

## INTRODUCCIÓN

Los cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer o con algún tipo de deterioro en su salud mental o física, se ha convertido en tema de interés en los últimos años. Se ha visto que en países desarrollados se tomaron medidas para ayudar a estas personas, puesto que las consecuencias son desfavorables para los cuidadores. En países como el nuestro se conoce poco acerca de esta realidad y mucho menos se brinda atención especializada a los cuidadores. En la presente investigación, se pretende focalizar el interés en los cuidadores de personas que padecen la enfermedad de Alzheimer, la misma que se ha convertido una epidemia mundial y que por sus características puede llegar a generar una serie de efectos desfavorables en las personas cuidadoras. *“Actualmente, el Alzheimer afecta a uno de cada 10 mayores de 65 años, y a casi la mitad de los mayores de 85 años. Con el aumento de la expectativa de vida, se estima que en Latinoamérica la cantidad de personas con Alzheimer aumentará casi un 300% en los próximos 20 años. Se trata de una **alteración neurodegenerativa primaria** y, después de 100 años, todavía se está luchando para encontrar una cura. Cuando una persona padece esta patología, experimenta cambios microscópicos en el tejido de ciertas partes de su cerebro y una pérdida progresiva, pero constante, de una sustancia química vital para el funcionamiento cerebral, llamada **acetilcolina**”*<sup>3</sup>

En el mundo la cantidad de personas que padecen de demencia son: 36,5 millones; es decir, el 0,5% de la población mundial. En Europa Occidental: 6.98 millones. En América Latina: 3.10 millones. América del Norte: 4.38 millones (datos de 2010). En Colombia una prevalencia de 1.8 y 3.4% en grupos de pacientes mayores a 65 y 75 años. Perú 6.7 %. Venezuela 8%. En Argentina afecta en la actualidad a más de 400 mil argentinos. En Brasil la prevalencia es de 11.5% y 5,3%, siendo la enfermedad de

---

<sup>3</sup> Valeria Chavez (2013), *vchavez@infobae.com*, p 2.

Alzheimer el diagnóstico más frecuente (56,2%); dicha prevalencia se incrementó con la edad y tuvo predominio en el sexo femenino por el bajo nivel educativo. La demencia tiene un impacto físico, psicológico y económico, no sólo en la persona enferma, sino también sobre la familia de la persona afectada, los cuidadores no familiares, el sistema de salud y la sociedad en su conjunto. Se propone a través de la utilización de instrumentos estandarizados, la entrevista semidirigida, encontrar “qué relación existirá entre las estrategias de afrontamiento y la ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer”. El trabajo consta de seis capítulos, que se describen a continuación:

El *primer capítulo* contempla el planteamiento y justificación del por qué se ha elegido el tema de investigación.

El *segundo capítulo* consiste en establecer los objetivos y las hipótesis con las cuales se trabajaron en la investigación.

En el *tercer capítulo* se hace referencia al marco teórico, con el cual se sustenta dicha investigación, en la que se tomará los aspectos más importantes de la misma, los cuales ayudan a comprender mejor el trabajo realizado.

En el *cuarto capítulo* se habla de cómo se abordó el trabajo; es decir la metodología que se empleó, el tipo de investigación que se hizo, la muestra que se tomó, los métodos y técnicas que se emplearon en la recolección de datos. En el *quinto capítulo*, se realizó la interpretación de los resultados obtenidos, mediante los diferentes instrumentos utilizados para la presente investigación. Y en el *sexto capítulo* y último, se presentan las conclusiones y recomendaciones a las que se ha llegado en el presente trabajo de investigación.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN**

### **1.1. Planteamiento del problema.**

La enfermedad de Alzheimer es la que más está dando qué hablar durante estos últimos años y que ha alarmado a la población hasta ser llamada “la gran epidemia del siglo XXI” y similares; pues, con el mejoramiento de estilo de vida, la población adulta mayor ha aumentado considerablemente en muchos países.<sup>1</sup>

La enfermedad de Alzheimer, principal causa de demencia en las personas mayores, provoca la destrucción de gran parte de las células del cerebro (neuronas) a lo largo de varios años.<sup>2</sup> Según datos estadísticos, de cada mil personas, entre 10 y 15 presentan demencia y de ellos entre 5 y 8 son casos de Alzheimer.<sup>3</sup> Otros datos muestran que cada 4 segundos se diagnostica a una persona con enfermedad de Alzheimer.<sup>4</sup>

En Latinoamérica esta enfermedad está también presente y ha llamado la atención un reporte del año 2010 que indica que los hispanos tienen un 1,5% más de probabilidad de padecer esta enfermedad.<sup>5</sup> Si bien no existen estadísticas oficiales sobre los cuidadores, en la mayor parte de las familias es uno de los miembros el que asume esta responsabilidad como cuidador principal, mientras el resto de la familia se acomoda y trata de seguir con sus actividades cotidianas.

Por ejemplo, en Argentina “el 80 por ciento de los casos, quienes padecen esta enfermedad son cuidados en casa por el cónyuge directo o un hijo. Y la tarea por lo

---

<sup>1</sup> “El Alzheimer es la gran epidemia del siglo XXI”; <http://alzheimer.medico-guia.com/el-alzheimer-es-la-gran-epidemia-del-siglo-xxi.html>

<sup>2</sup> *El Alzheimer en el mundo*; <http://www.alzheimers-support.com/es/alzheimers.html>

<sup>3</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad\\_de\\_Alzheimer#Epidemiolog.C3.ADA](http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_de_Alzheimer#Epidemiolog.C3.ADA)

<sup>4</sup> *Diagnostican cada cuatro segundos un caso de Alzheimer en el mundo*; <http://pulsoslp.com.mx/2013/09/21/diagnostican-cada-cuatro-segundos-un-caso-de-alzheimer-en-el-mundo/#sthash.QEaZICVb.dpuf>

<sup>5</sup> *Latinos y el Alzheimer*; [http://www.alz.org/espanol/about/latinos\\_y\\_el\\_alzheimer.asp](http://www.alz.org/espanol/about/latinos_y_el_alzheimer.asp)

general queda a cargo de una mujer”<sup>6</sup>. Similar situación se da en España, el cuidador principal de un enfermo de Alzheimer suele ser una mujer (superan en proporción 4:1 a los varones), hijas (60%) o cónyuge (30%) del enfermo que padecen esta demencia, son cuidados en sus casas por un familiar directo<sup>7</sup>.

En Bolivia no se cuenta con datos; sin embargo, la tendencia debido a la cultura es similar, pues aun tienden a ser las mujeres las que realizan estas tareas. Según los datos que se tienen, el cuidador de un enfermo de Alzheimer puede presentar una serie de alteraciones psicológicas y físicas. Por ejemplo, físicamente, el cuidador puede presentar: trastornos osteomusculares y dolores asociados, patologías cardiovasculares, trastornos gastrointestinales, alteraciones del sistema inmunológico y problemas respiratorios.<sup>8</sup>

Desde el punto de vista psicológico se pueden producir varios efectos, algunos debidos a las características del enfermo y otras debidas a las características del propio cuidador.

En este caso interesa el cuidador; porque en el medio Tarijeño aún no existen profesionales especializados para apoyar al cuidador y, por ello, este puede presentar diversos trastornos, de acuerdo con el modo con que sepa afrontar sus problemas.

Ya se han realizado algunos estudios al respecto y muestran que el uso de inadecuadas técnicas de afrontamiento, trae como consecuencia efectos negativos para la persona,

---

<sup>6</sup>El padecer oculto de un cuidador de un enfermo con Alzheimer; <http://www.alzheimeruniversal.eu/2013/04/12/el-padecer-oculto-de-un-cuidador-de-un-enfermo-con-alzheimer/#sthash.EnzlxKQD.dpuf>

<sup>7</sup> Rodríguez del Álamo, A. *Sobrecarga psicofísica en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer*; <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/delalamo/alzheimer.shtml>

<sup>8</sup> Et al, ; <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/delalamo/alzheimer.shtml>

y aparece el fenómeno denominado “sobrecarga del cuidador”. Recordemos que el afrontamiento “es cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación”<sup>9</sup>.

