada en los hechos («evidencia») que se ocupa de las intervenciones y prevención de la enfermedad (disminución del riesgo) sobre el estilo de vida que afectan a la salud y a la calidad de vida. Mora (2011) afirma que el estilo de vida específico significa la elección consciente o inconsciente de un tipo de comportamiento u otro y puede influenciar sobre los mecanismos biológicos fundamentales que conducen a la enfermedad: cambios en la expresión genética, inflamación, estrés oxidativo y disfunción metabólica. Además que el estilo de vida no es solamente un tema de salud pública, es también de gran relevancia clínica en el manejo terapéutico actual de la enfermedad, y en especial de las patologías crónicas como la enfermedad coronaria, los accidentes vasculares cerebrales, la hipertensión, la hipercolesterolemia, la obesidad, la diabetes, la EPOC, muchos tipos de neoplasias, la osteoporosis, los dolores musculares y de espalda, las cefaleas, el estreñimiento, las patologías alérgicas, las enfermedades de transmisión sexual, la infertilidad, la disfunción eréctil, y muchas de las enfermedades mentales, entre otras, que son condiciones de salud directamente relacionadas con el estilo de vida. También tienen en cuenta todas las causas anteriores a la enfermedad y al riesgo de enfermar, desde todos los niveles de causalidad. Otra autora Martin (2003) señala que la medicina conductual comenzó como una continuidad del modelo de psicología médica, y destaca el papel de los comportamientos aprendidos en el origen y manifestaciones de las enfermedades y busca medios a través de los cuales los cambios en el comportamiento pueden desempeñar una función útil en el tratamiento y la prevención de enfermedades. En último lugar Ortiz y Ortiz (2007) hablan que la relación de la medicina y la

psicología de la salud, se puede manifestar en la adherencia terapéutica que involucra a todos los profesionales de la salud, por ende la psicología de la salud proporciona un cuerpo de teorías y modelos conceptuales que han demostrado ser útiles para el pronóstico e intervención sobre la conducta de adherencia, tales como la teoría social cognitiva, la teoría de la acción razonada, el modelo de creencias en salud el modelo transteórico y el modelo de información-motivación-habilidades conductuales.

Otra disciplina que pudiese encontrar puntos en común con la psicología de la salud es la enfermería, así lo muestra Balbas (2005) con el tratamiento de los pacientes dependientes con la enfermedad de Alzheimer. Los profesionales en enfermería están dispuestos a prestar atención global asistencia no sólo al afectado, sino también a sus familiares y sobre todo al su cuidador principal, esto ocurre tanto desde la atención primaria (cuidados específicos en función de la fase evolutiva de la enfermedad, tanto en el Centro de Salud como en el propio domicilio del enfermo) como desde la atención especializada (centros de día, residencias, hospitales de día, unidades de demencia, etc). El mismo autor, Balbas (2005) considera que la enfermería como profesión cuenta con estrategias terapéuticas que permiten controlar, modular o paliar muchos de los problemas a raíz de la enfermedad, asimismo el enfermo de Alzheimer va a poseer una serie de necesidades alteradas que precisan ser tratadas, y en general no existen fármacos específicos ni intervenciones quirúrgicas que las palien, sino que se tratan con cuidados de larga duración. Estos cuidados son dirigidos por parte de la enfermería para proporcionar bienestar al enfermo y a su familiar, cuidar para añadir calidad a la vida, cuidar para impedir el sufrimiento y el dolor, cuidar para vivir y morir dignamente. Conjuntamente, en esta misma disciplina Vargas (2012) fundamenta en un artículo que también hay intervenciones de enfermería en la atención de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer centrados en aspectos de la calidad de vida de esta población. Incluso la enfermería tiene el potencial de participar no solo desde la práctica clínica y

comunitaria, sino desde los roles en educación, investigación y política pública. Por ende las intervenciones de enfermería al cuidador familiar del paciente con Alzheimer, se centran en cuatro áreas: la información y educación sobre la enfermedad de Alzheimer, el cuidado del enfermo, los recursos de apoyo disponibles y el cuidado de sí mismo. Lo que en psicología de la salud es prevención y promoción. Siguiendo con Vargas (2012) la enfermería ayuda al reconocimiento por parte del cuidador de su nuevo rol y de las implicaciones tanto positivas como negativas que pueden generarse como consecuencia de esta labor, y la forma de abordarlas. La enfermera(o) debe dar a conocer al cuidador sus derechos, instarlo al reconocimiento de sus propias necesidades y de síntomas de dolor, tristeza, insomnio, cansancio o estrés de forma oportuna, apoyarlo en el establecimiento de estrategias de acción para la disminución de la sobrecarga física, psicológica y social, para lo cual una de las estrategias más efectivas consiste en el fortalecimiento de estilos de vida saludables en áreas nutricionales, de actividad física, de manejo del estrés, de asistencia médica y de soporte interpersonal para el mantenimiento de su salud. Finalmente en el artículo, la calidad de vida del cuidador del paciente con Alzheimer es el resultado de la interacción del tipo de enfermedad que se padece y de su evolución, de la personalidad del cuidador, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad en el paciente.

En el ámbito de la neurología y la psicología de la salud, Annicchiarico, Gutiérrez, y Pérez (2013) expone que uno de los objetivos de la ciencia psicológica y de las neurociencias en general es ayudar a aliviar el sufrimiento humano. Una de las causas de dicho sufrimiento es que algunos sujetos pueden experimentar desórdenes mentales. También existen otro tipo de desórdenes que, aunque no mentales, pueden ser mejor comprendidos si se entiende cómo funciona el cerebro. Los desórdenes mentales estudiados con un enfoque neurocientífico van

desde aquellos que se destacan por presentar características de psicosis, trastornos del estado de ánimo, demencias y retardo mental, entre otros. Adicionalmente Naranjo (2010) destaca en un artículo los desastres naturales y las bases neurales, estructurales y neurobioquímicas que están inmersas en los mecanismos de resiliencia humana individual y colectiva. Por ende el tema principal son las personas poco o no resilientes que padecer frecuentes y muy intensos episodios de reactivación de la memoria conciente del momento estresante como pensamientos compulsivos e intrusivos, y los sujetos pro-resilientes que son los capaces de sobreponerse y superar los momentos de dolor emocional o contratiempos e incluso, salir fortalecidos de la experiencia negativa con evidente firmeza de ánimo.

Naranjo (2010) fundamenta que las bases neurobiológicas y neurobioquímicas que subyacen como fundamentos de los cambios mentales que acompañan a la conducta resiliente, son en diversas regiones cerebrales relacionadas con circuitos neuronales que conforman bases neurales estructurales y funcionales de la memoria y la vigilia, los cuales se reactivan de manera autónoma, para sustentar los recuerdos. También interviene la neocorteza cerebral y a nivel subcortical, el complejo amigdalino, el hipocampo y el locus cerúleo; y en la neuroquímica, las personas resilientes han precisado algunas de las sustancias hormonales y neurotransmisoras del importante eje cerebro-hipotálamosuprarrenal-gonadal. Tales hormonas como el cortisol, relacionado con los estados de alerta, vigilia y atención focalizada, que atenta contra el comportamiento resiliente cuando se encuentra en concentraciones elevadas en el organismo. El exceso de cortisol perjudica el desarrollo normal, la reproducción y la respuesta inmunológica, también la testosterona es muy afectada por los procesos de estrés. Las situaciones de sufrimiento psicológico se acompañan de bajos índices de testosterona en sujetos de ambos sexos y esto provoca una reducción de la capacidad atencional, disminución de la proactividad y merma la autoconfianza, junto a la pobre asertividad, estados de ánimo con predominio de la depresión con

dificultad para ejercer el pensamiento colateral, paralelo a disfunciones sexuales y poca creatividad. Naranjo (2010) sigue con la di-hidro-epi-androsterona (DHEA) que tiene la cualidad de inhibir las sobreexpresiones de glutamato y cortisol (glucocorticoides en general), además de disminuir la actividad del colesterol, por lo que es proresiliente de forma directa e indirecta al servir de mecanismo también preventivo de afecciones cardiocirculatorias y cerebrovasculares. Finalmente la galanina que protege contra la isquemia a la mayoría de los sustratos anatomofuncionales involucrados con la resiliencia. Se produce en el intestino y al distribuirse mediante el sistema circulatorio, alcanza el encéfalo con preferencia por el complejo amigdalino, el hipocampo, el locus cerúleo y la zona prefrontal de ambos lóbulos cerebrales.

MARCO NORMATIVO/ LEGAL

Se considera importante resaltar el papel fundamental de las siguientes leyes para mejorar la comprensión de la salud mental en Colombia.

En la constitución política de 1991, se preside la salud en el artículo 49 (modificado el 21 de diciembre del 2009) donde se plasma que se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Y que el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas.

La ley 1616 de 2013. Ley de salud mental. Refiere en el artículo 1, que es la ley que garantiza el derecho a la Salud Mental de la población colombiana, por medio de la promoción y prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Además se establecen los criterios de política

para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental.

Es de importancia reconocer los siguientes artículos, ya que muestran que las instituciones (Neurobix, Afacol y Transmesis) donde se aplicó el trabajo de grado estas adheridas a la ley (Título I, art.6, numeral 1 y Título I, art.6, numeral 3) Donde constan de servicios especializados de salud mental hacia las personas que padecen de Alzheimer y cuidadores informales y formales, por lo tanto existe la atención especializada e interdisciplinaria, donde hay integrantes de diferentes disciplinas entre ellos psicología, fonoaudiología, trabajo social, terapia ocupacional, medicina, neuro-psicología y enfermería (Capítulo II, art.18-Título VI, art.28)

Título II, Artículo 6, numeral 1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.

Título II, Artículo 6, numeral 3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.

Capítulo II, Artículo 18. Equipo Interdisciplinario. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Salud Mental públicas y privadas, deberán disponer de un equipo interdisciplinario idóneo, pertinente y suficiente para la satisfacción de las necesidades de las personas en los servicios de promoción de la salud y prevención del trastorno mental, detección precoz, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud. Los equipos interdisciplinarios estarán conformados por Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Terapia Psicosocial, Médico General, entre otros profesionales, atendiendo

el nivel de complejidad y especialización requerido en cada servicio de conformidad con los estándares que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Título VI, artículo 28 Asociaciones de personas con trastornos mentales, sus familias o cuidadores. Sin perjuicio del ejercicio de la libertad de asociación establecida en la Constitución Política, las asociaciones, corporaciones o fundaciones de personas con trastornos mentales, sus familias o cuidadores harán parte de las redes o grupos de apoyo para la promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental de conformidad con lo previsto en el artículo 13 de la presente ley.

La ley 1306 de 2009. La protección de personas con discapacidad mental. Decreta que
Artículo 1. La presente Ley tiene por objeto la protección e inclusión social de toda persona natural con discapacidad mental o que adopte conductas que la inhabiliten para su normal desempeño en la sociedad.

Con esta ley se pretende señalar las disposiciones que debe tener un cuidador, en este caso de una persona con Alzheimer. Las principales son el establecimiento del cuidador que preferiblemente sea un familiar o allegado a la familia y que además brinde las condiciones óptimas para mantener a una persona con deterioro mental en una residencia (art.1) También resaltan el derecho a la rehabilitación y tratamiento oportuno, actividad que cumple los tres sitios de aplicación, además de fomentar la inclusión y participación en diferentes espacios (art.11) Adicionalmente se habla de la parte jurídica (art.15) y se relaciona con la carga al cuidador ya que es el responsable de procedimientos como retirar plata mensualmente de una persona pensionada, cancelar o pagar deudas, manejar escrituras de adquisiciones, entre otros. Finalmente se plantea la residencia de la persona con discapacidad mental (art.19) y esto implica que el cuidador si no vivía con él o ella debe modificar su estadía y tiempos a dedicar, además de

colocarse de acuerdo con las demás personas que estén alrededor de la persona con Alzheimer. Por lo anterior se puede deducir que los cuidadores, pueden llegar a tener niveles altos de estrés, ansiedad y depresión, que conllevaría a una sobrecarga, más presuntamente en las fases de inicio de la enfermedad de Alzheimer.

Capítulo I, Artículo 6°. La función de protección: La protección del sujeto con discapacidad mental corresponde y grava a toda la sociedad, pero se ejercerá de manera preferencial por:

b) El cónyuge o compañero o compañera permanente y los demás familiares en orden de proximidad, prefiriendo los ascendientes y colaterales mayores y los parientes consanguíneos a los civiles.

El encargado de la protección de la persona, sujeto con discapacidad mental deberá asegurar para éste un nivel de vida adecuado, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda apropiados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad.

Artículo 11. Salud, educación y rehabilitación: Ningún sujeto con discapacidad mental podrá ser privado de su derecho a recibir tratamiento médico, psicológico, psiquiátrico, adiestramiento, educación y rehabilitación física o psicológica, proporcionales a su nivel de deficiencia, a efecto de que puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.

La recreación, el deporte, las actividades lúdicas y en general cualquier actividad dirigida a estimular el potencial físico, creativo, artístico e intelectual son inherentes a las prestaciones de

salud, educación y rehabilitación. En el cálculo de las prestaciones alimentarias, congruas o necesarias, se incluirán los costos que demanden las actividades de salud, educación y rehabilitación aquí previstas.

Capítulo II, Artículo 15. Capacidad jurídica de los sujetos con discapacidad: Quienes padezcan discapacidad mental absoluta son incapaces absolutos. Los sujetos con discapacidad mental relativa, inhabilitados conforme a esta Ley, se consideran incapaces relativos respecto de aquellos actos y negocios sobre los cuales recae la inhabilitación. En lo demás se estará a las reglas generales de capacidad.

Artículo 19. Domicilio y residencia: Los sujetos con discapacidad mental absoluta tendrán el domicilio de su representante legal o guardador. La persona con discapacidad mental fijará su lugar de residencia si tiene suficiente aptitud intelectual para ese efecto y no pone en riesgo su integridad personal o la de la comunidad, en caso contrario la residencia será determinada por el guardador, salvo que las autoridades competentes dispongan en contrario.

MARCO INSTITUCIONAL

El trabajo investigativo se llevó a cabo en tres instituciones de la ciudad de Bogotá D.C, Colombia. Las cuales brindaron el espacio para aplicar el trabajo de grado y socialización de resultados a los cuidadores informales de personas con Alzheimer: La Fundación Acción Familiar Alzheimer Colombia es una entidad de beneficio social, sin ánimo de lucro, con el objetivo fundamental de brindar información, capacitación, orientación y apoyo a quienes cuidan de las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer. AFACOL Cra. 13 No. 78 – 97 /Teléfono: 218 1492.

Instituto Neurobix, realizan rehabilitación cognitiva teniendo programas como danzaterapia, kinesiología, arteterapia, ludoterapia, laborterapia y musicaterapia. Lo anterior con la intención de estimular la memoria de corto plazo, la memoria de trabajo y la concentración que suelen deteriorarse con la enfermedad de Alzheimer. Av. Cr. 72 N° 127 B 48/ Teléfono: 8018452.

Centro día Trasmnesia, se encarga de atención terapéutica, especializada en la atención integral a las personas mayores con trastornos cognoscitivos y de memoria, enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Mediante la ejecución de actividades cognoscitivas, socioafectivas, sensoriomotoras, musicales y de reminiscencia buscan mantener las habilidades del adulto mayor para optimizar la calidad de vida. Carrera 72 C N°. 23 D 22 /Teléfono. 295 06 87.

ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Como revisión de los trabajos de investigación que se han presentado en la Universidad Santo Tomás y pueden tener relación con el tema de investigación propuesto actualmente, son *Estrategias de afrontamiento y calidad de vida percibida en cuidadores de niños con discapacidad cognitiva*, realizada por (González, 2012) Buscaron identificar estrategias de afrontamiento y calidad de vida en cuidadores primarios familiares de niños con discapacidad cognitiva, utilizaron cuestionario de salud SF-36 y el cuestionario de afrontamiento del estrés CAE. Analizaron con técnica estadística descriptiva del paquete sistematizado IBM SPSS statistics 19. La predominancia de rol de la mujer como cuidadora, percepción de calidad de vida alta y estrategias de afrontamiento iguales en hombre y mujeres. Por otro lado *Calidad de vida y sobrecarga en el cuidador primario informal de pacientes hospitalizados en la UCI pediátrica de instituciones de tercer nivel de la Ciudad de Bogotá D.C* hecha por (Beltrán, 2010): Describieron calidad de vida y sobrecarga de cuidador, de pacientes hospitalizados en la UCI pediátrica. El

estudio fue tipo descriptivo, se aplicó la escala SF-12 (versión reducida del sf-36), escala de Zarit y escala socio demográfica con los principales datos del cuidador. Analizaron por medio de ANOVA de una y dos vías y concluyeron que las madres son las principales cuidadoras de los pacientes, dedicadas al hogar, con niveles de escolaridad básicos y presentan niveles de sobrecarga intensos que deterioran la calidad de vida física.