Si bien no hay muchas investigaciones al respecto, existen algunas que muestran que hay una relación entre estas patologías y es necesario seguir investigando. Tanto la ansiedad, la depresión y la sobrecarga del cuidador pueden acarrear serios conflictos, incluso pueden llevar a la muerte por suicidio.

Como no existe este tipo de investigaciones en nuestro medio, se planteó la siguiente interrogante. *¿Qué relación existe entre las estrategias de afrontamiento y la aparición de síntomas de ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer, en la ciudad de Tarija?*

---

<sup>9</sup> Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés  
<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/faq/afrota.htm>

## **1.2. Justificación**

Existen muchas razones por las cuales el tema de investigación merece atención y se debe hacer esfuerzos para conocer más de esta problemática; entre ellas, la ausencia de investigaciones de este tipo en nuestro medio, como también la aún poca sensibilidad a la problemática del cuidador de Alzheimer, el mismo que puede sufrir una serie de efectos negativos para su salud mental y física en general.

Puntualizando aún más, se diría que, en primer lugar, esta investigación aportará conocimiento teórico contextualizado a nuestro medio y que además incrementará el conocimiento que se tiene acerca de la vivencia del cuidador. Permitirá, a través del análisis de resultados, reafirmar, contrastar o construir nuevos conocimientos y abrir posibles nuevos espacios de investigación para psicólogos y personal que trabajan en salud y prevención del Alzheimer.

En segundo lugar, la información que se obtendrá podrá ser utilizada prácticamente para orientar a la población, familias y cuidadores de enfermos de Alzheimer que necesitan orientación profesional; pues, conocer o darse cuenta de lo que les puede tocar vivir o ya están viviendo, les permitirá prepararse y afrontar de mejor manera esta situación. También puede servir como aporte práctico para justificar proyectos orientados a crear grupos o centros de apoyo para cuidadores y sus familias; pues, hasta ahora el estado, gobernación y municipio no brindan espacios de ayuda para estas personas. Así mismo, como aporte práctico, puede servir para la publicación de materiales de orientación para familiares y cuidadores de personas que padecen Alzheimer.

Por último, metodológicamente, se aplicó un instrumento nuevo en nuestro medio y que puede ser de utilidad para otros investigadores como es la “Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (ZCBI)

## **II. DISEÑO TEÓRICO**

### **2.1 Identificación del problema.**

¿Qué relación existe entre las estrategias de afrontamiento y la ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer, en la ciudad de Tarija?

### **2.2. Objetivo general y específicos.**

#### **2.2.1 Objetivo general.**

Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer, en la ciudad de Tarija.

#### **2.2.2 Objetivos específicos**

1. Identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer.
2. Describir los niveles de ansiedad en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer y su relación con las estrategias de afrontamiento.
3. Detectar los niveles de depresión en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer y su relación con las estrategias de afrontamiento.
4. Identificar los niveles de sobrecarga en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer y su relación con las estrategias de afrontamiento.

### **2.3 Hipótesis.**

1. Las técnicas de afrontamiento que utilizan los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer son: reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y planificación.
2. Los cuidadores de pacientes enfermos de Alzheimer presentan niveles de ansiedad leve en relación con las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas, como ser, la reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y planificación.
3. Los cuidadores de pacientes enfermos de Alzheimer muestran niveles de depresión leve, con relación a las estrategias de afrontamiento frecuentemente utilizadas, como la reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y planificación.
4. Por el menor uso de estrategias de afrontamiento, como la reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y planificación, existe sobrecarga intensa en los cuidadores de pacientes enfermos de Alzheimer.



		<ul style="list-style-type: none"><li>• Auto control</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alejarse del problema por un tiempo.</li><li>• No pensar en el problema mucho tiempo.</li><li>• Negarse a tomar en serio el problema.</li><li>• Intentar guardar los sentimientos.</li><li>• No actuar demasiado de prisa.</li><li>• Guardar para uno mismo que las cosas están mal.</li><li>• Que los sentimientos no interfieran con otras cosas.</li></ul>	
--	--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda de apoyo social</li> <li>• Aceptación de responsabilidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imaginar otro tiempo y lugar mejor que el presente.</li> <li>• Hablar con alguien que pueda hacer algo concreto por el problema.</li> <li>• Aceptar la simpatía y comprensión de alguna persona.</li> <li>• Respetar el consejo de un pariente o amigo.</li> <li>• Contar a alguien cómo se siente.</li> <li>• Criticarse a uno mismo.</li> <li>• Disculparse y hacer algo para compensar.</li> </ul>	
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Huida- evitación</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Darse cuenta que uno es el causante del problema.</li><li>• Prometerse que la próxima vez será distinto.</li><li>• Dormir más de lo habitual.</li><li>• Esperar a ver qué pasa.</li><li>• Sentirse mejor comiendo, bebiendo.</li><li>• Evitar estar con la gente.</li><li>• Desear cambiar lo que ocurre y la forma como se siente.</li></ul>	
--	--	--	---	--



<p><b>La ansiedad</b></p>	<p>Es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, implica comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas somáticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tener fe en algo nuevo.</li> <li>• Redescubrir lo importante en la vida.</li> <li>• Cambiar la actitud.</li> <li>• Orar.</li> <li>• Hormigueo o entumecimiento.</li> <li>• Sensación de calor.</li> <li>• Temblor de piernas.</li> <li>• Incapacidad de relajarse.</li> <li>• Mareo o aturdimiento.</li> <li>• Palpitaciones o taquicardia.</li> <li>• Temblor de manos.</li> </ul>	<p><b>Inventario de ansiedad de Beck</b></p> <p>0: En absoluto.  1: Levemente.  2: Moderadamente.  3: Severamente.</p>
---------------------------	---	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas subjetivos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temblor generalizado o estremecimiento.</li> <li>• Dificultad para respirar.</li> <li>• Malestares digestivos o abdominales.</li> <li>• Palidez.</li> <li>• Rubor facial.</li> <li>• Sudoración.</li> <li>• Miedo a que suceda lo peor.</li> <li>• Sensación de inestabilidad.</li> <li>• Terrores.</li> <li>• Nerviosismo.</li> <li>• Sensación de ahogo.</li> <li>• Miedo a perder el control.</li> </ul>	<p><b>Inventario de depresión de Beck</b></p>
--	--	---	--	---



<p><b>Sobrecarga del cuidador</b></p>	<p>En general las personas que ejercen de cuidadores, no vigilan su salud, pues la tarea es considerable. El problema surge cuando existen deterioros físicos, emocionales negativos en el cuidador, esto puede causar procesos depresivos, ansiosos o la llamada sobrecarga del cuidador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Componente conductual</li>   <li>• Componente subjetivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indecisión.</li> <li>• Desvalorización.</li> <li>• Pérdida de energía.</li> <li>• Cambio en los hábitos de sueño.</li> <li>• Irritabilidad.</li> <li>• Cambio en el apetito.</li> <li>• Dificultad de concentración.</li> <li>• Cansancio o fatiga.</li> <li>• Pérdida de interés por el sexo.</li>   <li>• Agotamiento. cuando tiene que cuidar al paciente.</li> <li>• Salud afectada por tener que cuidar a paciente.</li> </ul>	<p><b>Escala de sobre carga del cuidador de Zurit.</b></p> <p>0: Sin sobrecarga.  1: Sobrecarga leve.  2: Sobrecarga intensa.</p>
---------------------------------------	--	---	--	---

			<ul style="list-style-type: none"><li>• Sentir de no se es capaz de cuidar más tiempo al familiar enfermo.</li><li>• Deseo de encargar el cuidado del familiar enfermo a otra persona.</li><li>• Sobrecargado al tener que cuidar de del paciente enfermo.</li><li>• Enfermo solicita más ayuda de la que necesita.</li><li>• No tiene tiempo para uno mismo por tener que cuidar.</li><li>• Avergonzado por el comportamiento del enfermo.</li></ul>	
--	--	--	---	--

		Componente objetivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritado cuando está cerca del enfermo.</li> <li>• Temor por el futuro del enfermo.</li> <li>• Dependencia total del enfermo por el cuidador.</li> <li>• No tiene la vida privada que desearía a causa del cuidado.</li> <li>• Relaciones sociales afectadas por tener que cuidar del enfermo.</li> <li>• Incomodidad para invitar amigos a casa.</li> <li>• Pérdida de control sobre la vida personal a causa del cuidado.</li> </ul>	
--	--	---------------------	---	--

			<ul style="list-style-type: none"><li>• Inseguridad al no saber que tener que hacer por el enfermo.</li><li>• Creencia de hacer más por el enfermo.</li><li>• Estrés por tener que cuidar del enfermo y tener que trabajar.</li><li>• No disponer de dinero suficiente para los gastos.</li></ul>	
--	--	--	---	--

### III. MARCO TEÓRICO

El presente marco teórico está encaminado de forma que el lector entienda adecuadamente cada uno de los conceptos que se abordan en la presente investigación, tomando como conceptos primordiales tales como, las estrategias de afrontamiento, los niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes enfermos de Alzheimer. También se toma en cuenta conceptos que son de relevancia para la presente investigación, como ser el concepto de Alzheimer, el cuidador principal, el síndrome del cuidador, estilos de afrontamiento y sobrecarga del cuidador.

A principios del siglo XX, el patólogo Aloïs Alzheimer estudió el cerebro de una mujer de 51 años con un cuadro de demencia. En la autopsia describió las lesiones en los tejidos del cerebro que hoy son la piedra angular del diagnóstico anatomopatológico básico.

#### 3.1 Concepto de Alzheimer.

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Se caracteriza en su forma típica por una pérdida de la memoria inmediata y de otras capacidades mentales; a medida que las células nerviosas (neuronas) mueren, diferentes zonas del cerebro se atrofian. La enfermedad suele tener una duración media aproximada 10 años después del diagnóstico.<sup>1</sup> Se han estado realizando bastantes investigaciones para determinar las causas de esta enfermedad y se han identificado algunos genes que producen la misma después de revisar 75 mil muestras<sup>2</sup>. El interés e incremento de personas que padecen esta enfermedad ha crecido debido a que han ido aumentando los años de vida de los adultos

---

<sup>1</sup> Fernández Merino, V. (2000). *Una guía familiar para conocer esta enfermedad y actuar con el enfermo*. Editorial EDAF, S.A., Madrid (España). pag. 30.

<sup>2</sup>*descubren-nuevos-genes relacionados-con-el-alzheimer.shtml*  
<http://www.latercera.com/noticia/tendencias/2013/10/659-549088-9>

mayores, los mismos que muchas veces llegan en buen estado de salud, pero con deterioro de sus capacidades cerebrales.

Al ser una enfermedad degenerativa, el paciente pasa por fases y requiere de atención y cuidados especiales de acuerdo con su estado. Tanto sitios y libros especifican tres fases:

**a) Etapa inicial o fase 1:** Esta primera etapa se caracteriza por tener algunas pérdidas de memoria: ocasionalmente se le olvidan algunas cosas, pueden perderse, olvidar sus citas o nombres de personas. Estas pérdidas de memoria pueden pasar inadvertidas, por ser bastante leve; pero, con el tiempo, pueden interferir en el día a día de la persona.

En cuanto al comportamiento se destaca cambios de humor e incluso enfados del enfermo cuando se da cuenta de que pierde el control de lo que le rodea. En esta fase elaboran frases más cortas, mezclan ideas sin relación directa y tienen problemas para encontrar palabras, aunque continúan razonando adecuadamente.

**b) Etapa intermedia o fase 2:** En esta fase se agrava la situación y ya no hay duda de su diagnóstico. Disminuye la memoria reciente y empiezan a producirse cambios de comportamiento más acusados: agresividad, miedos, alucinaciones. El paciente pasa a ser más dependiente, necesita ayuda para el autocuidado, es incapaz de trabajar y se muestra confuso con facilidad y requiere una supervisión diaria de todo lo que hace.

Es cierto que en esta etapa las rutinas o conversaciones superficiales pueden verse conservadas; pero, cuando se profundiza, empiezan a aparecer dificultades. El lenguaje se ve más afectado: repite frases, no las acaba, le cuesta relacionar y diferenciar conceptos. Sus movimientos, al contrario que en la etapa uno, donde siguen estando

bien, en la fase dos empiezan a perder el equilibrio, tienen caídas espontáneas y necesitan ayuda para deambular.

c) **Etapa avanzada o fase 3:** En la última fase, el paciente depende por completo de terceras personas para su subsistencia. Necesita ayuda incluso para las tareas más básicas: comer, limpiarse, moverse. La memoria empieza a perderse, tanto la reciente como la remota. No reconocen a sus hijos, cónyuges y familiares cercanos. Su comportamiento es como el de un niño pequeño: llora, grita, se agita, no comprende una explicación y pueden tener períodos y comportamientos desinhibidos y agresivos.

En cuanto al lenguaje, balbucean mucho algunos pacientes permanecen rígidos y mudos. Les cuesta controlar sus esfínteres, se atragantan, y no controlan sus gestos. Aumentan las complicaciones y riesgos derivados de infecciones, deshidratación, desnutrición, heridas por inmovilización, etc. En ocasiones, la causa final de la muerte suele estar relacionada con alguna de estas complicaciones.<sup>3</sup>

### **3.2. El cuidador de la persona enferma de Alzheimer.**

A lo largo de los años, el interés por el cuidador ha aumentado considerablemente y se han hecho esfuerzos muy importantes para brindarle mayor apoyo y atención, al menos en países más desarrollados. Podemos encontrar bastante bibliografía online para acceder a información acerca del asunto y otras herramientas para cuidadores. En nuestro medio, estos esfuerzos aún son conflictivos y los cuidadores que tienen que lidiar con el problema, no siempre cuentan con el apoyo adecuado.

---

<sup>3</sup> Fernández Merino V, (2000). *Una guía familiar para conocer esta enfermedad y actuar con el enfermo*. Editorial EDAF, S.A. Madrid(España). pag, 56.

### 3.3 El cuidador principal

La figura de cuidador como aquella persona dentro de la familia que asume la mayor responsabilidad en la atención al anciano, estableció la diferencia entre dos tipos de cuidadores dependiendo de si convivían o no con el enfermo:

❖ **Los cuidadores tradicionales:** Serían aquellos que conviven tradicionalmente con el enfermo y que se hacen cuidadores prácticamente sin darse cuenta, al asumir responsabilidades antes incluso de la propia enfermedad. Dentro de este grupo podrían situarse los esposos y los hijos solteros o que en el momento del diagnóstico de la enfermedad conviven con el enfermo de Alzheimer.

❖ **Los cuidadores modernos:** Son los que asumen el papel de cuidador cuando el enfermo comienza a necesitar ayuda para la realización de actividades de la vida diaria. A este tipo de perfil corresponderían las hijas de enfermos preferentemente viudos y que en el momento del diagnóstico de la enfermedad asumen la responsabilidad, se encargan de tratar de reunir la información necesaria y transmitirla al resto de la familia.

Cuidar a una persona mayor conlleva esfuerzo y dedicación y más aún a un enfermo con Alzheimer. En muchos casos, implica renunciar a otra forma de vida, como a dedicar más tiempo al resto de la familia, a los amigos, hasta a uno mismo. Afortunadamente, cuidar también significa el descubrimiento de aptitudes y habilidades que, de otro modo hubieran pasado desapercibidos. Igualmente, puede llevar a que se establezca una relación más próxima con la persona que se cuida o con los propios familiares y se perciba en la familia facetas positivas que hasta entonces habían permanecido ocultas. Por todo ello, una gran parte de los cuidadores pueden acabar descubriendo la íntima satisfacción de ser útiles a sus familiares más próximos.

En la mayoría de los casos, la familia cuida con dedicación y afecto a sus familiares respondiendo así a sus necesidades. Aun cuando hoy en día en algunos países desarrollados, la ayuda que proporcionan las instituciones es importante, los familiares son sin duda la fuente principal de apoyo para las personas mayores.