Igualmente *Guía de manejo de intervención en sobrecarga del cuidador primario informal de pacientes hospitalizados en la UCI pediátrica del Instituto de Ortopedia infantil Roosevelt de la ciudad de Bogotá* creada por (Sánchez, 2010) Pretendió determinar la intervención psicológica en la percepción de niveles de sobrecarga, especialmente estrés y ansiedad de los cuidadores primarios informales de pacientes hospitalizados en la UCI pediátrica. Su diseño fue experimental de caso único tipo ABAB. Sus instrumentos: Escala de sobrecarga de Zarit, cuestionario de salud general Goldberg, entrevista semiestructurada y registro de frecuencia de actividades cotidianas. Analizaron los resultados mediante inspección visual de las gráficas de cada una de las respuestas asociadas al cuidado, además encontraron que la respiración y relajación progresiva de Jacobson redujo algunas conductas relacionada con el estrés y ansiedad. También *Afrontamiento y calidad de vida percibida en cuidador de paciente con diagnóstico de mucopolisacaridosis* elaborado por (Salazar, 2010) Evaluó calidad de vida percibida del cuidador y uso de estrategias de afrontamiento. La investigación fue tipo descriptivo-cuantitativo. Utilizaron un cuestionario de afrontamiento de estrés (CAE), cuestionario de salud (SF-36) y cuestionario general de salud (CHQ-12). En los resultados arrojaron nivel bajo de salud y calidad de vida en participante, excelente estrategias de afrontamiento y uso de religiosidad como estilo de afrontamiento, sin embargo presentan ansiedad y/o depresión.

Las anteriores investigaciones del campo de psicología de la salud, dieron cuenta del interés hacia los estudios sobre las personas encargadas del cuidado de pacientes enfermos, y las

diferentes variables que pueden ser evaluadas por medio de instrumentos que también serán utilizados en la propuesta actual, sin embargo no son estudios con población adulto mayor en condiciones de demencia y no se abarca el número significativo de las variables a estudiar.

Siguiendo con las investigaciones de grado de la Universidad Santo Tomás, se encontró divergencias en la forma investigativa pero convergencias en los temas del trabajo de grado vigente. Estos son *Significados del maltrato infantil y su implicación en las acciones comunitarias: una mirada desde las narrativas de niños y adultos en la localidad de Usme* por (Sotelo, 2011) tuvieron una investigación tipo cualitativa, utilizaron cuidadores como fuentes narrativas acerca de la problemática del maltrato infantil, también narrativas progresivas, propositivas, regresivas y culpabilizantes. Por último está el trabajo de grado titulado *Movilización de la dinámica vincular del sistema familia, cuidador y persona con síndrome demencial en un proceso de investigación-intervención* desarrollada por (Barbosa, 2006) Estuvo guiada desde el marco institucional del proyecto vínculos, redes y ecología. Tuvieron como intención describir, analizar y comprender la construcción, movilización y complejización de la dinámica vincular de los sistemas familiares con un miembro que padece síndrome demencial. Pretendieron movilizar la dinámica vincular de dichos sistemas familiares para disminuir la confusión, tensión, incertidumbres y conflictos y redefinieron rituales, mitologías, epistemologías preexistentes entre la persona con la enfermedad y el sistema familiar.

Lo anterior tuvo panoramas paradigmáticos diferentes a la investigación que se desarrolla, pero el fin de todos se asimila, en cuanto que, se pretende encontrar información relevante acerca de los cuidadores en contexto. Más en la segunda investigación se intervino en las formas de afrontamiento en los cuidadores de pacientes con demencia, tal como se ambiciona con este trabajo de investigativo.

A continuación se seguirá con otros trabajos de grados como antecedentes del tema principal, de diferentes Universidades de Colombia.

En trabajos de grado y tesis de la Universidad Nacional de Colombia, se han encontrado diferentes intereses acerca los cuidadores en general y de paciente con demencia: Como *Diseño y validación de una escala para cuidadores de pacientes con demencias* hecho por (Triana, 2012) Tuvo como objetivo tuvo: diseñar y validar una escala para cuidadores de pacientes con demencia, para lo cual se siguió una de las metodologías propuestas por Streiner, DL, y Norman, GR (1995) para la construcción de escalas de medición de la salud, además permitió establecer síntomas de ansiedad, depresión y alteración de la calidad de vida en esa población. Con este mismo creó (Piratoba ,2011) *Confiabilidad del instrumento para medir “habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica” en cuidadores de personas mayores de la localidad de Usaquén. Bogotá. Distrito Capital.* Miden la confiabilidad del instrumento hecho por Barrera. Aplicándolo en escala tipo likert, con 55 ítems a 110 cuidadores de personas mayores de la Localidad de Usaquén de Bogotá. El instrumento valora la habilidad de cuidado de los cuidadores de personas con enfermedad crónica, sugieren continuar el proceso psicométrico de confiabilidad, evaluar el comportamiento de los ítems identificados con alguna dificultad en la comprensión, analizar la correlación ítem- escala y dimensión para adaptar el instrumento.

Como características del cuidador, en un artículo titulado *El cuidador principal en el enfermo de Alzheimer*, (Moreno, 2011). Hace referencia a las demandas excesivas, la actitud y sintomatología del enfermo, sus cuidados médicos y alimenticios, así como el abordaje de las tareas domésticas y las relaciones intrafamiliares desbordan al cuidador principal. La persona que

asume este rol, es el responsable del cuidado y el único afectado por la sobrecarga emocional y física.

También fue encontrado en dos trabajos de grado con intereses acerca de la afectación del cuidador: (Dávila, Orjuela y Ramos, 2009) muestran *Alteración del patrón del sueño en los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica*. Identificando las necesidades de cuidado de cuidadores familiares de personas en estado de cronicidad, los cuales al adquirir este compromiso padecen una gran carga laboral y emocional provocada por la responsabilidad de cuidar a sus seres queridos; lo que influye en un sueño regenerador. Igualmente el trabajo de grado de *Prácticas de cuidado popular en el hábito de sueño de cuidadores de adultos mayores con Alzheimer* (Camargo, 2011) Exploraron las prácticas de cuidado popular para mantener, proteger y restablecer la salud en el hábito de sueño de cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer, a través de la entrevista a profundidad y la observación participante.

En cuanto a la calidad de vida se encontró tres trabajos de grado: (Osorio, 2011) que realizó *Calidad de vida de los cuidadores familiares de los pacientes con enfermedad de Alzheimer*, fue con cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer en la ciudad de Cartagena, dirigiéndose a las dimensiones física, psicológica, social y espiritual. Esto fue observado y recolectado en su ambiente natural. Instrumento utilizado fue el propuesto por Ferrell y Col (1997) “medición de la calidad de vida de un miembro familiar que brinda cuidados a un paciente” y para la caracterización de los mismos el formulario caracterización de los cuidadores del grupo de cuidado al paciente crónico de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia 1996-2005. El segundo trabajo investigativo titulado *Metasíntesis de calidad de vida en cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica* por (Carreño, 2012) Hizo revisiones científicas, asumiendo que en los cuidadores de pacientes crónicos, cambian los estilos de vida, donde hay manifestación de dolor y las

limitaciones, además se altera la socialización y hay una constante presencia de sentimientos de pérdidas y muerte. Por último en la calidad de vida (Achury, Castaño, Gómez y Guevara, 2011) en su trabajo *Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia*. Consideraron que la labor del cuidador desencadena una interrupción en su cuidado que origina una disfunción en su calidad de vida, que debe ser evaluada para lograr su bienestar, teniendo en cuenta su responsabilidad a la hora de tomar decisiones frente al cuidado del familiar. El cuidar a un paciente con enfermedad crónica con parcial dependencia implica en este experimentar cambios en su vida cotidiana, relacionados con la transformación de roles, responsabilidades familiares, cambios en los estilos de vida y las relaciones de apoyo.

Diferente a lo anterior y novedoso (Barrera Romero, 2010) en su trabajo investigativo exponen: *Percepción de soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica Con el uso De tecnologías de la información y la comunicación en salud (TIC's)*. Utilizaron medios tecnológicos como herramientas para mejorar la experiencia de ser cuidadores, fortaleciendo el autoestima, confianza, seguridad y sintiéndose acompañados socialmente en su labor. Los cuidadores perciben este soporte como novedoso, logran interacción con sus pares de temas comunes, encuentran respuestas a sus necesidades de cuidado e identifican el internet como escenario para desarrollar habilidades relacionadas con el manejo de las comunicaciones en red. La estrategia de soporte social con uso de TIC's es percibida como positiva y efectiva sin embargo el temor respecto a la seguridad de las interacciones virtuales, son factores que perciben los cuidadores como limitantes para la apropiación de este tipo de soporte.

De la Universidad Del Valle, respecto al síndrome o sobrecarga del cuidador y sus implicaciones en diferentes condiciones de la vida, presenta (Dueñas, Martínez, Morales, Muñoz, Viáfara Y Herrera, 2013) con el trabajo de grado *Síndrome del cuidador de adultos mayores*

discapacitados y sus implicaciones psicosociales, donde señalan que los cuidadores de adultos mayores discapacitados presentan altos niveles de ansiedad, depresión, disfunción familiar y síndrome del cuidador con mayor predisposición a la morbilidad. Los resultados de este estudio identifican a los cuidadores de adultos mayores discapacitados como un grupo vulnerable con necesidades preventivas y terapéuticas. Por adición esta (Ocampo, Herrera, Torres, Rodríguez, Loba y García, 2013) *Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes*, donde determinaron la frecuencia y los factores asociados con la presencia de sobrecarga para el cuidador en ancianos dependientes. Señalando que aspectos físicos se asociaron con la carga percibida por el cuidador. Además, sugirieron que los futuros estudios se deben enfocar en identificar y llevar a cabo intervenciones que puedan prevenir o limitar el deterioro de la salud mental y la pérdida de la calidad de vida de estas personas, por consiguiente la aparición de sobrecarga para el cuidador. Adicional a lo nombrado, (Cardona, Segura, Y Agudelo, 2013) muestra un artículo: *Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos*. Buscaron identificar la prevalencia y factores asociados a sobrecarga en el cuidador primario de ancianos, como factores asociados encontraron: edad y parentesco con el adulto mayor, número de hijos, horas diarias dedicadas al cuidado, estado de salud, abandono o disminución de actividad por el cuidado, y ayuda recibida de su familia; como factores de protección se identificó: independencia y el bueno o regular estado de salud del adulto mayor.

Para finalizar existen dos artículos el primero de la Universidad Nacional de Colombia y el segundo de la Fundación Clínica Valle Del Lili, que abarcan propuestas y guías respecto a la condición del cuidador. El primero es por (López Caicedo Gualteros, 2009) titulado *propuesta de plan de egreso para pacientes con enfermedad crónica y sus cuidadores tratados en el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt*. Se trata de un plan de desarrollo para crear estrategias de cuidado, centrado no solo en el manejo de los pacientes, sino a sus cuidadores como

acompañantes de un proceso complicado de salud por bastantes años, los que implica cambios drásticos en estilos de vida. Por último está (Atehortua y Tasco, 2006) con el *Cuidado en casa del paciente con diagnóstico de demencia*. Es un artículo donde dan paso a paso las instrucciones y diseño, en cuanto a los cuidados y cuidadores de personas con demencia. Parten de que el incremento de la población de personas ancianas, es debido al aumento en la esperanza de vida, y han despertado el interés por estudiar los aspectos relacionados en el envejecimiento en condiciones normales y patológicas (demencias) con el objeto de fomentar la calidad de vida para el paciente. Señalan los autores que cuando se diagnostica la enfermedad se da todo los procedimientos a seguir, pero también se generan una serie de dudas e inquietudes sobre el manejo, si se tiene en cuenta que esta situación es inversa a cuando se cuida a un niño, ya que en lugar de ver todos los días los avances se nota en el paciente el deterioro que cada día lo incapacita más para desempeñarse incluso en actividades cotidianas.

MÉTODO

Diseño

Esta investigación se llevará a cabo en forma empírico-exploratoria, correlacional tipo encuesta transversal. Para lo cual se define:

Investigación cuantitativa

Uhl (2006) rotula que la etimología de cuantitativos es del latín *quantiis*, de cantidad. Considera que los métodos cuantitativos pretenden encontrar datos que puedan expresarse numéricamente y valorarse mediante el cálculo (estadístico). El autor presume que las investigaciones cuantitativas suelen plantear la cuestión de un modo limitado, pero muy bien perfilado. Con ellas se examinan aquellos supuestos (hipótesis) que se han formulado ya antes de comenzar la obtención de datos.

Más detalladamente muestra Hernández, Fernández y Baptista (2006) la definición del concepto y sus características como que el enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Entre sus características están:

1. El investigador realiza los siguientes pasos:

a) Plantea un problema de estudio delimitado y concreto.

b) Revisa antecedentes.

c) Construye un marco teórico.

d) Derivación de hipótesis.

e) Somete a prueba las hipótesis mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados. Si los resultados corroboran las hipótesis o son congruentes con estas, se aporta evidencia en su favor. Si se refutan, se descartan en busca de mejores explicaciones y nuevas hipótesis. Al apoyar las hipótesis se genera confianza en la teoría que las sustenta. Si no es así, se descartan las hipótesis y, eventualmente, la teoría.

f) Para obtener tales resultados el investigador recolecta datos numéricos de los objetos, fenómenos o participantes, que estudia y analiza mediante procedimientos estadísticos.

También estos autores señalan más precisiones del conjunto de pasos del proceso de investigación cuantitativo:

-La recolección de los datos se fundamenta en la medición (se miden variables o conceptos contenidos en las hipótesis). Esta recolección o medición se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica.

- En el proceso se busca el máximo control para lograr que otras explicaciones posibles, distintas (rivales) a la propuesta del estudio (hipótesis), sean desechadas y se excluya la incertidumbre y minimice el error. Es por esto que se confía en la experimentación y los análisis de causa-efecto.

-En una investigación cuantitativa se pretende generalizar los resultados encontrados en un grupo (muestra) a una colectividad mayor (universo o población). También se busca que los estudios efectuados puedan replicarse.

-Al final, con los estudios cuantitativos se pretende explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones causales entre elementos. Esto significa que la meta principal es la construcción y demostración de teorías (que explican y predicen).

Investigación empírica

Según Uhl (2006) la palabra Empírico viene de la gramática, empeiría o experiencia. El empirismo son los procedimientos en los cuales uno no sólo reflexiona (en un escritorio) sobre algún tipo de objetos (personas, cosas o fenómenos), sino que también somete estos objetos directamente a investigación averiguando lo que pueda sobre ellos con diversas técnicas (observación, utilización de cuestionarios, aplicación de tests, etc). El objeto de la investigación científica empírica es llegar a formular, una serie de proposiciones basadas en datos. En otra definición López (s.f) muestra que la investigación empírica está basada en la observación para descubrir algo desconocido o probar una hipótesis y que existe una acumulación de datos que posteriormente se analizan para determinar su significado. Finalmente Fernández (2006) señala que las investigaciones empíricas se caracterizan por utilizar casos reales de la sociedad para introducir o confirmar teorías científicas.

Estudios exploratorios

Respecto a la conceptualización del término, Grajales (2000) señala que los estudios exploratorios nos permiten aproximarnos a fenómenos desconocidos, con el fin de aumentar el grado de familiaridad. El estudio exploratorio se centra en descubrir. También López (s.f) refiere que los estudios exploratorios se mueve por el obtener hipótesis, además que los entrevistados pueden formular presunciones acerca de las relaciones causales que pueden ser el punto de partida para la formulación de hipótesis. Otra comprensión es de la Secretaría de Marina – Armada de México (2010) define que el método exploratorio se efectúan normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes.

Estudios correlacionales

Según Hernández, Fernández y Baptista (2006) Los estudios correlacionales miden las dos o más variables que se pretende ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación. La utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales son saber cómo se puede comportar un concepto o variable, conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas. Es decir, para intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos en una variable, a partir del valor que tienen en la variable o variables relacionadas. Los autores expresan que la investigación correlacionar tiene, en alguna medida, un valor explicativo aunque parcial. Al saber que dos conceptos o variables están relacionadas se aporta cierta información explicativa. Igualmente la Secretaría de Marina – Armada de México (2010) razona que los estudios correlacionales buscan evaluar el grado de vinculación entre dos o más variables o categorías de análisis.

Estudio transversal

Los autores Hernández, Fernández y Baptista (2006) señalan que, los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede.

En relación con el trabajo de grado, la metodología cuantitativa permitió reconocer datos específicos y exactos que se pudieron expresar de manera estadística, por lo tanto se utilizó este método para encontrar niveles de resiliencia, ansiedad, depresión, apoyo social y estrés de los cuidadores informales de personas con Alzheimer, dando porcentajes para comparar en cuanto afectan la calidad de vida cuando se asume este rol, también se implementa este método con la intención de establecer patrones de comportamiento y generalización de resultados que den cuenta de la posible construcción y demostración de teorías. Cabe resaltar que el estudio se llevó a cabo de manera transversal, es decir en un solo momento de la vida de los cuidadores informales, específicamente en los meses de marzo, abril, mayo, junio y julio del 2014 que se aplicaron los cuestionarios.

Ahora bien, se decidió hacer la investigación en forma empírica-exploratoria que permitió que la investigación tuviera la ventaja de acceder al objeto de estudio (cuidadores informales) por medio de cuestionarios (como técnica), además el estudio exploratorio concede acercarse a población de cuidadores para descubrir y examinar conductas que a raíz de cuidar a otra persona con deterioro progresivo se desarrollan, adicionalmente es un tema que no tiene grandes ilustraciones y finalmente se pretendió analizar el significado de los datos obtenidos para probar o refutar hipótesis y teorías.

También fue un estudio con pretensión correlacionar que buscó medir cinco variables y observar si se relacionan con los sujetos, en este caso los cuidadores informales. Así mismo, se pretendió predecir y evaluar el grado de vinculación entre dos o más variables o categorías de análisis.

Participantes: Se contó con 30 cuidadores informales de personas con Alzheimer entre hombres y mujeres, tomando en cuenta factores de inclusión como:

- Cuidadores mayores de 18 años.
- Residentes en Bogotá, Colombia
- Que sepa leer y escribir.
- Que tengan la capacidad de cooperar, participar y completar las pruebas.
- Conozcan y comprendan el idioma español.
- Que cuiden específicamente a una persona diagnosticada con Alzheimer.

Asimismo como factores de exclusión:

- Cuidadores menores de 18 años.
- Cuidadores de personas no diagnosticadas con Alzheimer.
- Que no pertenecieran a las instituciones de rehabilitación.
- Personas que no comprendan el ejercicio de investigación.
- Cuidadores que padezcan de algún trastorno que impida la aplicación de los test.

Instrumentos: Con el fin de extraer datos estadísticos en los cuidadores informales de personas con Alzheimer en aspectos como resiliencia, apoyo social, estrés, ansiedad y depresión, se llevó a cabo la aplicación de los siguientes instrumentos para poder analizar en que intervienen o no las anteriores variables en la calidad de vida del cuidador.

- Cuestionario de Salud General (SF-12) versión reducida del cuestionario de salud sf-36 hecha por Ware y Sherbourne en 1992, y adaptación española por (Alonso, Prieto y Antó, 1998). Mide estado de salud y consta de 12 ítems provenientes de las 8 dimensiones del SF-36 Función Física (2), Función Social (1), Rol físico (2), Rol Emocional (2), Salud mental (2), Vitalidad (1), Dolor corporal (1), Salud General (1). Las opciones de respuesta son escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia. Para esta investigación se utilizó la versión colombiana de Ramírez, Agredo y Jerez (2010).

- Escala de resiliencia (CD-RISC 10 ítems) versión española de Connor y Davidson en 2003. Son 10 ítems que miden niveles de resiliencia y las respuestas están dentro de absoluto, rara vez, a veces, a menudo y casi siempre. En esta investigación se usó la versión española.

- Cuestionario del estudio de desenlaces médicos de apoyo social (MOS) Sherbourne y Stewart en 1991. Mide apoyo social percibido y fue desarrollado para un estudio de desenlaces de pacientes con enfermedades crónicas en los Estados Unidos. En Colombia ya está validada por (Londoño, Rogers, Castilla, Tang, Posada, Ochoa, Jaramillo, Oliveros, Palacio Y Aguirre, 2012) son 20 preguntas y las opciones de respuesta corresponden a 1 nunca, 2 pocas veces, 3 algunas veces, 4 muchas veces y 5 siempre. La cual se usó para este trabajo de grado.

- Escala de estrés percibido (PSS) realizada por Cohen, Kamarck y Mermelstein en 1983 y para esta investigación se utilizó la versión española de Remor y Carroble (2001). Evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo).

- Escala de depresión y ansiedad en pacientes hospitalarios (HAD). Se usó la versión Española. Se conforma por 14 ítems, fue creada por Zigmond y Snaith en 1983. La

traducción y adaptación al castellano (Caro, e Ibañez, 1992). Permite detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios de atención primaria. La escala está estructurada con las vivencias de la última semana y las opciones de respuesta varían con cada pregunta.

Procedimiento: La aplicación de este ejercicio investigativo se realizó llevando cartas de solicitud a las directoras de tres sitios de rehabilitación cognitiva de Bogotá, Colombia. En ellas se manifestó el objetivo y los procedimientos que pretendían realizar, de esta manera se citó varias veces para exponer los alcances y beneficios de este. El primer lugar fue Neurobix (4 cuidadores) seguidamente en Trasmnesia (9 cuidadores) y finalizó en la Fundación Acción Familiar Alzheimer Colombia (17 cuidadores) y se llevó a cabo de la siguiente manera: primero se hizo el contacto con las fundaciones y se hizo los trámites pertinentes (anteriormente mencionados) después se citaron a los cuidadores de manera virtual y telefónica acordando fechas y espacios, posteriormente asistieron a las fundaciones, donde se les leyó el consentimiento informado y lo firmaron, llenaron los datos socio demográficos y luego aplicaron las pruebas psicométricas unas individualmente (debido a los tiempos de los cuidadores e instituciones) y otras grupalmente. Finalmente se realizó la socialización de resultados y conferencia informativa acerca de los cuidados al cuidador en compañía del docente Stefano Vinaccia Alpi.

CONSIDERACIONES ETICAS

Ley 1090 de 2006

Del código deontológico y bioético del ejercicio de la psicología en Colombia, que es el que regula la práctica profesional del psicólogo, se resalta los siguientes artículos que rigieron el trabajo de investigación sobre cuidadores informales de personas con Alzheimer, basándose en el

(Capítulo VII art. 50) que refiere que el psicólogo al planear una investigación deberá tener principios éticos de respeto y dignidad salvaguardo el bienestar y derechos de los participantes. Asimismo conociendo las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos, tal como lo decreta el (Título II, art. 9).

Conjuntamente es importante el bienestar del usuario que participó en la investigación (Título II, art6) ya que se mantuvo desde el principio el orden y la responsabilidad del estudio, en otras palabras se informó de los procedimientos tanto a las instituciones y a participantes, también de la direccionalidad del trabajo de grado y la libertad que tuvieron en todo sentido, sobre todo de expresión y de libertad para retirarse, durante las dos sesiones propuestas. Del mismo modo el bienestar el participante, se tuvo en cuenta en el psicólogo para abstenerse de aceptar presiones o condiciones que limiten la objetividad de su criterio u obedezcan a intereses que ocasionen distorsiones o que pretendan darle uso indebido a los hallazgos (Capítulo VII, art, 55). De la misma forma se resaltó la confidencialidad de la investigación (Título II, art 5) al obtener información personal por medio de cuestionarios, lo cual precede que los resultados deben ser protegidos y que solo en casos excepcionales como que la persona se autorizase o un representante legal concibiera compartir estos resultados, se otorgaran; lo anterior se informa como las limitaciones legales de la confidencialidad.

Ahora bien como criterios de inclusión de los participantes se pidió ser mayor de 18 años (datos estandarizados para tener menos contra tiempos) y tener educación básica, con el fin de que tuvieran las capacidades de leer y escribir. Se tuvo en consideración, aunque no afectara en absoluto la investigación, respetar los criterios morales y religiosos de los participantes (Título VII, capítulo I, art. 15) y no discriminar a los participantes por edad, raza, sexo, credo, ideología,

nacionalidad, clase social, o cualquier otra diferencia, fundamentado en el respeto a la vida y dignidad de los seres humanos (Título VII, capítulo I, art.16).

Para finalizar las consideraciones del trabajo de grado y la ley 1090 de 2006, el proceso fue minucioso con el uso de los cuestionarios adhiriéndose a los siguientes capítulos y artículos, (Capítulo VI, art 45) acompañamiento y vigilancia del uso de pruebas, por el supervisor de trabajo de grado de la facultad de psicología de la Universidad Santo Tomás. Bogotá, Colombia. También se apegó a los señalamientos (Título II, art8) y (Capitulo III, art. 36, Literal a) del uso apropiado de material psicotécnico como técnicas de evaluación promoviendo el bienestar y los intereses del participante, evitando uso indebido de la evaluación y además dando conocer los resultados, interpretaciones, conclusiones y recomendaciones adicionalmente evitando rotulaciones y diagnósticos definitivos (Capitulo III. Literal d) y claramente utilizando pruebas aceptadas y reconocidas por comunidades científicas (Capitulo, art. 36, Literal e) y (Capítulo VI, art 47) En último lugar en el (Capitulo VII, art 56) se refiere que el trabajo investigativo elaborado es de propiedad intelectual personal de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores.

Consentimiento Informado

El autor (Hernández, 2012) refiere que el Consentimiento Informado, es la obligación del profesional de la psicología de informar a su usuario, y asegurarse de que éste entienda acerca de los procedimientos, técnicas y estrategias que seguirá en su tratamiento o evaluación diagnóstica, sobre sus previsibles resultados y los efectos colaterales adversos que se pudieran presentar, así como las distintas posibles alternativas a la propuesta, se concibe como un deber del profesional de la psicología y un derecho del usuario. En consecuencia este reconocimiento obliga a que los

proveedores de servicios asistenciales y de salud dejen de ver al ser humano como un objeto manipulable, sin voluntad y sin capacidad para decidir sobre su propio cuerpo y bienestar, para que por el contrario, al usuario de los servicios de salud se le asume como una persona digna a quien se le deberá informar lo que se hará con ella, y las consecuencias del accionar sanitario, así mismo que lo señala el (Capítulo III, art.36, literal i) del código deontológico y bioético del ejercicio de la psicología en Colombia, que no se debe practicar intervenciones sin consentimiento autorizado del usuario.

El Consentimiento Informado es el documento legal que tanto el profesional de la psicología como su usuario deben firmar como condición previa a cualquier intervención, ya sea de tratamiento o de evaluación, al que será sometido un usuario del servicio de psicología. En el consentimiento informado se debe tener en cuenta ser claro, preciso, coherente, conducente, pertinente y útil, además de contar las condiciones socioculturales y académicas de los usuarios. El orden es explicar el fin del procedimiento, justificación, cuáles son los riesgos, pruebas, confidencialidad, solicitud de sinceridad, limitaciones y socialización de resultados.

Ahora bien, la capacidad legal Según (Hernández, 2012): Es legalmente capaz de dar su consentimiento toda persona natural, mayor de edad, que goce totalmente de sus facultades mentales y que lo haga bajo su propia responsabilidad y autonomía, libre de presiones, chantajes o situaciones similares. La importancia de la capacidad legal de las personas radica en que los documentos o contratos, como el contrato de prestación de servicios profesionales y el consentimiento informado, que firmen las personas pueden o no ser válidos, dependiendo de la capacidad jurídica de quien los firma. El consentimiento informado que debe firmar todo consultante en una relación psicológica, para que sea válido, debe ser firmado por una persona capaz.

Específicamente y relacionándolo, con el trabajo de grado, de lo anterior se dispuso para realizar el consentimiento informado de las personas que cuidan a familiares o allegados con Alzheimer, donde hubo presentación y justificación del trabajo de grado, nombre completo, afirmaciones de haber leído, de poder hacer preguntas, de recibir información y actividad voluntaria. Seguidamente presentación de la psicóloga en formación, nombre de supervisor y nombre la de Universidad. Se nombró también la confidencialidad, el compromiso de devolver resultados y de dar charla informativa. Después se hizo énfasis en la (resolución 8430 de 1993 del ministerio de salud) donde se afirma que la investigación no tendrá ningún riesgo ni psicológico, ni físico al participante y que se puede retirar en cualquier momento sin tener consecuencias. En último lugar se dio los datos completos de la psicóloga en formación y se da firma de ambas partes.

Para finalizar se plantea que la devolución y/o socialización de resultados se dio en forma de exposición académica, es decir primero se expuso las derivaciones que dio la tabulación de resultados y porcentajes, interpretaciones, conclusiones y recomendaciones. Y como contraprestación a la población se le dio una conferencia sobre la sobrecarga del cuidador titulada “La importancia de cuidar a los cuidadores” en las instituciones Neurobix, Trasmnesia y Acción Familiar Alzheimer Colombia, donde además se les dio un cuadernillo con la información dada.

RESULTADOS

A continuación se presentan el análisis estadístico del estudio, que se realizó con el paquete estadístico Statistic Package for the Social Sciences (SPSS), versión 21, para el análisis descriptivo de las siguientes variables estrés, ansiedad, depresión, apoyo social, resiliencia y calidad de vida, se utilizó como medida de tendencia central la media, igual que mediana, desviación típica y puntuaciones mínimas y máximas de las diferentes dimensiones de los

instrumentos psicométricos utilizados. Y para las variables nominales (sexo, parentesco, convive con la persona que padecen de Alzheimer, Recibe ayuda para cuidarlo, dependencia, estado civil, con quien vive el cuidador, escolaridad, ocupación y sistema de salud) las Discretas (estrato) y Continuas (edad y tiempo dedicado) se emplearon porcentajes. Para el análisis correlacional de las diferentes dimensiones de los cuestionarios utilizados (MOS, PSS, HAD, CD-RISC, SF-12) se calculó el coeficiente rho de Spearman.

Descripción de la muestra según las características sociodemográficas

Se presentan en la Tabla 1. Los datos sociodemográficos y la relación existente del cuidador informal con persona que padece de Alzheimer. La muestra utilizada para este trabajo de grado consta de 30 personas, se halla una prevalencia de 26 (86.6 %) cuidadores de género femenino y 4 (13.3%) cuidadores de género masculino, con edades entre 36-82 años, siendo la media 55,4 años, la mediana 52 y la desviación típica de 11,86.

Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra ($n=30$).