La Guía para familiares de enfermos con Alzheimer brinda información interesante: *“Debe saber que cuidar a una persona con demencia supone más que cuidarla físicamente, comprenderla, decidir por ella, interpretar sus cambios de carácter y evitarle riesgos; todo esto hace que el cuidado no sea una tarea fácil. No todos los cuidadores afrontan este reto de la misma manera, ni supone a todos el mismo esfuerzo, pero es cierto que con el tiempo se produce en mayor o menor medida un desgaste físico y emocional que repercute en el estado de salud del cuidador. En general las personas que ejercen de cuidadores, no vigilan su salud, pues la tarea es considerable, y así ante pequeñas señales de alarma (dolor, tristeza, insomnio, inquietud, cansancio.....) continúa cuidando sin prestarse atención. Estas dolencias y padecimientos, son el comienzo de un mal estado de su salud, si no lo remedian. Por lo que debería saber reconocer estos síntomas, y darle su debida importancia para no aumentar el sufrimiento del cuidador y el de su mayor enfermo.”*<sup>4</sup> Todos sabemos que la ayuda que proviene de la familia es, en principio, la mejor que se puede ofrecer a las personas mayores y que recibir esta ayuda, es una buena forma de que ellos y en este caso, los enfermos de Alzheimer, sientan que sus necesidades físicas, sociales y afectivas están resueltas, de alguna forma.

Sin embargo, los cuidadores no siempre están preparados para responder ante las tareas, tensiones y esfuerzos que supone el cuidado. Se aventuran, por imposición de su realidad en una tarea con una gran dosis de empeño y voluntad; pero, a lo largo del

---

<sup>4</sup> *Guía para familiares de enfermos de Alzheimer* pdf pag 36 . <http://lavozdelaexperiencia.es/wp-content/themes/mayorehome/documentos/Guia-para-familiares-de-enfermos-de-Alzheimer.pdf>

camino, se ven expuestos a muchas emociones y sentimientos que afectan el equilibrio emocional.

Algunos de esos sentimientos son positivos, como los de satisfacción por contribuir al bienestar de un ser querido; pero, frecuentemente, están los sentimientos negativos, como la sensación de impotencia, sentimientos de culpabilidad, de soledad, de preocupación o de tristeza. A veces los cuidadores tienen sensación de que su salud ha empeorado desde que comenzaron a cuidar a su familiar enfermo. Es importante que el cuidador tenga suficientes conocimientos que le ayuden a prepararse en esta labor, que identifique a los profesionales de referencia como al médico que atiende al enfermo y maneje guías orientativas que le permita reconocer y expresar sus preocupaciones y sentimientos acerca de los padecimientos, del enfermo y de sí mismo como cuidador.

El psiquiatra Julio Zarra, en una conferencia realizada en Argentina, en abril del año 2012, puntualizó: *“Las señales de alarma se deberían tomar en cuenta, pues las mismas indican un deterioro del cuidador, y los que pueden entrar en procesos depresivos, ansiosos o la llamada sobrecarga del cuidador. Entre las señales están: abandono, impotencia, emocionalidad negativa, decaimiento, vergüenza, ansiedad, enojo, disminución y pérdida de su capacidad resolutive, rechaza cualquier ayuda, problemas físicos, depresión, sentimientos de culpa, agobio, soledad y vacío existencial, sin placer, vulnerabilidad y adicciones”*<sup>5</sup>

La palabra “*cuidar* surge con la propia aparición del hombre, y presenta dos formas de significado, por una parte, el cuidado del hombre consigo mismo y, por otra, el cuidado con el otro”. De la misma manera “*el cuidar define un tipo de relación social*”.

---

<sup>5</sup>*El-padecer-oculto-de-un-cuidador-de-un-enfermo-con-alzheimer/*  
<http://www.alzheimeruniversal.eu/2013/04/12/>

*específica, basada en afecto y servicio –cariño y trabajo- que se realiza a través de la capacidad de cuidado informal de mujeres, madres, hijas, en relación de parentesco, vecindad o amistad, o de cuidado formal prevista por enfermeras, maestras, trabajadoras sociales, entre otras”<sup>6</sup>.*

Aportando lo afirmado por los autores precedidos, los cuidadores tienen un rol muy importante en la sociedad, pues el cuidador informal, es decir el que nunca se formó para ello y que además es parte de la familia, realizará su tarea basada en el cariño que siente por el paciente; porque el cuidado puede estar dirigido a la madre, al padre, tía, abuela, etc, y que es parte de su familia y también en algún momento el enfermo cuidó sin reparo, al que hoy es su cuidador primordial.

### **3.3.1 El síndrome del cuidador**

*“Este síndrome fue descrito en Estados Unidos en 1974. Consiste en un desgaste inapropiado de las reservas psicológicas y físicas como consecuencia de la sobrecarga desmedida en el cuidado de un enfermo crónico como es el enfermo de Alzheimer. El perfil principal de un cuidador propenso al desarrollo del síndrome es aquel que llega a dedicarle casi todo su tiempo (incluso dejando de trabajar para cuidar), generalmente en solitario, y con estrategias pasivas e inadecuadas de resolución de problemas”. “Se considera producido por el estrés continuado de tipo crónico fruto de los trabajos monótonos, rutinarios y repetitivos con sensación de falta de control sobre el resultado final de esta labor y que puede agotar las reservas psicofísicas del cuidador”.<sup>7</sup>*

---

<sup>6</sup> Torres Pereira, J. (2007). *Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés*. Huelva, 28 de nov. De 2008. ISBN:978-84-92944-73-6 D.L:H 35-2010 autores citados Guimaráes y Partezani (1999) Graham (1983) , pag 149.

<sup>7</sup> Morala Conde. M. (2006). *Los cuidados informales a un enfermo de Alzheimer, el cuidador familiar*. Edita AFALcontigo. Madrid, 2006. EE-MAIL: afal@afal-es www. Afal.es. Fax:91 309 18 92. Autores citados Jerom y Cols 1999; Rodríguez del Álamo 2002; García-Piña, (2004) y Flores, (1996), pag 91.

Así, que afirmando las versiones vertidas por los autores, el cuidador principal, al tener bajo su responsabilidad y al asumir como obligación el bienestar del enfermo, en algún momento y sin darse cuenta deja de lado las propias dolencias y no da demasiada importancia a su salud física y psicológica y en algún momento, sentirá las consecuencias de este desgaste generado por el excesivo cuidado.

**a) Perfil de riesgo.**

- Mala salud física previa.
- Historial previo de depresión o de trastornos de personalidad.
- Escaso apoyo social y familiar, sin cónyuge, pareja o amigos íntimos.
- Ya mayor o anciano.
- Escasas actividades aparte del cuidar.
- Soledad.
- Ausencia de apoyos socio-sanitarios inmediatos.
- Desconocimiento de la enfermedad y de su manejo práctico.

**b) Señales de alerta ante el síndrome del cuidador.**

- Problemas de sueño.
- Pérdida de energía, fatiga crónica, sensación de cansancio continuo, etc.
- Aislamiento social.
- Consumo excesivo de bebidas, de tabaco o de pastillas para dormir u otros medicamentos.
- Problemas físicos: palpitaciones, temblor de manos, molestias digestivas.
- Problemas de memoria y dificultades de concentración.

- Menor interés por actividades placenteras que antes eran objeto de interés.
- Aumento o disminución del apetito.
- Alterarse fácilmente.
- Dar demasiada importancia a pequeños detalles.
- Cambios frecuentes de humor o de estado de ánimo.
- Dificultad para superar sentimientos de depresión o nerviosismo.
- No admitir la existencia de síntomas físicos o psicológicos que se justifican mediante otras causas ajenas al cuidado.
- Tratar a otras personas de la familia de forma menos considerada que habitualmente<sup>8</sup>

### **3.3.2 Los tipos de cuidado.**

1) **El cuidado informal:** Se caracteriza por algunos rasgos esenciales, que son los que en general lo identifican como: prestar el servicio al otro, no es institucional, no es remunerado; dotado gracias a la relación de parentesco, por un grupo en la que existen lazos de afectividad y la expresión de compromiso duradero entre sus miembros, pues esta última característica es básica para diferenciar el sector informal del formal. En el sector informal las personas cuidadoras son básicamente personas cercanas o parientes los que proveen los cuidados. *“El cuidado informal se considera constituido por las actividades de provisión de servicios personales en el ámbito doméstico a personas con necesidades especiales. Tal provisión incluye ciertas normas u obligaciones que se aceptan, surgen del cariño, y del parentesco, esta característica junto con la no remuneración han sido los aspectos básicos esenciales*

---

<sup>8</sup>. Morala Conde. M. (2006). *Los cuidados informales a un enfermo de Alzheimer, el cuidador familiar*. Edita AFAL contigo. Madrid. e-mail: afal@afal.es www.afal.es. Fax: 91 309 18 92. pag 91-92.

*del cuidado informal*”<sup>9</sup>; aportando a esta afirmación, el cuidado más seguro estará dentro del domicilio del enfermo, pues al momento de recibir el diagnóstico, los doctores recomiendan a los familiares cambios estructurales dentro del hogar, puesto que el ambiente se debe acondicionar para que el enfermo pueda estar seguro durante el proceso de la enfermedad.

**2) El cuidado formal:** Se caracteriza porque este sector del cuidado es proveído por grupos u organizaciones que no están unidos por lazos de parentesco o amistad a la persona que recibe los cuidados. Y asimismo, en este grupo pertenecen las enfermeras, cuidadoras sociales, las cuales están capacitadas para otorgar un cuidado efectivo al enfermo, pues estas profesionales estudiaron para brindar este servicio.

### **3.4. El afrontamiento.**

El concepto de afrontamiento ha venido ganando terreno en los últimos años, debido a los avances en el área de la psicología científica y de la psicología cognitivo comportamental. Actualmente se habla mucho del asunto y existen especialistas que se dedican a mejorar o formar en técnicas de afrontamiento a personas y grupos que tienen que trabajar bajo presión; es decir, en situaciones en las cuales el estrés tiende a incrementarse. Las estrategias de afrontamiento son, junto a los mecanismos de defensa, mecanismos psicológicos que reducen las consecuencias de un acontecimiento estresante, de modo que el individuo pueda seguir funcionando normalmente. El término “*estrategias de afrontamiento*” se refiere a actividades de las que el individuo es consciente; mientras que el término “*mecanismo de defensa*” denota procesos mentales inconscientes.

---

<sup>9</sup>. Torres Pereira, J. (2007). *Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés*. Huelva, 28 de noviembre. ISBN: 978-84-92944-73-6 D.L.: H 35-2010, pag 154.

Las estrategias de afrontamiento pueden ser tanto adaptativas como inadaptativas. Las primeras incluyen evitación de aquellas situaciones que provocan malestar, resolver los problemas y aceptar la situación. Las segundas son, entre otras, consumo excesivo de alcohol y drogas, conductas histriónicas o agresivas y gestos autolíticos. Las estrategias mencionadas como adaptativas pueden transformarse en inadaptativas si se emplean durante mucho tiempo. Por ejemplo, la evitación es una adecuada respuesta precoz a la situación estresante, pero si se mantiene durante mucho tiempo impide los procesos de resolución y aceptación de los problemas.<sup>10</sup>

En lo referente al afrontamiento, Lazarus y Folkman en (1991) lo definen como “... *aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo*”. Por lo que el afrontamiento es considerado como un proceso dinámico, que involucra la evaluación y reevaluación constante de las personas ante situaciones demandantes. Así, la función del afrontamiento está en consonancia con las estrategias que los individuos llevan a cabo, para la obtención de objetivos particulares.

Las estrategias, propuestas por Lazarus y Folkman, son conocidas como el *afrontamiento dirigido a la acción*, que son actividades o manipulaciones orientadas a modificar o alterar el problema, y el *afrontamiento dirigido a la emoción*, que son las acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales a las que el problema da lugar, “*En general, las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno.*”

---

<sup>10</sup>. Diccionario de Psicología. *Vocabulario de la psicología*. pdf .c.p, pag 14.

*Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio”<sup>11</sup>*

Como lo definieron los autores, afrontamiento es cualquier actividad que el cuidador poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación; ya que algunas de estas estrategias de afrontamiento son aprendidas por observación, heredadas, o improvisadas. Por lo tanto, estos recursos están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas que el cuidador principal puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

Existen dos tipos de estrategias de afrontamiento:

**1. Estrategias de afrontamiento centradas en el problema:** La persona se centra en hacer frente a la situación, buscando soluciones al problema que ha provocado la disonancia cognitiva, hay una búsqueda deliberada de solución, de recomposición del equilibrio, roto por la presencia de la situación estresante. A este tipo de estrategias pertenecen la confrontación, planificación y la búsqueda de apoyo social.

**2. Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción:** La persona busca la regulación de las consecuencias emocionales, activadas por la presencia de la situación estresante. Si no funcionan o son insuficientes las del primer tipo de estrategias, se pretende aminorar el impacto sobre el individuo. Las estrategias son el autocontrol, el

---

<sup>11</sup> Quiroz Nava C; Valero Vega, Z C; Soria Trujano, R. (2009). *Escala de Modos de Afrontamiento: consideraciones teóricas y metodológicas*. 3 Mayo, México Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Correos electrónicos: canaqi@servidor.unam.mx; czaira vega@correo.unam.mx; rociyito@yahoo.com.mx. pag .140.

distanciamiento, la reevaluación positiva, la aceptación de la responsabilidad y la huida-  
evitación.

Las ocho estrategias de afrontamiento se describen de la siguiente forma:

- ❖ **Confrontación:** Intentos de solucionar directamente la situación, mediante acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas.
  
- ❖ **Planificación:** Pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
  
- ❖ **Distanciamiento:** Intentos de apartarse del problema, no pensar en él o evitar que le afecte a uno.
  
- ❖ **Autocontrol:** Esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
  
- ❖ **Aceptación de la responsabilidad:** Reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
  
- ❖ **Huida-evitación:** Empleo de un pensamiento irreal improductivo (p. ej., Ojalá hubiese desaparecido esta situación) o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
  
- ❖ **Reevaluación positiva:** Percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.

❖ **Búsqueda de apoyo social:** Acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional.<sup>12</sup>

Dentro de estos dos grupos se pueden encontrar y desglosar a continuación, más a detalle, los estilos de afrontamiento que se conocen:

### **3.4.1 Estilos de afrontamiento**

Aunque en teoría se pueden emplear multitud de estrategias para manejar una situación estresante, cada individuo tiene una propensión a utilizar una serie determinada de estrategias en situaciones diversas. Esto es lo que se denomina estilo de afrontamiento. Por ejemplo, algunas personas tienden casi de forma invariable a contarles sus problemas a los demás, mientras que otras se los guardan para sí mismos. Sólo una serie de estilos de afrontamiento se han investigado de modo sistemático. Veamos algunos:

❖ **Personas evitadoras y personas confrontativas.**

Mientras las primeras tienden a minimizar o evitar los problemas, las segundas tienden a estar más alerta buscando información o tomando una acción directa ante cualquier problema.

Hay personas que tienen una tendencia evitadora (o minimizadora), mientras que otras tienden a utilizar un estilo más confrontativo (o vigilante), bien sea buscando información o tomando una acción directa ante cualquier problema. Aunque ningún estilo es por sí mismo más efectivo que otro, el estilo evitador es más útil para sucesos

---

<sup>12</sup> C. Vázquez Valverde, M. Crespo López y J. M. Ring/*Estrategias de afrontamiento*. P ag 426-427.

amenazantes a corto plazo, mientras que el estilo vigilante es más efectivo cuando existe un suceso amenazante que se repite o que persiste a lo largo del tiempo.

❖ **Catarsis.**

Estudia si el hecho de expresar los propios sentimientos y estados emocionales intensos puede ser eficaz en la afrontación de situaciones difíciles. Puede ser, que en la medida en cómo se vayan ordenando las ideas en la mente, quizás recibiendo el apoyo del interlocutor. Todo ello ayuda a razonar mejor.