Género	Frecuencia	Porcentajes	Estado Civil	Frecuencia	Porcentajes
Masculino	4	13%	Soltero	6	20%
Femenino	26	87%	Casado	19	63%
TOTAL	30	100%	Divorciado	4	13%
Edad (años)			Unión Libre	0	0%
Media	55,4		Viudo	1	3%
Mediana	52		TOTAL	30	100%
Desviación	11,86		¿Con quién vive?	Frecuencia	Porcentaje
Rango (Min-Max)	(36-82)		Solo	5	17%
Parentesco	Frecuencia	Porcentaje	Familia	25	83%
Esposa	9	30%	Amigos	0	0%
Esposo	1	3%	TOTAL	30	100%
Hijas	15	50%	Grado de Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Hijos	3	10%	Primaria	1	3%
Sobrina	1	3%	Secundaria	8	27%
Cuidadora	1	3%	Tecnológico	4	13%
TOTAL	30	100%	Universidad	9	30%
¿Convive con la persona que padecen de Alzheimer?	Frecuencia	Porcentaje	Posgrado	8	27%
Sí	25	83%	TOTAL	30	100%
No	5	17%	Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
TOTAL	30	100%	Empleado	7	23%
¿Recibe ayuda para cuidarlo?	Frecuencia	Porcentaje	Trabaja Independiente	10	33%
Sí	15	50%	Jubilado	6	20%
No	15	50%	Desempleado	1	3%
TOTAL	30	100%	Ama De Casa	6	20%
Grado de dependencia	Frecuencia	Porcentaje	Estudiante	0	0%
Alto	8	27%	Trabaja Y Estudia	0	0%
Medio	18	60%	TOTAL	30	100%
Bajo	4	13%	Estrato	Frecuencia	Porcentaje
TOTAL	30	100%	1	1	3%
¿Cuánto tiempo le dedica al día?	Frecuencia	Porcentaje	2	3	10%
1. 1 a 4 horas	4	13%	3	13	43%
2. 5 a 8 horas	14	47%	4	6	20%
3. 9 a 14 horas	12	40%	5	5	17%
TOTAL	30	100%	6	2	7%
			TOTAL	30	100%
			Sistema de salud	Frecuencia	Porcentaje
			Sisben	0	0%
			Eps	21	70%
			Prepagada	9	30%
			Particular	0	0%
			TOTAL	30	100%

De acuerdo a la encuesta aplicada existe una la frecuencia del parentesco son 15 hijas, seguido de 9 esposas, 3 hijos, 1 esposo, 1 sobrina y 1 cuidadora, de los cuales 25 de ellos viven con la persona que tiene Alzheimer y 5 no lo hacen, asimismo se les pregunto si reciben ayuda o no para el cuidado, y las circunstancias están divididas en parte iguales es decir 15 personas si la reciben y 15 no, en cuanto al grado de dependencia 18 cuidadores reportan que a la persona que cuidan está en nivel medio, 8 personas refieren que está en nivel alto y 4 en nivel bajo y finalmente el tiempo que se les dedica los cuidadores diario es de 9 a 14 horas (14 personas), seguido de 5-8 horas (12 personas) y de 1 a 5 horas (4 personas). Como datos personales de los cuidadores informales, el cuestionario arroja que respecto al estado civil existen 19 personas casadas, 6 solteros, 4 divorciados, 1 viudo y 0 personas en unión libre, de esta población hay 25 personas viven en familia, 5 solos y 0 personas con amigos, se señala que el nivel de estudio es alto ya que 9 personas pudieron acceder a una universidad, 8 tiene posgrado igual que secundaria, 4 tecnológico y 1 primaria, del mismo modo se obtiene datos de las ocupaciones donde se puntúa

que 10 personas tienen trabajo independiente, 7 son empleados, 6 jubilados al igual que ama de casa, 1 desempleado y 0 personas estudiantes o estudiantes y trabaja. Finalmente se muestra que el estrato socioeconómico prevalente es el 3 con 13 personas, seguido del 4 con 6 personas, el 5 con 5 personas, el 2 con 3 personas, el 6 con 2 personas y el 1 con 1 persona y como sistema de salud 21 personas tienen eps, 9 personas prepagada y ninguno con sistema de salud particular ni siben.

Análisis descriptivo según las variables psicológicas del estudio

Tabla 3. Resultados descriptivos y diferentes dimensiones de los instrumentos utilizados en el estudio.

	Media	Mediana	desviación	Mínimo	Máximo
Cuestionario de Salud General (SF-12)					
Función física	74,17	75,00	30,43	0,00	100,00
Rol físico	22,92	25,00	25,02	0,00	100,00
Dolor corporal	66,67	75,00	28,87	25,00	100,00
Salud general	54,17	50,00	18,67	25,00	100,00
Vitalidad	36,67	37,50	24,33	0,00	100,00
Función social	37,50	50,00	31,31	0,00	100,00
Rol emocional	30,83	25,00	25,79	0,00	100,00
Salud mental	38,33	37,50	17,66	0,00	87,50
Escala de resiliencia (CD-RISC 10 ítems)	37.3	38	6.6	17	50
Escala de estrés percibido (PSS)	35.2	35.5	6.86	10	40
Escala de depresión y ansiedad en pacientes hospitalarios (HAD)					
Depresión	6	5	3.21	0	14
Ansiedad	10.5	11	2.29	4	15
Cuestionario del estudio de desenlaces médicos de apoyo social (MOS)					
Ítem #1 del Mos	4.7	3	5.7	0	30
-Emocional /Informacional	89.3	90	4.68	81	96
-Instrumental	83.7	83.5	2.75	81	87
-Interacción social positiva	102	103.5	8.44	92	109
-Apoyo afectivo	107	108	3.60	103	110

A nivel general, respecto al cuestionario SF-12 versión 2 se aprecia que la dimensión función física tuvo los niveles promedios más altos respecto a las demás dimensiones del SF-12 como rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

En cuanto a la escala de resiliencia y estrés percibido se aprecia que los niveles altos se encuentran cercanos al rango máximo de la escala. Por otro lado, en cuanto a la escala de depresión y ansiedad se evidencia que los niveles de ansiedad son muy superiores respecto a los niveles medios de depresión. En relación con el MOS el ítem número uno muestra que la población tiene alrededor de 4 a 5 personas entre amigos y familiares con las que cuentan, se

sienten a gusto y pueden hablar de lo que piensan, en las demás dimensiones se aprecian puntuaciones medias altas lo que muestra que la población siente buen apoyo social en su rol de cuidador.

Descripción comparativa de datos normativos.

Estudio de Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 en adultos Colombianos. Ramírez, Agredo y Jerez (2010).

Tabla 4. Valores promedios, desviación estándar ($\pm$) e Intervalos de Confianza [IC 95 %] de los dominios del Cuestionario de Salud SF-12 por grupos de edad y sexo

DOMINIOS	EDAD				SEXO	
	TOTAL (n=527)	18-34 (n=149)	35-64 (n=116)	≥ 65 (n=264)	Mujer (n=354)	Hombre (n=173)
SCF-12	4.5 $\pm$ 9.0 [44.8-46.3]	51.3 $\pm$ 4.8[50.5-52.1]	47.3 $\pm$ 8.2[45.8-48.8]	41.5 $\pm$ 9.2[40.3-42.6]	4.2 $\pm$ 9.2[42.2-44.1]	50.4 $\pm$ 6.3[49.4-51.3]
FF	49.0 $\pm$ 10.3 [48.1-49.9]	53.9 $\pm$ 5.8[52.9-54.8]	51.3 $\pm$ 8.2[49.8-52.8]	45.1 $\pm$ 11.5[43.7-46.5]	46.8 $\pm$ 10.9[45.7-48.0]	53.3 $\pm$ 6.9[52.3-54.4]
DF	27.1 $\pm$ 3.7 [26.7-27.4]	28.5 $\pm$ 2.3[28.1-28.9]	27.5 $\pm$ 3.5[26.9-28.1]	26.0 $\pm$ 4.2[25.5-26.6]	26.4 $\pm$ 4.0[25.9-26.8]	28.5 $\pm$ 2.5[28.1-28.9]
DL	49.5 $\pm$ 11.6 [48.5-50.5]	54.5 $\pm$ 6.1[53.5-55.5]	48.3 $\pm$ 11.4[46.2-50.5]	47.2 $\pm$ 13.1[45.6-48.8]	47.3 $\pm$ 12.5[46.0-48.6]	54.0 $\pm$ 7.5[52.8-55.1]
SG	45.6 $\pm$ 11.7 [44.6-46.6]	53.5 $\pm$ 7.2[52.3-54.7]	49.5 $\pm$ 10.7[47.5-51.5]	39.4 $\pm$ 10.7[38.1-40.7]	42.0 $\pm$ 11.3[40.8-43.2]	52.9 $\pm$ 8.8[51.5-54.2]
SCM-12	44.4 $\pm$ 7.8 [43.8-45.1]	43.8 $\pm$ 6.4[42.8-44.9]	43.7 $\pm$ 8.0[42.2-45.1]	45.1 $\pm$ 8.4[44.1-46.1]	44.1 $\pm$ 8.3[43.2-45.0]	45.1 $\pm$ 6.6[44.1-46.1]
VT	59.7 $\pm$ 9.5 [58.9-60.5]	59.5 $\pm$ 8.2[58.1-60.8]	60.5 $\pm$ 8.2[59.0-62.1]	59.5 $\pm$ 10.7[58.2-60.8]	59.3 $\pm$ 10.1[58.3-60.4]	60.6 $\pm$ 8.2[59.3-61.8]
FS	51.2 $\pm$ 9.5 [50.4-52.0]	53.3 $\pm$ 6.6[52.2-54.3]	49.9 $\pm$ 10.4[48.0-51.8]	50.6 $\pm$ 10.3[49.3-51.8]	50.2 $\pm$ 10.3[49.2-51.3]	53.1 $\pm$ 7.3[52.0-54.2]
DE	20.3 $\pm$ 4.0 [20.0-20.7]	21.4 $\pm$ 2.9[21.0-21.9]	20.7 $\pm$ 3.7 [20.1-21.4]	19.5 $\pm$ 4.6[19.0-20.1]	19.8 $\pm$ 4.4[19.3-20.3]	21.4 $\pm$ 2.9[20.9-21.8]
SM	53.1 $\pm$ 10.8 [52.2-54.0]	53.8 $\pm$ 8.4[52.4-55.1]	52.7 $\pm$ 10.6[50.7-54.6]	52.9 $\pm$ 12.0[51.5-54.4]	51.9 $\pm$ 11.6[50.7-53.1]	55.6 $\pm$ 8.3[54.4-56.9]

Tabla 5. Valores promedios y desviación estándar ($\pm$) de los dominios del Cuestionario de Salud SF-12 por grupos de edad y sexo.

DOMINIOS	EDAD			SEXO	
	TOTAL (n=30)	35-64 (n=25)	≥ 65 (n=5)	Mujer (n=26)	Hombre (n=4)
SCF-12	54.48$\pm$32.44	53.38$\pm$31.97	60.00$\pm$35.03	54.58$\pm$32.34	49.22$\pm$33.69
FF	74.17 $\pm$ 30.47	72.00 $\pm$ 31.72	85.00$\pm$22.36	75.00 $\pm$ 28.28	68.75 $\pm$ 47.32
DF	22.92 $\pm$ 25.02	23.50 $\pm$ 25.85	20.00 $\pm$ 22.71	24.55 $\pm$ 26.44	15.63 $\pm$ 11.97
DL	66.67 $\pm$ 28.87	64.00 $\pm$ 28.03	80.00$\pm$32.60	65.18 $\pm$ 28.96	62.50 $\pm$ 32.27
SG	54.17 $\pm$ 18.67	54.00 $\pm$ 18.65	55.00$\pm$20.92	53.57 $\pm$ 20.02	50.00 $\pm$ 0.00
SCM-12	35.83$\pm$25.10	36.68$\pm$24.38	30.63$\pm$28.53	36.94$\pm$25.98	32.81$\pm$18.75
VT	36.67 $\pm$ 24.33	35.00 $\pm$ 25.00	45.00 $\pm$ 20.92	35.71 $\pm$ 25.66	43.75 $\pm$ 12.50
FS	37.50 $\pm$ 31.31	41.00$\pm$27.84	20.00 $\pm$ 44.72	41.07 $\pm$ 31.76	25.00 $\pm$ 28.87
DE	30.83 $\pm$ 25.79	33.50$\pm$26.20	17.50 $\pm$ 20.92	31.25 $\pm$ 26.75	28.13 $\pm$ 21.35
SM	38.33 $\pm$ 17.66	38.00 $\pm$ 18.21	40.00$\pm$16.30	39.73 $\pm$ 18.82	34.38 $\pm$ 6.25

La tabla 5, describe los valores promedios y desviación estándar de las puntuaciones de las escalas del SF-12 según el sexo y grupos de edad. Del total de los sujetos entrevistados, las puntuaciones más altas se acusaron en la SCF-12, especialmente en la Función física 74,17 $\pm$ 30.47, seguido de Dolor corporal 66.67 $\pm$ 28.87, y disminuyendo en el dominio de Salud general 54.17 $\pm$ 18.67, mientras que la puntuación más baja se encontró en el Desempeño físico 22.92 $\pm$ 25.02. Las puntuaciones más altas en la SCM-12, se encontraron en los dominios de Salud mental 38.33 $\pm$ 17.66, Función social 37.50 $\pm$ 31.31, Vitalidad 36.67 $\pm$ 24.33 y siendo la más baja el Desempeño emocional 30.83 $\pm$ 25.79. Por otra parte haciendo comparaciones con el artículo de (Ramírez, Agredo y Jerez, 2010) y el trabajo de grado, las puntuaciones más altas están en la SCF y no en SCM como si está en el artículo referencia; de la misma manera, se encuentran incidencias en los puntajes más bajos en ambos estudios, siendo el dominio o dimensión (desempeño físico) el más bajo al igual que (desempeño emocional).

Respecto a los grupos de edades, se contrasta el trabajo de grado con los estudios de referencia (Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 en adultos Colombianos) ya que el análisis por grupos de edades existen ciertas diferencias entre los

resultados del SF-12 especialmente en los dominios de la SCF-12, funcionamiento físico, dolor corporal y salud general, pues los valores promedio y las desviaciones estándar de las puntuaciones del SF-12 tienden a aumentar en los grupos de mayor edad y en el estudio de (Ramírez, Agredo y Jerez, 2010) inversamente, tienden a disminuir en los grupos de menor edad.

Al contrario del estudio de (Ramírez, Agredo y Jerez, 2010) los hombres acusan mejores puntuaciones en cada uno de los dominios del sf-12 que las mujeres. Particularmente en SCF-1, 54.58 ± 32.34 frente a 49.22 ± 33.69 y SCM-1, 36.94 ± 25.98 frente a 32.81 ± 18.75 .

Tabla. 6 correlaciones entre dimensiones del SF-12 con Variables.

CORRELACIONES									
			FF	DF	DL	SG	VT	FS	DE
Rho de Spearman	HAD_ANSIEDAD	Coeficiente de correlación	-,497**	,432*	-,506**	-,317	,303	,286	,247
		Sig. (bilateral)	,005	,017	,004	,087	,103	,126	,188
		N	30	30	30	30	30	30	30
	HAD_DEPRESION	Coeficiente de correlación	-,527**	,608**	-,426*	-,342	,548**	,186	,265
		Sig. (bilateral)	,003	,000	,019	,064	,002	,324	,156
		N	30	30	30	30	30	30	30
	MOS	Coeficiente de correlación	,116	-,106	-,034	-,041	-,181	-	-
		Sig. (bilateral)	,540	,579	,860	,831	,338	,494	,644
		N	30	30	30	30	30	30	30
	PSS	Coeficiente de correlación	-,195	,413*	-,412*	-	,295	-	,234
		Sig. (bilateral)	,303	,023	,024	,034	,113	,903	,213
		N	30	30	30	30	30	30	30
	CD_RISC	Coeficiente de correlación	,272	-,391*	,156	,313	-,046	-	-
		Sig. (bilateral)	,146	,033	,411	,092	,809	,697	,197
		N	30	30	30	30	30	30	30
*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).									
**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).									

Los datos relevantes en la correlación entre las ocho dimensiones del SF-12 y las variables ansiedad, depresión, apoyo social, estrés y resiliencia, se detallan de la siguiente manera; respecto al cuestionario HAD (midiendo ansiedad) se referencia que en la población de cuidadores informales de personas con demencia, a mayor ansiedad menor funcionamiento físico, a mayor ansiedad mayor desempeño físico y a mayor salud general menor ansiedad. La otra variable que

mide el HAD (depresión) coincide que a mayor funcionamiento físico menor depresión y que a mayor salud general menor depresión. Igualmente en la variable de apoyo social (que mide el MOS) a mayor apoyo social mayor funcionamiento físico y a mayor apoyo social menor dolor corporal. Respecto a estrés (que lo mide la escala PSS) a mayor estrés menor funcionamiento físico, a mayor estrés menor salud general y a mayor estrés menor funcionamiento social. Finalmente usando el cuestionario CD-RISC, para medir resiliencia y comparándola con las dimensiones del SF-12 se describe que a mayor resiliencia mayor funcionamiento físico, a mayor dolor corporal mayor resiliencia y a mayor resiliencia mayor salud general.

Análisis de correlación

Las correlaciones que se llevaron a cabo fueron correlaciones tipo Spearman, que permitieron medir la correlación o asociación de dos variables en una escala ordinal por medio de la clasificación de rangos (Coolican, 2005).