Aunque este es un tema de tradición psicoanalítica, la investigación científica sobre los traumas ha comenzado también a indagar si el hecho de expresar los propios sentimientos y estados emocionales intensos puede ser eficaz para afrontar situaciones difíciles. Parece, en efecto, que hablar y comunicar preocupaciones del sujeto tiene el efecto de reducir tanto la probabilidad de que se produzcan rumiaciones obsesivas con el paso del tiempo, como de que aparezca un incremento en la actividad fisiológica. Aún no se conocen bien las vías de actuación de este fenómeno: hablar con otras personas no tiene ningún efecto mágico, sino que, a su vez, puede favorecer el afrontamiento de muchas maneras (se recibe información, apoyo afectivo, fuerza a pensar mejor sobre lo que preocupa para comunicarlo efectivamente).

En la historia del psicoanálisis, implica descarga y corresponde al recuerdo más o menos explosivo de una situación, acompañado de componentes afectivos, proporciona al paciente posibilidades fundamentales de desahogo. En psicoanálisis, la descarga del conflicto por sí sola, no implica automáticamente la resolución de este.

❖ **Estrategias múltiples.**

En la medida en que los problemas a los que se enfrenta el sujeto son más complejos, se requiere el uso de múltiples estrategias combinadas de diferente forma. Así mismo hay factores de la personalidad que contribuyen notablemente a determinar la forma en que las personas afrontan los diferentes problemas. Hay individuos cuya personalidad contiene un alto grado de búsqueda de sensaciones. Son aquellos a quienes no les importa asumir riesgos (tomar drogas, practicar deportes de alto riesgo) y que por tanto son más tolerantes a la estimulación, estresores y riesgo, que otras personas. La mayor parte de los estresores conllevan una serie de problemas de naturaleza diversa que requieren estrategias de afrontamiento diferentes. Por ejemplo, una persona en un proceso de divorcio debe enfrentarse a muchos problemas (impacto emocional, cargas financieras, custodia de los hijos, etc...). Es muy probable que, en general, un afrontamiento con buenos resultados requiera la capacidad de usar de forma adecuada múltiples estrategias de un modo flexible.

❖ **Sensación de control.**

Modula notablemente el efecto de un estresor o una situación estresante. Hay estudios que indican que la pérdida de control es un elemento que propicia la depresión y otros trastornos emocionales como la indefensión aprendida.

❖ **Optimismo.**

Consiste en la expectativa general de que los resultados serán positivos. Las personas con actitud optimista parecen manejarse mejor ante los síntomas de enfermedades físicas, que otras personas que no reaccionan de la misma forma <sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Vázquez Valverde, C; Crespo López, M; y Ring, J. M. *Estrategias de afrontamiento*. C.p , pag 429 y 430.

### 3.5. La ansiedad.

Es la *“sensación de impotencia e incapacidad de enfrentarse a eventos amenazantes, caracterizada por el predominio de tensión física. Se manifiesta frente a cualquier amenaza percibida, sea esta físicamente real, psicológicamente molesta o incluso imaginaria. Científicamente, la ansiedad es conceptualizada como respuesta de pelea o huida. Es llamada así dado que todos sus efectos se dirigen hacia la pelea o la huida con respecto al peligro. Se manifiesta a través de tres canales: cognitivo (pensamientos, ideas), fisiológico (síntomas físicos como sudoración, mareo, aumento del ritmo cardíaco, etc.) y motor (acciones como la evitación, la huida, el escape)”*.

14

Según la **Teoría Cognitiva de Beck**, *“existe una clara relación entre los pensamientos de la persona (lo que se dice a sí misma sobre las situaciones que vive, sobre los demás, sobre la vida y sobre los problemas que presenta), y las emociones y los sentimientos que experimenta. A su vez, esta reacción emocional influirá en la reacción comportamental de la persona ante esa situación, ante la conducta de otro o ante los síntomas que experimenta, según el caso”*. *“Cuando las emociones son muy negativas e intensas, el comportamiento del individuo se ve entorpecido o se vuelve desadaptativo, de modo que los problemas se mantienen o empeoran”*<sup>15</sup>. Se han hecho bastantes investigaciones sobre la ansiedad, y en todas se muestra que un inadecuado manejo de la misma, genera un deterioro progresivo de la salud física y psicológica, además de que genera la aparición de cuadros psicopatológicos que requieren de la atención de equipos multidisciplinarios.

A grandes rasgos, existen dos tipos de ansiedades bien definidas:

---

<sup>14</sup>Consuegra Anaya, N. (2010). *Diccionario de psicología* 2da ed, Febrero de 2010. Bogotá. [www.consuegra@hotmail.com](mailto:www.consuegra@hotmail.com). pag 22.

<sup>15</sup> Consultado en el sitio de, Centro de Psicología AARON BECK - Granada-España 18002

**1. Ansiedad normal:** Se manifiesta en episodios poco frecuentes, su intensidad suele ser leve o media, con duración limitada. Básicamente, responde frente a un estímulo o situación estresante claramente detectable. No interfiere con la vida cotidiana de las personas, sino al contrario, puede ayudarlas a ser más resolutivas y alcanzar un nivel alto de eficiencia.

**2. Ansiedad patológica:** Se manifiesta reiteradamente, su intensidad es elevada y de prolongada duración. Consiste en una reacción desproporcionada frente a un estímulo o situación estresante, e interfiere significativamente con la vida de quien la padece, incapacitándolo cada vez más, por lo cual, requiere tratamiento específico.<sup>16</sup>

*“Debido a las ventajas que supone para la propia supervivencia el responder con ansiedad ante determinadas situaciones amenazantes, se puede hablar de ansiedad normal frente a ansiedad anormal o patológica. Por ejemplo, la ansiedad es normal en un niño asustado por la posibilidad de una separación de los padres. La ansiedad es un acompañante **normal** del crecimiento, de los cambios, de la experimentación de cosas novedosas y del hallazgo de la propia identidad y del sentido de la vida. Por el contrario, **la ansiedad patológica** es una respuesta inapropiada a un estímulo concreto en base a su intensidad o a su duración”<sup>17</sup>.*

**3.5.1 Desórdenes de ansiedad:** Existen tres grandes desórdenes de ansiedad: desorden de ansiedad generalizada, desorden de pánico y fobias.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> PRO PSICOLOGIA. C p (2014), pag 1. <http://www.propsicologia.com/ansiedad.html>

<sup>17</sup> Diccionario vocabulario de Psicología PDF 149826318. C. p (pag 31)

<sup>18</sup> Consuegra Anaya, N. (2010). *Diccionario de psicología: Segunda edición*. Febrero de 2010. Bogotá. [www.consuegra@hotmail.com](http://www.consuegra@hotmail.com). pag, 23.

Beck y sus colaboradores propusieron en 1985, los trastornos de ansiedad más prevalentes: el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés postraumático.<sup>19</sup> Al analizar el Dr. Aaron T. Beck los elementos del test, en el trabajo original, encuentra dos factores principales: síntomas somáticos y síntomas subjetivos de ansiedad. A posterioridad el propio Beck obtuvo dos subescalas y describió cuatro factores: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico.

❖ **Síntoma somático:** Signos orgánicos internos, tención en el estómago, taquicardia, palpitaciones, sudoración, diarrea, temblores, etc.

❖ **Síntoma subjetivo:** Terror frente a lo desconocido interno.<sup>20</sup>

En la presente investigación se optó por el **Inventario de ansiedad de Beck (BAI)**. En el acápite de instrumentos detallamos las características del mismo.

### **3.6. La depresión.**

El Dr. Aaron Beck en el año 1970 “*identificó la tríada cognitiva de la depresión: visión negativa de sí mismo, percepción hostil del mundo y una visión de futuro sufrida o fracasada, “un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general”*”<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> Validez de constructo y eficacia diagnóstica de las escalas Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad del MCMI-III (2012), pag 7.

<sup>20</sup> Ansiedad cognitiva y somática: relación con otras variables de ansiedad y psicósomáticas. (1994), pag 314.

<sup>21</sup> Hernández Bayona, G. (2007). Bogotá, D. C., Colombia. Médico psiquiatra, profesor asociado, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, *Fenomenología de algunos síntomas de la depresión*. pag 231.

La depresión es uno de los trastornos psicológicos más frecuentes en todo el mundo, surge como consecuencia de una serie de acontecimientos percibidos como negativos por parte de quien la sufre y que se mezclan con una pérdida de la motivación y de la esperanza que influye en todos los aspectos de la vida.

Los síntomas que distinguen a la depresión son la tristeza, la apatía y la incapacidad para encontrar satisfacciones. Para que haya depresión establecida debe haber, al menos durante un periodo de dos semanas, uno de estos síntomas y que además interfieran en la vida diaria: estado de ánimo deprimido, pérdida del interés y de la capacidad para el placer.

### **3.6.1 Distorsiones cognitivas en la depresión.**

Cuando un cuidador entra en una depresión, la sintomatología y las consecuencias de ésta sobre la conducta es la que impedirá ver e interpretar las situaciones como son; es decir, la depresión va a producir en los familiares de enfermos de Alzheimer lo que Beck definió como *distorsión cognitiva*.

Es importante, a la hora de trabajar con un cuidador en estado de depresión, que éste identifique y asuma cuáles de estas distorsiones se producen con mayor frecuencia en su cerebro. Las más frecuentes son:

❖ **Pensamientos dicotómicos SÍ/NO, TODO/NADA:** Es la tendencia a evaluar sus cualidades o situaciones en categorías extremas, o es blanco o es negro. “Todo me tiene que pasar a mí”, “no valgo para nada”. La persona con depresión tiene miedo a cometer un error o imperfección, porque se va a considerar un absoluto fracasado. Esta manera de evaluar la realidad no es realista. El cuidador observa la situación de la

enfermedad de Alzheimer y dicotomiza, pasa de unos sentimientos a otros totalmente contrarios dependiendo de la situación, de ahí que los sentimientos de amor y de odio son tan cotidianos entre los cuidadores de enfermos de Alzheimer.

❖ **Generalización excesiva o sobregeneralización:** El depresivo generalizará las consecuencias negativas de su conducta. Si un cuidador de enfermo de Alzheimer llama un día a un amigo y éste le dice que no puede quedar, evita llamar a otro conocido porque generaliza: “Todos los amigos me rechazan, porque tengo a mi padre con Alzheimer”.

❖ **Abstracción selectiva:** La abstracción selectiva se produce cuando ante una situación, solamente se percibe aquello negativo. Ej.: Cuidador de enfermo de Alzheimer que decide dedicarse un día a él mismo y salir a dar una vuelta. Al llegar a casa, el familiar enfermo está fuera de sí, agitado, desorientado y le pregunta una y mil veces dónde ha ido. La abstracción selectiva que realiza la persona depresiva es “no vuelvo a salir porque cuando vuelvo a casa, al enfermo no hay quien lo soporte”. Ahí está el error, de pronto el cuidador olvida lo bien que ha pasado toda la tarde, en ese momento de ocio y solamente recuerda el momento en que llegó a casa y se encontró con la reacción catastrófica del enfermo.

❖ **Descalificaciones de lo positivo:** Tienden a minimizar las acciones positivas de su conducta, achacándolas de forma ajena a ello. De esta manera, si, por ejemplo, un cuidador de enfermo de Alzheimer acude al especialista y éste le dice que su madre está bien cuidada, su respuesta será similar a ésta: “Bueno, tampoco es para tanto, hago lo que cualquier hijo haría”.

❖ **Inferencia arbitraria:** La persona con depresión se atribuye todo el mal que ocurre a su alrededor, llegando a generar sentimientos de culpa que causan todavía un malestar aún mayor. El enfermo se cae sin que estén delante, pensamiento automático: “Se ha caído porque yo no estaba presente, si hubiera estado esto no habría pasado”.

❖ **Magnificación-minimización:** Se magnifican los momentos malos, las reacciones adversas y se minimizan los aspectos positivos. Es como si los cuidadores con tendencia a la depresión estuvieran agazapados esperando que algo malo ocurra para autoafirmarse en sus apreciaciones.

❖ **Razonamiento emocional:** No piensan de forma racional y objetiva. El cuidador se deja llevar por la emoción del momento, no se para a pensar en las consecuencias que su conducta o su pensamiento va a tener sobre sí mismo o sobre quienes le rodean.

❖ **Etiquetación errónea:** “Soy un desgraciado”, “no valgo para nada”... Con este tipo de etiquetas se autodenominan las personas con predisposición a la depresión, cuando algo no sale como esperaban que saliera.<sup>22</sup>

Así mismo el cuidador del paciente enfermo con Alzheimer, refleja depresión al estar tristes cuando algo va mal o ante un problema grave, es una reacción perfectamente natural y resulta útil para adaptarse a la situación y poder seguir adelante; pero la depresión más profunda, más duradera, afecta muchísimo más a la vida diaria de quien la sufre. Se debe tener claro que una persona deprimida es un enfermo, y más aún cuando la depresión aumenta de nivel cada día, el cuidador no puede controlar su estado

---

<sup>22</sup> Morala Conde, M. (2006) *Los cuidados informales a un enfermo de Alzheimer. El cuidador familiar*, Edita AFAL contigo. Madrid. e-mail: afal@afal.es www.afal.es. Fax: 91 309 18 92. pag 98-100.

de ánimo ni es culpable de sentirse como se siente; por lo cual decirle “qué se anime”, “que salga”, “que no diga esas cosas”, es tan inútil como pedirle a un convaleciente que salga por su propio pie del hospital. Por lo mismo, es fundamental el diagnóstico y la ayuda oportuna que se le brinde, para que la depresión no interfiera en la vida cotidiana del cuidador.

El tratamiento de la depresión depende de diversos factores. Cuando la misma es leve se puede tratar a través de psicoterapia y con apoyo psicosocial; pero cuando aumenta en intensidad a moderada o grave, requiere de la atención psicofarmacológica e intervención multidisciplinaria de acuerdo con cada caso.

Es importante reconocer la depresión, ya que según la “Organización Mundial de la Salud”, alrededor de 800 personas se suicidan diariamente a causa de ella.

Ante los pensamientos suicidas lo mejor es llamar inmediatamente a un profesional calificado. También es importante identificar a familiares o amistades cercanas a las que se pueda recurrir en cualquier momento y servir de apoyo.<sup>23</sup>

Entre los síntomas más frecuentes de depresión tenemos: Trastorno afectivo con síntomas y signos que pueden presentarse de forma aguda, episódica o recurrente, aislados o como parte de otros estados patológicos. Lo que es nuclear en todas las formas de depresión (bipolar, monopolar, reactiva, etc.) es el abatimiento persistente del humor. Cuando el cuadro depresivo se hace severo hay manifestaciones del mismo en las esferas somáticas y cognitiva. Las primeras incluyen trastornos del apetito, que pueden resultar en pérdida o ganancia del peso corporal, trastornos del sueño (insomnio

---

<sup>23</sup> Chávez, V. (2013). *Alzheimer, la nueva epidemia que los científicos no pueden detener*, Septiembre, viernes 20 del 2013. **INFOBAE** [vchavez@infobae.com](mailto:vchavez@infobae.com). pag 1.

o hipersomnias), trastornos psicomotores (hiperquinesia o bradiquinesia), y fatiga y pérdida de energía. Entre las alteraciones en la esfera cognitiva, el cuadro clínico incluye trastornos de la atención, apatía y pérdida de interés hacia toda actividad, sentimientos de autodevaluación personal y frecuentemente un componente de angustia severa y síntomas tales como temores irracionales, hipocondrías, pensamientos obsesivos e ideación suicida, entre los principales.<sup>24</sup>

Para poder determinar si alguien padece depresión y el grado de la misma se han elaborado muchas herramientas, entre las cuales se tiene: “Escala de Birleson” para el trastorno depresivo mayor; “Escala de depresión”; “Escala de depresión para adolescentes mexicanos” (EDAM), “Lista de adjetivos de depresión”, “Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos” (CES-D) para peri-púberes; “Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos”(CES-D) para adolescentes; “Escala de depresión para niños”(CES-D); “Escala de depresión en adolescentes”. “El modelo cognitivo de la depresión asume que la cognición, el comportamiento y la bioquímica son todos componentes importantes de los desórdenes depresivos. La investigación científica cognitiva hace énfasis en la importancia del procesamiento de la información en la sintomatología depresiva. A partir de estos, el cuidador está en capacidad de orientarse con relación al mundo y de categorizar e interpretar experiencias de manera significativa. El instrumento más utilizado para la evaluación de la depresión es el Inventario de Depresión de Beck, donde encuentra 3 factores principales: síntoma somático, síntoma afectivo y conductual”.<sup>25</sup>

### **3.7. Concepto de carga.**

---

<sup>24</sup> Consuegra Anaya, N. (2010). *Diccionario de psicología: Segunda edición*, Febrero de 2010. Bogotá. [www.consuegra@hotmail.com](mailto:www.consuegra@hotmail.com). pag 68.