Tabla 7. Análisis de correlación de Spearmann de las variables psicológicas del estudio

Correlaciones			HAD_ANSIEDAD	HAD_DEPRESIO N	MOS	PSS	CD_RISC	SF_12
Rho de Spearman	CD_RISC	Coefficiente de correlación	-,137	-,263	,349	,188	1,000	,363 [*]
		Sig. (bilateral)	,471	,160	,059	,321	.	,049
		N	30	30	30	30	30	30
	MOS	Coefficiente de correlación	-,066	-,433 [*]	1,000	,276	,349	,161
		Sig. (bilateral)	,729	,017	.	,139	,059	,395
		N	30	30	30	30	30	30
	PSS	Coefficiente de correlación	,550 ^{**}	,200	,276	1,000	,188	-,377 [*]
		Sig. (bilateral)	,002	,289	,139	.	,321	,040
		N	30	30	30	30	30	30
	HAD_ANSIEDAD	Coefficiente de correlación	1,000	,434 [*]	-,066	,550 ^{**}	-,137	-,500 ^{**}
		Sig. (bilateral)	.	,017	,729	,002	,471	,005
		N	30	30	30	30	30	30
	HAD_DEPRESION	Coefficiente de correlación	,434 [*]	1,000	-,433 [*]	,200	-,263	-,603 ^{**}
		Sig. (bilateral)	,017	.	,017	,289	,160	,000
		N	30	30	30	30	30	30
	SF_12	Coefficiente de correlación	-,500 ^{**}	-,603 ^{**}	,161	-,377 [*]	,363 [*]	1,000
		Sig. (bilateral)	,005	,000	,395	,040	,049	.
		N	30	30	30	30	30	30

^{*}. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).
^{**}. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 7 se presentan los resultados del análisis de correlación de Spearmann donde hubo la existencia de la relación estadísticamente significativa de 0.01 y 0.05 entre variables del estudio.

De acuerdo con la escala de resiliencia CD-RISC se aprecian correlaciones negativas y positivas bajas entre resiliencia total con ansiedad (-0.137), depresión (-0.263), apoyo social (0.349), estrés (0.188) y calidad de vida (-0.269), hallándose en esta ultima una correlación negativa baja.

Respecto al cuestionario de apoyo social MOS hubo correlaciones positivas y negativas bajas y moderadas entre ansiedad total (-0.066), depresión (-0.433), estrés (0.276), resiliencia (0.349) y calidad de vida (-0.015), donde la mayor correlación se presentó entre apoyo social y depresión siendo esta relación inversa moderada.

En cuanto a la escala de estrés percibido PSS se aprecian correlaciones positivas bajas y moderadas entre ansiedad total (0.550), depresión (0.200), apoyo social (0.276), resiliencia (0.188) y calidad de vida (0.414), infiriéndose que entre estrés y resiliencia hay una relación directa y muy baja.

Respecto al cuestionario de ansiedad y depresión HAD en la ansiedad hubo correlaciones negativas y positivas bajas y moderadas entre depresión total (0.434), apoyo social (-0.066), estrés (0.550), resiliencia (-0.137), y calidad de vida (0.450), hallándose entre ansiedad y apoyo social negativa baja.

En cuanto a el cuestionario de ansiedad y depresión HAD en la depresión hubo correlaciones negativas y positivas moderadas entre ansiedad total (0.434), apoyo social (-0.433),

estrés (0.200), resiliencia (-0.263), y calidad de vida (0.348), donde esta última muestra que existe una relación positiva baja.

Respecto a el ultimo cuestionario de calidad de vida SF-12 hubo correlaciones positivas y negativas moderadas entre ansiedad total (-.0500), depresión (-0.603), apoyo social (0.161), estrés (-0.377) y resiliencia (0.363), encontrándose que existe una relación baja esta entre calidad de vida y apoyo social.

De manera tal los resultados hacen caso a el método empírico –analítico, ya que por medio de la experiencia que se obtuvo al recolectar datos (por medio de cuestionarios evaluativos) en cuidadores informales (realidad dada) se pudo describir los hechos y acceder al conocimiento de la población, logrando analizar causas y efectos de la sobre carga, mostrar cómo se debe controlar, describir relaciones de variables salutogénicas y patogénicas, y predecir conductas, lo antepuesto teniendo de base una neutralidad valorativa.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Teniendo en cuenta los datos del estudio de (Alonso, et. al 2004) el perfil del cuidador informal es generalmente mujeres de mediana edad, hijas de la persona enferma y que trabajan de manera independiente, adicionalmente a estas características en el trabajo de grado se suma que el nivel de educación es superior, son casadas, estrato socioeconómico medio y la mayoría de régimen de salud EPS. Es de importancia nombrar que los resultados se interpretan a partir de los aportes que surgieron de la medicina, enfermería y neurología; de esta manera en el trabajo de grado se presentaron evidencias de la importancia de implementar la prevención para evitar la sobrecarga en el cuidador, tal como lo comprende la medicina ya que el papel de la prevención de la enfermedad se hace para disminuir el riesgo y no alterar de manera significativa la calidad de vida de las personas que cuidan. Apoyándose en los diseños del cuidado de enfermería se realizó

la devolución de datos a la población con el fin de dar a conocer estrategias terapéuticas, las cuales consisten en enseñar o transmitir información acerca de la enfermedad, tanto de Alzheimer como información de la sobrecarga, del cuidado de la persona que padece Alzheimer, de recursos de apoyo disponibles y del cuidado de sí mismo. En último lugar otra disciplina es la neurología, de donde obtuvo conocimiento acerca de los procesos cognoscitivos durante la transición de las enfermedades. Con lo anterior se pudo elaborar la cartilla de devolución de resultados, llevando en ella el resumen de los hallazgos e información útil para el rol del cuidador informal de persona con Alzheimer. Adicionalmente el modelo biopsicosocial permitió que los sujetos de las investigación se hayan vistos como participantes activos, adaptándose a los requerimientos personales y culturales, además de comprender la enfermedad desde la subjetividad del cuidador, así mismo se contó con factores biológicos y psicológicos (variables) para analizar situaciones cotidianas.

Respecto a las variables en resiliencia, la población puntúa en un 37.3 en promedio, en una escala donde el máximo es 50 y el mínimo es 17, lo que quiere decir que más de la mitad de la población mantiene herramientas para ser resilientes en su vida cotidiana.

En cuanto al apoyo social, se muestra que en promedio la población perciben 4 personas cerca y en la dimensión apoyo social emocional/ informacional se mantiene niveles altos con el 89.3, igualmente que apoyo social instrumental con 83.7, lo mismo que apoyo social interacción social positiva con niveles altos de 102 donde el máximo es 109 y el mínimo 92, finalmente el apoyo social afectivo también muestra niveles altos con un 107, siendo máximo 110 y mínimo 103.

Sobre el estrés, la población puntúa que tiene niveles de estrés percibido 15 puntos más de la mitad de escala siendo 40 el máximo y 10 el mínimo, es decir si frecuente estrés en su cotidianidad.

En los niveles ansiedad, en la escala existe un promedio de 10.5, sobre un máximo de 15 y un mínimo de 4, lo que señala que un poco más de la mitad de la población mantiene niveles de ansiedad, en cuanto a su rol de cuidador.

Respecto a depresión, se infiere que no hay una depresión frecuente en la población, ya que existe un promedio de menos de un punto de la mitad de las personas la cataloga en su vida diaria.

En cuanto a calidad de vida y sus dimensiones se halló, que la función física (grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas y realizar esfuerzos moderados e intensos) en cuidadores informales esta moderada ya que el promedio de las personas es un (74.17), moderado igual que dolor corporal con (66.67) y definido como medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar, en un máximo de 100 y mínimo de 25, también salud en general con (54.17) en un máximo de 100 y mínimo de 25y comprendido como valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar. Ahora existe un decremento en los niveles de cuidado respecto a la salud mental (valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar en general) con (38.33) en un máximo 100 y mínimo 0, les sigue la función social (grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual) con (37.50) en un máximo 100 y mínimo 0, después vitalidad (sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo) con (36.67) en un máximo 100 y mínimo 0, igualmente el rol emocional con (30.83) y definido como grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo, en un máximo 100 y mínimo 0 y por último se hallan resultados muy bajos en rol físico (22.92) en un

máximo 100 y mínimo 0, lo que se infiere que los cuidadores informales perciben que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas. (Definiciones de Estados Unidos Mexicanos, sf-36)

Como otro apartado se expone el análisis y la interpretación de correlaciones, en primer lugar esta el apoyo social, donde se evidencia que en promedio los individuos cuestionados percibe cuatro personas con las que cuentan en diferentes circunstancias de la vida. También las correlaciones muestran que entre apoyo social y ansiedad, existe una correlación negativa muy baja, lo que señala que si hay apoyo social en los cuidadores de personas con Alzheimer bajarán los niveles de ansiedad. Igualmente entre apoyo social y depresión, se valora una correlación negativa moderada, que muestra que a mayor apoyo social menor depresión. Tal como presume (Domínguez, et. al 2012) en uno de sus estudios, que cuanto menor es el grado de apoyo percibido, mayor es la frecuencia de ansiedad y depresión, en otras palabras a mayor apoyo social menor prevalencia de dichos trastornos. Cabe notar que en la población estudiada también surgen modificaciones en la vida cotidiana, tal como muestra el trabajo de grado de (Achury, et. al 2011) donde afirman que al cuidar a un paciente con enfermedad crónica se experimentan cambios en su vida cotidiana, relacionados con la transformación de roles, responsabilidades familiares, cambios en los estilos de vida y las relaciones de apoyo. En cuanto a apoyo social y resiliencia existe una correlación positiva moderada, lo cual dice que a mayor apoyo social mayor resiliencia existirá. Como refiere Bermejo (2004) que el grado de apoyo social que obtenga el cuidador informal de paciente con demencia, influirá sobre la calidad de vida del mismo y capacidad de resistencia. Siguiendo con las relaciones de variables, entre apoyo social y estrés existe una correlación positiva baja, que señala que a mayor apoyo social en varias personas también aumenta el estrés. Esto también es considerado por un estudio de Gallardo, Barón y Cruz (2012)

señalando que los cuidadores perciben poco apoyo social, en cuanto a, personas a quienes comunicar sentimientos y estados tensionales provocados por la situación del cuidado, asimismo no tener suficiente retribución afectiva por su labor, además recibir escasa ayuda por otros miembros de la familia en las labores del hogar, siendo infrecuentes las ofertas de invitaciones a espacios de recreación por parte de familiares y amigos. Enlazándose con los datos de recolección, hay quince cuidadores que reciben ayuda para el cuidado y quince personas que no, lo que se puede inferir que a pesar de que haya sujetos alrededor que ayuden con la situación del cuidado no son las mismas con las que pueden disminuir la tensión que implica ser cuidador. Para finalizar entre apoyo social y calidad de vida existe una correlación positiva baja, que se interpreta como que a mayor apoyo social aumentará la calidad de vida. Añade Crespo et. al (2006) que el apoyo social no tiene que ver con el número de personas con las que se está alrededor si no con la calidad (en este trabajo de grado el promedio es de 4 personas cercanas); lo anterior se puede analizar que la calidad de las personas cercanas es más importante que la cantidad, esto actúa como amortiguador del estrés que ocasiona ser cuidador (García y Torio 1996), además tal como lo dice Vitalino, Ruso, Young, Teri y Maiuro (1991) los cuidadores con mayor satisfacción en su red social experimentan menores niveles de depresión y así mismo aumentan y mejoran su calidad de vida. En conclusión se hallan puntos de convergencia con el trabajo de (Robinson, Tada, Guire y Kiecolt, 2001) que señala que los cuidadores al tener mayor capacidad de acceso o mayor nivel de apoyo social tienen mayores posibilidades que los que carecen de éste para evitar las consecuencias más severas del cuidado, como pueden ser los trastornos emocionales.

Por otra parte, entre estrés y ansiedad existe una correlación positiva moderada, que se entiende que a la vez que aumenta el estrés en los cuidadores de personas con Alzheimer también lo hace la ansiedad. Lo que también concluye (Barragan et. al 2003) diciendo que existen factores

sociales que aumentan la ansiedad y al tiempo generan mayor estrés con vulnerabilidad biológica y psicológica. Además, de los trabajos de grado, como dato adicional hallaron que la respiración y relajación progresiva de Jacobson redujo algunas conductas relacionada con el estrés y ansiedad (Sánchez, 2010). Ahora entre estrés y depresión existe una correlación positiva baja, que se infiere como que al aumentar o disminuir el estrés igualmente lo hará la depresión en los cuidadores. Lo que (OMS, 2012) señala que la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión. Así mismo entre resiliencia y estrés existe una correlación positiva muy baja, lo que se entiende que si bien existe resiliencia en algunas personas también aumentara el estrés. Igualmente y relacionándolo con el trabajo de grado, Rodríguez del Álamo (2002) habla de que en muchos cuidadores logran descansar y recuperarse, pero la soledad, los sentimientos de culpa y la atención que brindan en los centros de rehabilitación al ser querido, pueden ser nuevas fuentes de estrés. Después en calidad de vida y estrés existe una correlación negativa baja, donde se infiere que a mayor calidad de vida habrá menos niveles de estrés. Ahora bien si relacionamos que la mayoría de cuidadores son mujeres Gómez (2004) presume que las mujeres y sus diferentes roles, y el exceso de demandas y la falta de recursos en un rol o por el desempeño de varios roles simultáneamente puede ser una razón muy importante para que se genere estrés y eventualmente se presenten problemas de salud. Considera que el exceso de demandas por atender y la falta de recursos adecuados o suficientes para hacerlo, es decir, condiciones generadoras de estrés, es otra de las razones importantes que explica las consecuencias negativas del desempeño de múltiples roles. Del mismo modo Rodríguez del Álamo (2002) muestran que la sobrecarga del cuidador, conlleva sentimientos de ser desbordado por la situación, lo cual finalmente se traduce en altos niveles de estrés. Finalmente (Roca et al. 2000; López, et al. 2009; Inouye, et. al 2009) afirman que los cuidadores sobrecargados y desgastados tienen el mantenimiento de la calidad de vida

amenazada debido al estrés proveniente de la responsabilidad de cuidar, sentimientos de impotencia, problemas de salud y cansancio e irritabilidad.

En otras correlaciones esta, ansiedad y depresión que muestran una correlación positiva moderada, que figura que en los cuidadores de personas con Alzheimer al aumentar o disminuir la ansiedad así mismo lo hará la depresión. Como señala Ribas, Et. al (2000) que el 70% de los cuidadores tiene síntomas de ansiedad, seguido por los síntomas de depresión. En cuanto a calidad de vida y ansiedad existe una correlación negativa moderada, que se infiere que a mayor calidad de vida menor ansiedad y recíprocamente. Lo que destaca (Ribas, et. al 2000) la sobrecarga que soporta el cuidador, una vez superados los recursos disponibles, puede repercutir de forma negativa sobre su salud, destacando malestar psíquico principalmente ansiedad. Así mismo el aumento de ansiedad puede ser provocado por implicaciones en la calidad de vida del cuidador, en aspectos como asertividad, expresión y manejo de rabia, resolución de problemas, auto cuidado, redes de apoyo, valoración de experiencia del cuidador y manejo del estrés como presume Castillo (2003).

Otras variables analizadas fueron resiliencia y ansiedad existe una correlación negativa muy baja, lo cual dice que a mayor resiliencia menor ansiedad en los cuidadores; y un trabajo de grado podría apoyar lo anterior, (Salazar, 2010) manifiesta en su estudio los cuidadores tenían excelentes estrategias de afrontamiento y uso de religiosidad como forma de ser resilientes; sin embargo se presentaban niveles ansiedad y/o depresiva. Conjuntamente esta resiliencia y depresión existe una correlación negativa baja, que se entiende que a mayor resiliencia son menores los niveles de depresión en los cuidadores de personas con Alzheimer. En un estudio (Restrepo et. al 2011) destaca que la resiliencia, da control emocional siendo una variable protectora, amortiguadora y moderadora de la calidad de vida de cuidadores, mientras que la depresión constituye un factor de riesgo que vulnera la percepción de bienestar físico y

emocional. Respecto a la resiliencia y Calidad de vida existe una correlación positiva baja, que se interpreta que a mayor resiliencia mayor calidad de vida. Como bien lo ha planteado Bonanno (2004) En estudios, se ha encontrado que personas con características de cuidador pueden mantener niveles estables en aspectos físicos y psicológicos, además son capaces de generar experiencias y emociones positivas, logrando ser resilientes frente a la adversidad. Al mismo tiempo lo importantes es que esta conceptualización ayuda a que las investigaciones vayan más allá de simples estudios y que se logre orientar a la población en situaciones desfavorables, en la recuperación de la salud por medio de elementos de la resiliencia.

Como una correlación esta la calidad de vida y depresión existe una correlación negativa moderada, lo que figura que a mayor calidad de vida existirá menor depresión y de manera lógica, viceversa. Lo que apoya Vinaccia et. al (2005) afirmando que la calidad de vida abarca aspectos donde en los cuidadores se altera el bienestar psicológico que relaciona la depresión con la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento de su ser querido. También Roca, et. al(2000). Considera que la depresión marca la pauta de obstrucción a la fluidez de calidad de vida del cuidador informal, ya que al tener que organizar su vida propia a la del paciente dependiente, liga las actividades de ocio, dedicación propia, expresión de motivacional y etc. Además, (Dueñas et. al 2013) en su trabajo señala que cuidadores de adultos mayores discapacitados son un grupo vulnerable con necesidades preventivas y terapéuticas, ya que son propensos a sufrir de depresión, porque su labor se hará con el correr de los días más difícil de llevar. Adicionalmente, (López, et. al 2009) dicen que los procesos alterados con frecuencia en cuidadores de personas dependientes, son la ansiedad y depresión y esto ocasiona alteraciones del sueño, apatía y/o irritabilidad. Estos mismos autores señalan que todo lo anterior pone en evidencia la necesidad de implementar actuaciones multidisciplinarias encaminadas a apoyar a los cuidadores tanto de

forma preventiva como de soporte, siendo necesario adaptar las intervenciones a las características y necesidades específicas de cada cuidador.

CONCLUSIONES

Como apreciaciones del trabajo investigativo, que se llevó acabo de forma estadística, y donde el objetivo general fue analizar las relaciones entre resiliencia, apoyo social, estrés, ansiedad y depresión sobre la calidad de vida de cuidadores informales de personas con Alzheimer. Es posible concluir que en la población estudiada, después de haber analizado cada prueba y conjuntamente comparar las principales variables que constituye el perfil del cuidador en nuestro entorno, fue arrojada la siguiente información:

Se presume que a mayor apoyo social, mayor resiliencia, a mayor resiliencia menor ansiedad, a mayor resiliencia menor depresión, a medida que suben los niveles de resiliencia en algunas personas sube el estrés, a mayor apoyo social menor ansiedad, a mayor apoyo social menor depresión, a mayor apoyo social mayor estrés, a mayor apoyo social mayor resiliencia, a mayor estrés mayor ansiedad, a mayor estrés mayor depresión, a mayor apoyo social mayor calidad vida, a mayor estrés menor calidad de vida, a mayor ansiedad mayor depresión, a mayor ansiedad menor calidad de vida, a mayor resiliencia mayor calidad de vida y finalmente a mayor calidad de vida menor depresión. Es debido a esto se puede concluir que los principales factores de incidencia negativos y/o variables patogénicas en los cuidadores informales es el depresión y la ansiedad, y no puntúa el estrés ya que a pesar de tener un buen apoyo percibido y resiliencia está presente por las distintas demandas sociales. De igual forma las variables salutogénicas se mantienen en niveles aceptables, ya que por el mismo contexto de rehabilitación, estos cuidadores reciben ayuda frecuentemente, lo que no quiere decir que sus recursos personales no se vean retados diariamente.

Es por tanto que sería interesante en futuros estudios replicar esta investigación con muestras mayores de la población cuidadora informal de personas con Alzheimer haciendo diferenciaciones por género y estrato socioeconómico (entre otros) ya que se cuenta con poca información de estudios esta población, además hacer diferencias en el estado de dependencia del adulto mayor con demencia.

APORTES

En cuanto a los cuidadores e instituciones que participaron en el trabajo de grado, el beneficio o las contraprestaciones que obtuvieron, fue mejorar comprensión de la problemática, determinar características en nuestro entorno sociocultural, hacer parte de las estadísticas de la población de cuidadores y de esta manera incidir o posibilitar estudios posteriores donde sigan incursionando esta situación para evitar la sobrecarga y abandono del rol, quedando en malas condiciones de vida la persona que padece Alzheimer y el cuidador. Esto es un aporte que influencia del mismo modo a la disciplina. Igualmente las personas que participaron recibirán información trascendental sobre el estudio y datos útiles para seguir conllevando la labor de servicio, esto de manera estratégica como prevención y manejo de síntomas desfavorables a la calidad de vida. también este estudio es relevante por el progresivo proceso de envejecimiento y creciente esperanza de vida además se pretende que los cuidadores después de recibir información adecuada, puedan ser consistentes a otro cuidadores respecto a dudas y necesidades, que no solo vaguen desde su experiencia si no desde la formación académica.

Ahora bien, el trabajo de grado aporta datos a la línea de investigación del campo de psicología de salud, de la Universidad Santo Tomás, llamada Bienestar. En cuanto a los cuidadores informales de personas con Alzheimer, enfatizándose en los niveles de resiliencia, apoyo social, estrés, ansiedad y depresión sobre la calidad de vida (como variables asociadas a los problemas emocionales y de salud de los cuidadores) esto es relevante ya que no existe algún

trabajo investigativo en la facultad con las características de la población y las variables estudiadas. Se concreta que el bienestar subjetivo, bienestar social y bienestar psicológico de los cuidadores, en aspectos como percepción de apoyo social y resiliencia no se ven influenciadas significativamente por depresión, estrés y ansiedad. Sin embargo al ir trascendiendo los días y del mismo modo la enfermedad de la persona al cuidado, puede que sea alterado el bienestar en algunas circunstancias, para ello se busca el reconocimiento de acciones preventivas que apoyen el proceso de cuidar del otro y de sí mismo, resaltando valores como la autonomía, buena auto-aceptación, mantener propósito en la vida, relaciones positivas con otros, dominio del entorno, crecimiento personal y condiciones contextuales. Lo mencionado con el fin de optimizar, atenuar, enseñar y mostrar posibles formas de afrontamiento frente a situaciones de sosiego y cambios drásticos que conlleva el cuidado de un adulto con demencia.

Finalmente y no menos significativo, el aporte que el trabajo de grado dio a la investigadora, se sujeta a la experiencia total desde adquirir la muestra hasta los resultados y devolución de los mismos, dando de esta manera conocimiento y manejo de los cuidadores informales y los protocolos en procesos formales. Respecto a otro tema, para la investigadora fue representativo conocer leyes de protección al adulto y al cuidador, de esta manera cabe resaltar la constante divulgación en los sitios de rehabilitación hacia los cuidadores, respecto a las leyes actuales de interés, tales como la ley 1616 de 2013 (salud mental), ley 1306 de 2009 (protección persona con discapacidad mental) y ley 1733 de 2014 (cuidados paliativos apacientes con enfermedades crónicas y terminales), que benefician en todo sentido la situación existente.

REFERENCIAS

- Achury, D.M y Buitrago, L.A. (2009) *Intervención de enfermería en los pacientes con depresión después de un infarto agudo del miocardio*. Revista de la universidad Javeriana. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1607>
- Achury, D.M., Castaño, H.M., Gómez, L.A., y Guevara, N.M. (2011). *Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia*. Revista Investigación en enfermería. Vol.13 No1. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1632>
- Alvarez-Ude, F. (2001). *Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica*. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Vol 14No1. Págs.64-68. Disponible en: http://www.seden.org/publicaciones_articulodet.asp?idioma=ypg=publicaciones_revistad et.aspxbuscar=yid=23yidarticulo=134yDatapageid=1yintInicio=
- Alonso, B. A., Garrido, B. A., Díaz, P. A., Casquero, R. R. y Riera, P., M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. Atención Primaria. Vol 33. Págs. 61-68.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., y de la Fuente, L. (1998) Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de salud SF-36. Medicina Clínica. Barcelona. págs. 410-416.
- American Heart Association. (2008) *El Congreso Mundial de Cardiología*. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/content/118/12/e414.full.pdf+html?sid=f787f448-447c-4534-87ac-79df363edf3d>
- Amor, P., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasúa, B. (2002). *Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en función de las circunstancias del maltrato*. Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology, 2, 227-246. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33720202>
- Annicchiarico, I., Gutiérrez, G y Pérez, A. M. (2013). *Neurociencias del comportamiento en revistas latinoamericanas de psicología*. Avances en Psicología Latinoamericana. Vol. 31 No1. Págs. 3-32. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v31n1/v31n1a02.pdf>
- Ardila, R (2003). *Calidad de vida: una definición integradora*. Revista latinoamericana de psicología. Vol 35 No2 págs. 161-164. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>
- Arango, C.A., Escoba, M.I y Pimienta, H.J.(2004). *Fundamentos moleculares y celulares de la depresión y de los mecanismos antidepressivos*. Revista colombiana de psiquiatría, vol.21

- No 1. págs. 165-186. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v33s1/v33s1a10.pdf>
- Arango, J.C., Moreno, A., Rogers, H., Francis, K. (2009). The effect of dementia patient's physical, cognitive, and emotional/ behavioral problems on caregiver well-being: findings from a Spanish-speaking sample from Colombia, South America. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*. Vol 24 No 5. Págs 384-95. Disponible en: file:///C:/Users/HOGAR/Downloads/10291-30800-1-PB.pdf
- Arnoletto, J.E. (2007) *Curso de teórica política*. Edición electrónica gratuita. Disponible en: www.eumed.net/libros/2007b/300/
- Atehortua, M., y Tasco, M. (2006). *Cuidado en casa del paciente con diagnóstico de demencia*. Fundación Valle de Lili. Disponible en: http://bibliotecadigital.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/4555/1/121_Paciente_con_Demencia.pdf
- Ávila, J.A (2013). *Calidad de vida*. Instituto nacional de ciencias médicas y nutrición salvador zubirán. Disponible en: <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/calidadVida.html>
- Ávila, J.H., García, J.M., y Gaitán, J. (2010) *Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia*. Revista colombiana de psicología vol. 19 N.º 1. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/download/13830/16951>.
- Ayyash-Abdo, H., y Alamuddin, R. (2007). *Predictors of Subjective Well-Being Among College Youth in Lebanon*. The Journal of Social Psychology, 147(3), 265-284. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17703789> ebsco
<http://bdatos.usantotomas.edu.co:2099/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sysid=8ce58fce-ff15-413a-9b76-ae3e3e3a7fdb%40sessionmgr12&yhid=23>
- Barbosa, A. (2006). *Movilización de la dinámica vincular del sistema familia, cuidador y persona con síndrome demencial en un proceso de investigación-intervención*. (Trabajo de grado) Universidad Santo Tomás. Bogotá. Disponible en: <http://tesis.usta.edu.co/biblioteca/TESIS10/M.PS.C.B16MO2006.pdf>
- Barragan, B., Parra, C., Contreras, M y Pulido, P. (2003). *Manejo de la ansiedad mediante la combinación de desensibilización sistemática con relajación muscular, relajación autógena y biorretroalimentación*. Suma psicológica. Volumen 10 No 2. Págs.135-152. Disponible en: <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/97>
- Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). *Estructura social, apoyo social y salud mental*. Psicothema, 13 (1), 17-23. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?ID=408>
- Bal, S., Crombez, G., Van Oost, P. y Debourdeaudhuij, I. (2003). The role of social support in well-being and coping with self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse y*

- Neglect, 27 (12), 1377- 1395. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14644056>
- Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). *Estructura social, apoyo social y salud mental*. Psicothema, 13, 17-23. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?ID=408>
- Barra, E. (2004). *Apoyo social, estrés y salud*. Psicología y Salud, 14, 237-243. Disponible en: http://www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud_14_2/index.html
- Barrera, L. I., y Romero, A. M. (2010). *Percepción de soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica Con el uso De tecnologías de la información y la comunicación en salud (TIC's)*. (Trabajo de grado) Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8676/>
- Balbas, V. M (2005). *El profesional de Enfermería y el Alzheimer*. Nure Investigación No 3. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/protocolo%2013.pdf
- Badia, X. y Lizán, L. (2003). *Estudios de calidad de vida. En A. Martín y J. Cano. Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. Elsevier. Volu 31No2. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencin-primaria-27/articulo/la-evaluacion-calidad-vida-osteoporosis-13043485?referer=buscador>
- Badia, X., Lara, N. y Roset, M. (2004). *Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer*. Atención Primaria. Vol 34 No 1. Págs. 170-177. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10ypident_articulo=13065825ypident_usuario=0ypcontactid=ypident_revista=27yty=57yaccion=Lyorigen=zonadelecturayweb=http://zl.elsevier.esylan=esyfichero=27v34n04a13065825pdf001.pdf
- Beltrán, C. A. (2010). *Calidad de vida y sobrecarga en el cuidador primario informal de pacientes hospitalizados en la UCI pediátrica de instituciones de tercer nivel de la Ciudad de Bogotá D.C.* (Trabajo de grado) Universidad Santo Tomás. Bogotá. Disponible en: <http://tesis.usta.edu.co/biblioteca/TESIS10/T.PS.B24CAL2010.pdf>
- Becerra, A.M., Madalena, C.A., Estanislau, C., Rodríguez, J.L., Dias, H., Bassi, A., Chagas, D.A., y Morato, S. (2007). *Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y maladaptaciones*. Revista latinoamericana de psicología 2007, volumen 39 No 1. Págs. 75-81. Disponible en: <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/rlpsi/article/view/571/406>
- Bermejo, F (2004) *Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia*. Segunda Edición. Disponible en: <http://books.google.com.co/books?id=cLQB4bk3YDICYpg=PA157ylpg=PA157ydq=apo+yo+social+en+cuidadores+de+pacientes+dementesy+source=blyots=adHi6aa9u4ysig=yEOTuFU-uVRmMwdGaE9QjI6AM3Eyhl=es->

419ysa=Xyei=cdhQUshCNojm8gTCnoC4AQyved=0CHkQ6AEwCA#v=onepageyq=apoyo%20social%20en%20cuidadores%20de%20pacientes%20dementesyf=false

- Becoña, E. (2006). *Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto*. Psicopatología y Psicología Clínica, 11, 125- 146. Disponible en: <http://espacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:Psicopat-2006-E3EEFE3-E4DF-43B4-C15D-FF038F693092/PDF>
- Borrell, F (2002). *El modelo biopsicosocial en evolución*. Medicina Clínica. Vol 119. No 5. Págs. 175-9 disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/el-modelo-biopsicosocial-evolucion-13034093-articulos-especiales-2002>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience. American Psychologist, vol 59 No 1. Págs. 20-28. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2004-10043-003>
- Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M. Lochner, C. y Seedat, S. (2008). *Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth*. Comprehensive Psychiatry. Volumen 49 No1. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S00104440X07001265>
- Bybee, D. I. y Sullivan, C. (2002). *The process through which an advocacy intervention resulted in positive change for battered women over time*. American Journal of Community Psychology, 30, 103-132. Disponible en: <http://psychology.msu.edu/cap/Documents/Mediation%20article.pdf>
- Cardona, M. D., Segura, A. M., Berbesí, D. Y., y Agudelo, M. A. (2013). *Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos*. Facultad nacional de salud pública. Universidad De Antioquia. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/12411>
- Castillo, A. y Arocha, C. (2001). *La calidad de vida en salud en el período revolucionario*. Revista cubana de salud pública. vol 27 No1 Págs 45-49. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21427106yidp=1ycid=2194500>
- Castillo, C. M. (2003). *Diseño y evaluación de un taller psico-educativo para cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer*. Psykhe. Volumen. 12 No 1. Págs. 197-143. Disponible en base de datos EBSCO. <http://bdatos.usantotomas.edu.co:2099/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3ba33a1b-9f2a-45a0-9885-24d7816da04b%40sessionmgr10yvid=16yhid=22>
- Casado, D. y López, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*. Barcelona: Fundación la Caixa. Disponible en: <http://www.asociacion-aeste.es/comun/documentacion/vejez.pdf>
- Camargo, A. (2011). *Prácticas de cuidado popular en el hábito de sueño de cuidadores de adultos mayores con Alzheimer*. (Trabajo de grado) Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4489/>

- Carreño, S. P. (2012). *Metasíntesis de calidad de vida en cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica*. (Trabajo de grado) Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8564/>
- Calle, D. (s.f). *Estudiar protege contra el Alzheimer*. Un periódico. Disponible en: <http://historico.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/114/18.html>
- Castaño, G. A (2000) *Seminario de teoría administrativa*. Disponible en: http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/sedes/manizales/4010014/Contenidos/Capitulo3/Pages/3.8/388Modelo_Habermasiano.htm
- Castillo, O.I ., Morales, T., Vázquez, F., Sánchez, S., Ramos, B., y Guevara, U. (2008). *Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales*. Revista Médica del Instituto Mexicano del seguro social. Volumen 46 No 5. Págs. 485-494. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=939:sobrecarga-ansiedad-y-depresion-en-cuidadores-primarios-de-pacientes-con-dolor-cronico-y-terminales&catid=321:aportaciones-originales&Itemid=612
- Caro, L e Ibañez, E (1992) *la escala de ansiada y depresión: su utilidad práctica en psicología de la salud*. Boletín de psicología; 36,-43-69.
- Código deontológico y bioético del ejercicio de psicología en Colombia. Ley N° 1090. Disponible en: <http://www.psicologiaprospectiva.com/introley1090.html>
- Comunidad de Madrid. (s.f). *Sf-12*. Dirección general de servicios sociales. Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EP C%202006/Carpeta%20Instrumentos%20CAM/Carpeta%20Instrumentos/4.Estado%20de%20salud%20general/SF12/SF12_F.PDF
- Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. Editorial Manual Moderno. México. Disponible en: http://www.franciscohuertas.com.ar/wp-content/uploads/2011/04/IT_Coolican.pdf
- Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983). *Perceived Stress Scale (PSS) A global measure of perceived stress*. Journal of Health and Social Behavior. vol 24 No1. Págs. 385-396. Disponible en: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/2136404?uid=3737808&uid=2&uid=4&sid=21104648690777>
- Comín, E., De la fuente, I y García, A (2003) *El estrés y el riesgo para la salud*. Departamento de prevención MAZ. Disponible en: <http://www.uma.es/publicadores/prevencion/wwwuma/estres.pdf>
- Congreso De Colombia. Ley 1306 de 2009. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=38289#0>

- Constitución Política De Colombia 1991. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>
- Congreso De Colombia. Ley 1616 de 2013. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
- Construmatica (s.f) *Resiliencia*. Portal de Arquitectura, ingeniería y construcción. Disponible en: <http://www.construmatica.com/construpedia/Resiliencia>
- Contreras, F., Espinosa, J., Haikal, A., Esguerra, G., Polanía, A., y Rodríguez, A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas: Prespectivas en Psicología*, 1(2), 183-194. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v1n2/v1n2a07.pdf>
- Connor, M. y Davidson, T. (2003). *Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC)*. *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Crespo, M, y López, J. (2006). *El apoyo a los cuidadores de mayores dependientes: presentación del programa “como mantener su bienestar”*. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>
- Criterios Diagnósticos de los Trastornos Mentales. (1994) *Criterios para el episodio depresivo mayor*. Disponible en: <http://www.psygnos.net/biblioteca/DSM/dsmdepre.htm>
- Cruz, M.A., Serra, M., Gómez, L.C., Posada, J., Gómez, L.F., y Gómez L.C. (2003) *Estudio Nacional De Salud Mental Colombia*. Ministerio de la Protección Social De la República de Colombia. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Crespo, M, y López, J (2006). *El apoyo a los cuidadores de mayores dependientes: presentación del programa “como mantener su bienestar”*. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>
- Davies, P. T. y Windle, M. (2001). *Interparental discord and adolescent adjustment trajectories: The potentiating and protective role of intrapersonal attributes*. *Child Development*. Volumen 72 No 4. Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-1/23-1/Yareli%20Salazar%20%C3%81lvarez.pdf>
- Dávila, P. A., Orjuela, Á. P., y Ramos, J. C. (2009). *Alteración del patrón del sueño en los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica*. (Trabajo de grado)

Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Disponible en:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/8496/>

Dellman-Jenkink, M., Blankemeyer, M., y Pinkard, O (2011). *Incorporating The Elder Caregiving Role Into The Developmental Tasks Of Young Adulthood*. International Journal Of Aging And Human Development. vol 52. No1. Pags 1-18. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11310571>

De La Cuesta, C. (2009) *“Estar tranquila”: la experiencia del descanso de cuidadoras de pacientes con demencia avanzada*. Pensar Enfermagem Vol. 13 N.º 2. Disponible en:
<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/16902>

Delicado, M. V., García, M. A., Martínez, P., y López, B. (2000). *Cuidadoras informales: una perspectiva de género*. Ponencia en las jornadas feministas de la Universidad de Córdoba. Disponible en:
http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2013/cuidadoras_informales.htm

Departamento de Organización de Empresas. Escuela Técnica Superior de Ingeniería Industrial y Aeronáutica de Terrassa. Universidad Politécnica de Cataluña. Disponible en:
<https://upcommons.upc.edu/e-prints/bitstream/2117/501/1/Introducci%C3%B3n%20a%20la%20investigaci%C3%B3n%20en%20ciencias%20sociales.pdf>

Diario Oficial de la República de Chile. Ley N° 18525. Disponible en:
<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=29924>

Domínguez, J.A., Ruíz, M., Gómez, I., Gallego, E., Valero, J., y Izquierdo, M.T. (2012) *Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes*. Semergen Volumen 38 No 1. Págs. 16-23. Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10ypident_articulo=90095695ypident_usuario=0ypcontactid=ypident_revista=40yty=70yaccion=Lyorigen=zonadelecturayweb=http://zl.elsevier.esylan=esyfichero=40v38n01a90095695pdf001.pdf

Dopheide, J. A. (2006). *Recognizing and treating depression in children and adolescents*. Medscape. Disponible en: http://www.medscape.com/viewarticle/524043_3

Dowd, D. T. (2004). *Depression: Theory, assessment, and new directions in practice*. International Journal of Clinical and Health Psychology.vol 4 No2. Págs.413-423. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33740212>

Domínguez, J.A., Ruíz, M., Gómez, I., Gallego, E., Valero, J., y Izquierdo, M.T. (2012) *Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes*. Semergen. Volumen 38 No 1. Págs. 16-23. Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10ypident_articulo=90095695ypident_usuario=0ypcontactid=ypident_revista=40yty=70yaccion=Lyorigen=zonadelecturayweb=http://zl.elsevier.esylan=esyfichero=40v38n01a90095695pdf001.pdf

- Dobles, C., Zúñiga, M. y García, J. (1998). *Investigación en educación: procesos, interacciones y construcciones*. Universidad Estatal A Distancia. Disponible en: <file:///C:/Users/HOGAR/Downloads/1223-3922-1-PB.pdf>
- Dueñas, E., Martínez, M. A., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara, A. S., Y Herrera, J. A. (2013). *Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales*. (Trabajo de grado) Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co:8000/handle/10893/5607>
- Duvall, N. M., y Pychyl, T. A. (2008). *An Examination of the Relations between Social Support, Anthropomorphism and Stress among Dog Owners*. *Anthrozoös*, 21(2), 139-152. Disponible en la base de datos ebsco <http://bdatos.usantotomas.edu.co:2099/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=78bf6d9a-dfc6-48d0-b39a-8f201196e3fa%40sessionmgr10&hid=23>
- ENDS. (1990- 2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud - Pro familia*. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-17.pdf>
- Enciclopedia Hispánica. (s.f) *Resiliencia*. Disponible en: <http://www.planetasaber.com/search/results.asp?txt=resiliencia>
- Essau, C. A., y Chang, W. C. (2009). *Epidemiology, comorbidity, and course of adolescent depression*. National institute of mental health. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/trials/practical/tads/questions-and-answers-about-the-nimh-treatment-for-adolescents-with-depression-study-tads.shtml>
- Estados unidos americanos (s.f). Dimensiones del sf-36. Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/CUESTIONARIO_SALUD_SF-36.pdf
- Fernández, V. (2006). *Introducción a la investigación en ciencias sociales*.
- Fernández, V. y Crespo, M. (2011). *Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: una revisión*. *Clínica y Salud*, 22(1), 21-40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742011000100002&script=sci_arttext
- Febrabi, N. L. (s.f) *Positivismo e historia*. Disponible en: http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4465/81-cuyo-1973-tomo-09.pdf
- Fergus, S., y Zimmerman, M.A (2005) *Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk*. *Rev. publihealth* 26: 399-419. Disponible en la base de datos EBSCO. <http://bdatos.usantotomas.edu.co:2099/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=3ba33a1b-9f2a-45a0-9885-24d7816da04b%40sessionmgr10&hid=26>
- Gaite, M. (2006). *Concurso Cnice Positivismo*. Disponible en: <http://concurso.cnice.mec.es/cnice2006/material003/Recursos%20Materiales/Terminos/Positivismo.pdf>

- Gallar, A (2006). *¿Qué es el apoyo social ?*. Universidad de Cantabria. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_439.pdf
- Gallardo, R., Barón, D y Cruz, E (2012). *El cuidado informal en enfermos de Alzheimer: evaluación a partir de un modelo teórico*. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942012000100020&script=sci_arttext
- García, L y Losada, A. (2008) *Dependencia, cuidado informal y función familiar: Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento*. Psicología Médica. Disponible en: http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/22590/1/DPPMMLHM_Dependencia%2c%20cuidado%20informal%20y%20funcion%20familiar.pdf
- Göz, F., Karaoz, S., Goz, M., Ekiz, S. y Cetin, I. (2007). *Effects of the diabetic patient's perceived social support on their quality-of-life*. Journal of Clinical Nursing, 16, 1353-1360. Disponible en: <http://bdatos.usantotomas.edu.co:2099/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sysid=78bf6d9a-dfc6-48d0-b39a-8f201196e3fa%40sessionmgr10&hid=23>
- González, V. y Lobo, N. (2001). *Calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis*. Aproximación a un proyecto integral de apoyo. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. vol 4No1. Págs. 6-12. Disponible en: http://www.revistaseden.org/files/art130_1.pdf
- González, J. A. (2012). *Estrategias de afrontamiento y calidad de vida percibida en cuidadores de niños con discapacidad cognitiva*. (Trabajo de grado) Universidad Santo Tomás. Bogotá. Disponible en: <http://tesis.usta.edu.co/biblioteca/TESIS10/T.PS.G55ES2012.pdf>
- Gómez, V. (2004). *Estrés y salud en mujeres que desempeñan múltiples roles*. Avances en Psicología Latinoamericana, Volumen 22, Pp. 117-128. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/799/79902211.pdf>
- García, M. C. y Torío, J. (1996). *Repercusiones de la demencia en la familia y en el cuidador principal del paciente*. Medifam. Revista de Medicina Familiar y Comunitaria. Vol 6. Págs 47-55. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>
- Grau, J. A. (2002). *Calidad de vida y salud: problemas en su investigación*. Revista habanera ciencia médica. Vol6 No4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2007000400002&script=sci_arttext
- Grajales, T (2000). *Tipos de investigación*. Instituto Universitario Puebla. Págs. 1-4. Disponible en http://www.iupuebla.com/Maestrias/M_E_GENERO/MA_Maestria_Genero/Jose_Miguel_Velez/Tipos%20de%20investigacion.pdf

- Guarino, L., y Sojo, V.(2009). *Adaptación y validación del ITQ (Interpersonal Trust Questionnaire)*. Una nueva medida del apoyo social. *Avances en Psicología Latinoamericana* volumen 27 No1. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242009000100014
- Gutiérrez, L. (1996). *Paradigmas cuantitativo y cualitativo en la investigación socio-educativa: proyecciones y reflexiones*. Paradigma. Volumen 14 al 17. Disponible en: <http://www.tec-digital.itcr.ac.cr/revistamatematica/ContribucionesV4n22003/meza/pag1.html>
- Hatala, A.R (2012). *The Status of the “Biopsychosocial” Model in Health Psychology: Towards an Integrated Approach and a Critique of Cultural Conceptions*. *Open Journal of Medical Psychology*. vol 1No. Págs. 51-62. Disponible en: file:///C:/Users/HOGAR/Downloads/OJMP20120400001_23065291.pdf
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México. Cuarta edición. McGraw-Hill Interamericana. Pag 48-63. México.
- Hernández, G (2012). *Consentimiento informado*. Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología. Disponible en: http://www.ascofapsi.org.co/documentos/2013/Doctrina_3_Consentimiento_Informado.pdf
- Hermida, p., y Stefani, D. (2011). *La jubilación como un factor de estrés psicosocial*. Un análisis de los trabajos científicos de las últimas décadas. *Perspectivas en psicología - Vol 8 - Noviembre 2011 - (pp. 101 - 107)* Disponible en: <http://www.seadpsi.com.ar/revistas/index.php/pep/article/view/49>
- Horowitz, A. y Reinhardt, J. (2000). *Mental health issues in visual impairment: Research in depression, disability and rehabilitation*. The Lighthouse Handbook on Vision Impairment and Vision Rehabilitation: Vision Rehabilitation. Vol. 2 No1. Págs 1089-1109. Disponible en: http://books.google.com.co/books?id=QCiyzVJYfQoC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&qyqf=false
- Humber, J.M. (1996). *Bioethics and morality: The Foundations of Bioethics by Tristram Engelhardt*. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11644853>
- Inouye, K., Silva, E., Lost, S.C y Yoshie, C (2009). *Percepción de la calidad de vida del anciano con demencia y la de su cuidador familiar: evaluación y correlación*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol.17No2. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es_08.pdf
- Jiménez, T.I., Murgui, S., y Musitu, G. (2005). *Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: efectos directos y mediadores*. *Anuario de Psicología*. Volumen 36 No 2. Págs. 181-195. Disponible en: [http://roderic.uv.es/jspui/bitstream/10550/2096/1/5.%20Anuario%20de%20Psicolog%C3%ADa,%2036%20\(2005\)%20Jim%C3%A9nez.pdf](http://roderic.uv.es/jspui/bitstream/10550/2096/1/5.%20Anuario%20de%20Psicolog%C3%ADa,%2036%20(2005)%20Jim%C3%A9nez.pdf)

- Korczyn, A.D., y Halperin, I (2009). *Depression and dementia. national center for biotechnology information*. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19345960>
- Laham, M (s.f). *El Modelo médico - El Modelo Biopsicosocial*. Psicología de la salud. Disponible en: <http://www.psicologiadelasalud.com.ar/art-profesionales/42-el-modelo-biopsicosocial.html?start=1>
- León, J y Sánchez, E (2006). *Método empírico analítico o investigación práctica*. Cátedra de epistemología. Universidad Santo Tomás. Bucaramanga. Disponible en: <http://190.90.57.169/BOA/?q=system/files/082-METODO+EMPIRICO+ANALITICO+O+INVESTIGACION+PRACTICA.swf>
- Londoño, N.H., Rogersb, H.L., Castilla, J.F., Posada, S.L ., Ochoa, N.L., Jaramillo, M.A ., Oliveros, M., Palacio, J.E., y Aguirre, D.C. (2012). *Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social*. International Journal of Psychological Research. Volumen 5 No 1. Págs. 142-150 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539016>
- Lopera, F. (2004). *Plan de estudio de paciente con demencia y diagnóstico diferencial con Alzheimer*. IATREIA. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreia/article/view/3620/3382>
- López, D., Polo, T., Fernández, C., Chacón, H., Díaz, C., y Chacón, A. (2011). *Depresión y ansiedad en personas con retinosis pigmentaria, sus familiares y un grupo control*. Universitas Psychologica. Vol. 10 No. 2 Págs. 467-476 Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revpsycho/article/view/527>
- Llibre, J. J. (2002). *Estrategias de investigación en la enfermedad de Alzheimer*. Revista Cubana Medicina General Integral. Volumen 18 No 4. Págs. 13-20. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_4_02/mgi1642002.htm
- López, M.J., Orueta, R., Gómez, S., Sánchez, A., Carmona, J y Alonso, F.J.(2009) *El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud*. Revista Clínica de Medicina de Familia. vol. 2, No. 7. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169614509004>
- López, M. A., Caicedo, M ., Y Gualteros, D. M. (2009). *Propuesta de plan de egreso para pacientes con enfermedad crónica y sus cuidadores tratados en el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt* (Trabajo de grado) Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/9007/>
- Luthar, S.S.,Cinchetti, D.,y Becker,B (2000). *Researcrh on resilience.Response to commentaies.Childdevelopment*. Volumen 71, No 3, Págs. 573-575. Disponible en la base de datos EBSCO. <http://bdatos.usantotomas.edu.co:2099/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10ysid=3ba33a1b-9f2a-45a0-9885-24d7816da04b%40sessionmgr10yhid=26>

- Mateo, I., Millán, A., García, M. M., Gutiérrez, P., Gonzalo, E. y López, L. A. (2000). *Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto familiar*. Atención Primaria. vol 26 No1. Págs.25-34. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/articulo/cuidadores-familiares-personas-con-enfermedad-11295>
- Matud, M P ., Aguilera, L., Rosario, J. Marrero, R.J., Moraza, O y Carballeira, M. (2003) Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. Vol. 3, Nº 3, pp. 439-459. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-81.pdf
- Masten, A.S y Gewirtz, A.H (2006) *Resilience in development :The importance of early childhood*. Encyclopedia on early childhood development. Disponible en: <http://www.enfant-encyclopedie.com/pages/PDF/Masten-GewirtzANGxp.pdf>
- Martínez, M.F., García ,M., y Maya, I. (2001). *El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes*. Psicothema. Vol. 13, nº 4, pp. 605-610. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?ID=486>
- Meza, L.G (2003). *El paradigma positivista y la concepción dialéctica del conocimiento*. Escuela de Matemática, Instituto Tecnológico de Costa Rica. Disponible en: <http://www.tec-digital.itcr.ac.cr/revistamatematica/ContribucionesV4n22003/meza/pag1.html>
- Millar, R.F. y Darlington, Y. (2002). *Who Supports? The Providers of Social Support to Dual-Parent Families Caring for Young Children*. Journal of Community Psychology, 30 (5), 461-473. Disponible en la base de datos ebsco. <http://bdatos.usantotomas.edu.co:2099/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=78bf6d9a-dfc6-48d0-b39a-8f201196e3fa%40sessionmgr10&hid=23>
- Ministerio de salud de la República de Colombia. (2011) *Guía de detección temprana y diagnóstico de la depresión mayor en adultos*. Atención integral de los adultos con diagnóstico de depresión mayor. Disponible en: <http://www.iets.org.co/reportes-iets/Documentacin%20Reportes/Gu%C3%ADa.Completa.Depresion.2013.pdf>
- Montaños, P., Y Brigars, F. (2005). *Envejecimiento, demencia y enfermedad de Alzheimer*. Neuropsicología clínica y cognoscitiva, 209-229. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/1511/12/11CAPI10.pdf>
- Morales, F. M., Moreno, M. P. y Vallejo, M. (2003). *El apoyo social percibido por inmigrantes residentes en Málaga: diferencias en función del idioma de origen*. Encuentros en Psicología Social, 1(5), 122-126. Disponible en: <http://bddoc.csic.es:8080/detalles.html;jsessionid=0093C211B7C3A6CBCAE0739A834EC740?id=522137ybd=ISOCytabla=docu>
- Moreno, P. (2011) *Guía de la Ansiedad*. Págs. 1-48. Disponible en: <http://www.clinicamoreno.com/ansiedad2011.pdf>

- Moreno, A. (2011). *El cuidador principal en el enfermo de Alzheimer*. Revista Poiesis. No 21. Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/64>
- Morales, F.M., Fernández, F.J., Infante, L., Trianes, M.V., y Cerezo, M.T. (2009). *Eficacia de una intervención para incrementar apoyo social en adolescentes discapacitados motores a partir del voluntariado de estudiantes de educación secundaria*. Revista Latinoamericana de Psicología. Volumen 41 no 1. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511492011>
- Mora, R. (2011). *Medicina del estilo de vida: la importancia de considerar todas las causas de la enfermedad*. Revista de Psiquiatría y de la Salud Mental. Vol. 5 No 1. Págs. 48-52. Disponible de: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-psiquiatria-salud-mental-286>
- Musitu, G. y Cava, M. J. (2002). *El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes*. Intervención Psicosocial, 12, 179-192. Disponible en: <http://www.uv.es/~lisis/mjesus/8cava.pdf>
- Naranjo, R. J (2010). *Neurología de la resiliencia y desastres*. Revista Cubana de Salud Pública. Vol 36 No 3. Págs. 270-274 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v36n3/spu13310.pdf>
- National Institute of Mental Health (2001). *Depression*. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- National Institute Of Mental Health (2008) *Ansiedad*. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-ansiedad/index.shtml>
- Ocampo, J. M., Herrera, J. A., Torres, P., Rodríguez, J. A., Loba, L., y García, C., A. (2013) *Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes*. (Trabajo de grado) Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co:8000/handle/10893/4702>
- Ortiz, M y Ortiz, E (2007). *Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica*. Revista Médica de Chile. Vol.135 No2. Págs. 647-652. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500014
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Demencia*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Organización mundial de la salud (2012). *Depresión*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>
- Osorio, M. (2011). *Calidad de vida de los cuidadores familiares de los pacientes con enfermedad de Alzheimer*. (Trabajo de grado) Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4826/>

- Palacios, X., y Jiménez, K.O. (2008). *Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar*. Avances en Psicología Latinoamericana. Vol. 26 No2. Págs. 195-210 Disponible en: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/62/54>
- Peña J. (1999) *Enfermedad de Alzheimer el diagnostico a la terapia: conceptos y hechos*. Fundación “la Caixa” Disponible en: <http://alzheimerlaestrella.multiespaciosweb.com/uploads/2013/05/ACTIVEMOS-LA-MENTE-1.pdf>
- Piqueras, J.A., Martínez, A.E ., Ramos, V., Rivero, R.,García, L.J., y Oblitas, L.A (2008). *Ansiedad, Depresión y Salud*. Suma psicológica. Disponible en: <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/16/2>
- Piratoba, B. N. (2011). *Confiabilidad del instrumento para medir “habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica” en cuidadores de personas mayores de la localidad de Usaquén*. (Trabajo de grado) Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/3925/>
- Pinikahana, J., Hapell, B., Hope, J., y Keks, N. (2002). *Quality of life in schizophrenia: A review of the literature*. International Journal of Mental Health Nursing. vol 11 No2. Págs 103-111. Disponible en la base de datos Ebsco. <http://bdatos.usantotomas.edu.co:2099/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=97ac6b1c-ba42-4901-b999-13b282bd248e%40sessionmgr4&hid=19>
- Pro-familia (1990-2010) *Adultos Mayores*. Encuesta. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-17.pdf>
- Quiceno, J. M. y Vinaccia, S. (2008). *Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación conceptual*. Psicología y Salud. vol 18 No 1. Págs 37-44. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/26575348_Calidad_de_vida_relacionada_con_la_salud_infantil_una_aproximacin_conceptual
- Ramírez, R., Agredo, R y Jerez, A. (2010) Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos Colombianos. Rev. salud pública. 12 (5): 807-819.
- Remor E. & Carrobles JA. (2001). Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2-3), 195-201.
- Real Academia Española (s.f). *Resiliencia*. Diccionario de la lengua española - vigésima segunda edición Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=resiliencia>
- República de Colombia. Ministerio de salud. Resolución N°8430. Disponible en: http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res_8430_1993_-_Salud.pdf

- Restrepo,V,. Vinaccia, S,. y Quiceno, J.M.(2011) *Resiliencia y depresión: un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia*. Suma Psicológica, Vol. 18 No 2 Disponible en: <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/594>
- Richardson, G. (2002). *The metatheory of resilience and resiliency*. Journal of Clinical Psychology, 58, (3), 307-321. Disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/87653.pdf>
- Ribas, J. , Castel, A ,. Escalada, B ,. Ugas, L ,. Grau, C ,. Magarolas, R,. Puig, J.M,. Carulla, J,. y Pino, J. (2000) *Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos*. Revista Psiquiatría Facultad de medicina Barna. Volumn 27. Págs. 131-134. Disponible en la base de datos EBSCO. <http://bdatos.usantotomas.edu.co:2099/ehost/detail?vid=10&sid=3ba33a1b-9f2a-45a0-9885-24d7816da04b%40sessionmgr10&yhid=22&ybdata=JmxhbmC9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=psyhyAN=2000-02617-001>
- Rico, J., Restrepo.M., y Molina.M. (2005) *Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de cancerología de Colombia*. Avances en Medición. vol 3. Págs. 73-86. Disponible en: <http://scienti.colciencias.gov.co:8084/publindex/docs/articulos/1692-0023/2/4.pdf>
- Robinson, S., Taday, J., MacCallum, C., McGuire, L. y Kiecolt, K. (2001). Long-term caregiving: What happens when it ends? Journal of Abnormal Psychology. vol 10, Págs. 573-584. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/817/1483>
- Román, C.A ,. y Hernández, Y. (2005). *Variables psicosociales y su relación con el desempeño académico de estudiantes de primer año de la Escuela Latinoamericana de Medicina*. Revista Iberoamericana de Educación. Volumn 37 No 2. Págs. 1-8 Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/1085Collazo.pdf>
- Roca, M., Úbeda, I., Fuentelsaz, C., López, R., Pont, A., García, L. y Pedreny, R. (2000). *Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares*. Atención Primaria. vol 26 No1. Págs 53-67 Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/articulo/impacto-del-hecho-cuidar-salud-11869>
- Rodríguez del Álamo, A (2002). *Factores de riesgo de sobrecarga en los familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer*. Alzheimer, volumen 24. Págs. 34-36. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/delalamo/alzheimer.shtml>
- Ruiz, C., Nariño, D., y Muñoz, J. F. (2010). *Epidemiología y carga de la Enfermedad de Alzheimer*. Acta Neurológica Colombiana Vol. 26 No. 3. Disponible en: http://www.acnweb.org/acta/acta_2010_26_Supl3_1_87-94.pdf
- Sánchez, B. (2004). *Dimensiones espiritual del Cuidado de enfermería*. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2050/1925/9789587611335.pdf>

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2002). *Manual STAI. Cuestionario Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones. Disponible en: <http://web.teaediciones.com/STAI--CUESTIONARIO-DE-ANSIEDAD-ESTADO-RASGO.aspx>
- Sánchez, M. P., Aparicio M. E. y Dresch, V. (2006). *Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres*. *Psicothema*. vol 18 No3. Pags 584-590. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?ID=3257>
- Sánchez, D. R. (2010). *Guía de manejo de intervención en sobrecarga del cuidador primario informal de pacientes hospitalizados en la UCI pediátrica del Instituto de Ortopedia infantil Roosevelt de la ciudad de Bogotá*. (Trabajo de grado) Universidad Santo Tomás. Bogotá. Disponible en: <http://tesis.usta.edu.co/biblioteca/TESIS10/T.PS.S15GU2010.pdf>
- Salazar, Z. A. (2010). *Afrontamiento y calidad de vida percibida en cuidador de paciente con diagnóstico de mucopolisacaridosis*. (Trabajo de grado) Universidad Santo Tomás. Bogotá. Disponible en: <http://tesis.usta.edu.co/biblioteca/TESIS10/T.PS.S14EST2010.pdf>
- Schwartzmann, L. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales*. *Ciencia Enfermería*. vol 2 No2. Págs 9-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002yscript=sci_arttext
- Serrano, M.D., Garrido, M., Notario, B., Bartolomé, R., Solera, M y Martínez, V. (2012). *Validez de la escala de Resiliencia de Connor-DAvidson (CD-RISC) en una poblacion de mayores entre 60 y 75 años*. *International Journal of Psychological Reserarch*. Disponible en: [file:///C:/Users/HOGAR/Downloads/Dialnet-ValidezDeLaEscalaDeResilienciaDeConnorDavidsonCDRI-4173305%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HOGAR/Downloads/Dialnet-ValidezDeLaEscalaDeResilienciaDeConnorDavidsonCDRI-4173305%20(1).pdf)
- Secretaría de Marina – Armada de México (2010). *Estudios exploratorios*. Manual para elaborar y evaluar trabajos de investigación. Disponible en: http://cursos.itchihuahua.edu.mx/pluginfile.php/141962/mod_resource/content/1/Manual%20para%20trabajos%20de%20investigaci%C3%B3n.pdf
- Short, B (2006). *AQAL: Beyond the Biopsychosocial Model*. *Journal of integral theory and practice*. Journal of integrsl theory and practice Vol. 1, No. 3. Disponible en: <http://www.integralhmc.org/wp-content/uploads/2013/04/Short-AQAL-Beyond-the-Biopsychosocial-model.pdf>
- Siachoque, H., Ibáñez, M., Barbosa, E., Salamanca, A., Moreno, C (2006) *Efecto del estrés ocasionado por las pruebas académicas sobre los niveles de cortisol y prolactina en un grupo de estudiantes de Medicina*. *Revista ciencias de la salud*. Volumen 18 No1. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v4n1/v4n1a3.pdf>

- Sotelo, L.A. (2011). *Significados del maltrato infantil y su implicación en las acciones comunitarias una mirada desde las narrativas de niños y adultos en la localidad de Usme*. (Trabajo de grado) Universidad Santo Tomás. Bogotá. Disponible en: <http://tesis.usta.edu.co/biblioteca/TESIS10/T.PS.S57SI2011.pdf>
- Tartaglino, M.F., Clemente, M.A. y Stefani, D. (2007) *Apoyo social y sentimiento de sobrecarga*. Un recurso psicosocial diferencial en cuidadoras de cónyuges con Demencia en estadio leve y moderado. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Volumen 16 No 3. Págs. 231-237. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790004>
- Thompson, M.P., Kaslow, N.J., Kingree, J.B., Rashid, A., Puett, R., Jacobs, D. y Matthews, A. (2000). *Partner violence, social support, and distress among inner-city African American women*. *American Journal of Community Psychology*, 28, 127-143. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1005198514704#page-1>
- Triana, J. D. (2012). *Diseño y validación de una escala para cuidadores de pacientes con demencias*. (Trabajo de grado) Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6249/>
- Uhl, S (2006). *Fundamentos filosóficos y empíricos de la investigación en ciencia de la educación*. Facultad de educación UNED. Educación XXI.No9. Págs. 149-164. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70600907>
- Valles, M.N., Gutiérrez,C., Luquin, A.M., Martín, M.A., y López, F. (1998). *Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia*. Atención primaria. Volumen. 22. No. 8. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/articulo/problemas-salud-sociales-los-cuidadores-14951>
- Vargas, L. M (2012). *Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer*. Aquichan. Vol. 12 No 1. Págs. 62-76. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/62-76>
- Vanistendael, S (2003) *Resiliencia y Espiritualidad: El realismo de la fe*. Disponible en: http://www.addima.org/Documentos/Articulos/ResilienciaEspiritualidad_BICE2003.pdf
- Valdés M. The Stockholm syndrome. *Med Clin* 1990; 94: 56 - 57. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v4n1/v4n1a3>
- Verdugo, M., Schalock, R., Keith, K., y Stancliffe (2005). *Quality of Life and its measurement: Important principles and guidelines*. *Journal of Intellectual Disability Research*. vol 49 No1. Págs 707-717. Disponible en: http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/55803/1/jidr_49_10_0707_0717_verdugo.pdf
- Vinaccia, S y Orozco L. M (2005). *Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas*. *Revista perspectivas psicológicas*. Disponible en: <http://revistas.usta.edu.co/index.php/Diversitas/article/view/842/826>

- Villalba, C. (2003). *El concepto de resiliencia individual y familiar*. Aplicaciones en la intervención social. *Intervención Psicosocial*, 2003, Vol. 12 N.º 3- Págs. 283-299. Disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/87653.pdf>
- Villalobos, M.E., Arango, A.L y Obando, O.L (2010). *Resiliencia en niños con experiencias de abandono*. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79819279013>
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Young, H. M., Teri, L. y Maiuro, R. D. (1991). Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychology and Aging*, 6, 392—402. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>
- Weiss, S y Molitor, N. (s.f). *Salud mental/corporal: Estrés*. Asociación Americana de Psicología. Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/estres.aspx>
- Ware, J., y Sherbourne, C.(1992) *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36)*. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 30:473-83.
- Wight, R., Botticello, A. y Aneshensel, C. (2006). *Socioeconomic context, social support, and adolescent mental health: A multilevel investigation*. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 115-126. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10964-005-9009-2#page-1>
- Zigmond, S., y Snaith, P. (1983). *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361—370.