<sup>25</sup>. Consuegra Anaya, N. Febrero de 2010. *Diccionario de psicología: Segunda edición*, Febrero de 2010. Bogotá. [www.consuegra@hotmail.com](mailto:www.consuegra@hotmail.com). Pag 70.

El término carga se refiere al impacto que produce el cuidado de familiares enfermos en sus cuidadores. Esta carga del cuidador fue definida como “el conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados”.

Según Zarit, Reveer y Bach-Peterson en 1980, sostuvieron que la carga se considera un concepto clave en el análisis de los efectos del cuidado de las personas mayores sobre la familia. Especificando el concepto de carga, se debe hacer una diferenciación entre carga objetiva y subjetiva. Zarit define la *carga objetiva* como el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores. Y entiende por *carga subjetiva*, las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar. El autor refiere que también hay que atender a diferentes dimensiones o aspectos relativos a la carga objetiva (costes económicos del cuidado, carga física asociada al cuidado, limitación del tiempo del cuidador, impacto sobre las relaciones interpersonales, etc.). Para entender mejor, es importante pensar en, la “carga” como un término general para describir las consecuencias físicas, emocionales y económicas al proporcionar el cuidado a la persona enferma con Alzheimer.

*“La carga objetiva aporta una indicación directa de los cambios materiales y permite una mejor planificación y distribución de los recursos. En cambio, la carga subjetiva informa de síntomas psicopatológicos derivados del cuidar, en su estado de ánimo y su salud, así como sobre la calidad de la relación entre el cuidador y el anciano”.*<sup>26</sup>

### **3.7.1 Sobrecarga en el cuidador.**

Cuando una persona, por cualquier circunstancia de la vida pierde total o parcialmente la salud, muchas veces requiere de atención especializada. En el caso de la enfermedad

---

<sup>26</sup> Torres Pereira, J. (2007). *Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés*. Huelva, 28 de noviembre. ISBN: 978-84-92944-73-6 D.L.: H 35-2010. pag 123-124.

de Alzheimer, al ser una enfermedad degenerativa, el paciente va perdiendo gradualmente sus facultades, lo cual hace que exista la necesidad de que haya uno o más cuidadores para brindar la atención necesaria a la persona. Es común que en la mayoría de las familias sea uno de los miembros quien, voluntaria o involuntariamente, acabe haciéndose cargo de la persona enferma; lo cual muchas veces sin darse cuenta, le lleva a situaciones de estrés, ansiedad y otras para las que la persona no está preparada.

Asumir el rol de cuidador principal de familiar enfermo con Alzheimer implica desarrollar una situación de “sobrecarga” por la tarea asumida, reuniendo diversos comportamientos como: desatención de la propia salud, proyecto vital y vida social; deterioro familiar relacionado a dinámicas culposas, rabiosas y manipulatorias; ansiedad o frustración por falta de preparación y conocimiento técnico en el cuidado de pacientes dependientes enfermos de Alzheimer; por todo lo explicado es fundamental poner mayor atención en la salud y conductas que el cuidador principal pueda manifestar, porque de esa forma se puede brindar ayuda en su labor y disminuir de algún modo la carga.

Cuando esta carga comienza a elevarse aparecerá el fenómeno de *sobrecarga del cuidador*. El doctor en Neuropsicología Alfredo del Álamo, explica con gran detalle los riesgos más frecuentes para el cuidador, en este caso de pacientes con Alzheimer; por lo tanto, se debe tener en cuenta las siguientes prevenciones y señales de alarma:

**a) Tener una edad madura, del cuidador:** Dado que el Alzheimer es una patología ligada a la edad, es frecuente que la persona que cuida al enfermo sea un cónyuge también de edad avanzada o las hijas mayores, que están alrededor de los 40 y 60 . Se muestra una relación directa objetiva, entre la edad del cuidador y la invasividad de la sobrecarga personal.

**b) Nivel de salud del cuidador:** Correlacionado con el anterior punto, las personas mayores presentan alto número de dolencias; los cuidadores que a su vez muestran previos problemas de salud física o psíquica, en especial depresión o trastornos de personalidad, tienden a descompensarse antes, frente al estrés producido por las responsabilidades del cuidar.

**c) No disponer de familiares en el entorno cercano:** Si el cuidador sabe que puede contar con unos de los familiares que viva suficientemente cerca de su domicilio (hermanos, hijos, primos), por ejemplo, en situaciones de crisis o en momentos de dobles tareas (cuidar y realizar otra actividad), psicológicamente, la presión no resulta tan agobiante, independientemente del número de veces (generalmente escasas) que el cuidador pida y se beneficie de estas ayudas.

**d) No disponer de una persona íntima:** El cuidador debería tener por lo menos un amigo, familiar o vecino con quien poder hablar y “descargarse” emocionalmente y sentirse comprendido (aunque sea por teléfono) y más aún si recibe por lo menos una visita a la semana.

**e) Intensidad de la demencia:** Las demencias de evolución muy rápidas, sobrecargan algo menos, probablemente porque, por la gravedad del caso, tales pacientes son institucionalizados en breve y fallecen en pocos años.

**f) Síntomas de agresividad, agitación intensa y psicosis:** Un afectado que sólo muestra síntomas amnésicos, de lenguaje, de desorientación y déficit de comprensión, resulta que agobia y asusta menos al familiar que sí presenta síntomas de agresividad verbal, física, o sexual; y asimismo si muestra agitación psicomotora intensa o bizarrías psicóticas asociadas a la desorientación.

**g) Empeoramiento nocturno intenso:** El cuidador necesita descansar y dormir suficientemente. Si este reposo nocturno se ve interferido por un frecuente (más de 3 noches a la semana) y notable empeoramiento nocturno del estado del enfermo, el cuidador no dormirá lo suficiente y al otro día estará con cansancio físico y presentará malestares y dolor de cabeza.

**h) Médico de cabecera inaccesible:** Más que el neurólogo, el mejor apoyo médico posible para el cuidador resulta ser el de su médico de cabecera. Dadas las múltiples funciones, las frecuentes visitas que el cuidador debe realizar para el afectado y para sí mismo, resulta la mejor inversión <sup>27</sup>.

Como se observó, ser cuidador requiere de información y formación especializada para encarar la situación y afrontarla adecuadamente; pues de no ser así se pone en riesgo la salud del cuidador en diferentes niveles. Se han desarrollado diferentes tests o pruebas, para determinar la sobrecarga del cuidador; algunos factores denominan al fenómeno “Burnout” o “síndrome de estar quemado” para englobar las personas que muestran las características de estar en sobrecarga.

---

<sup>27</sup>. Dr. Rodríguez del Álamo, A. (2004). *Sobrecarga psicofísica en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer: Causas, problemas y soluciones*” Sueca (Valencia, España). ©Psicología Online. (+34) 96 170 15 53. pag 1.

Zarit desarrolló un instrumento para medir la carga subjetiva, ya que se consideró que esta dimensión subjetiva es un buen indicador de los efectos del cuidado. Los 29 elementos de los que constaba originalmente el instrumento (actualmente lo componen 22 elementos) atienden a salud, área económica y laboral, relaciones sociales y con la persona mayor receptora de los cuidados. Zarit señala que las puntuaciones de carga se correlacionan significativamente con síntomas psicopatológicos en el cuidador, con el

estado de ánimo y la salud del cuidador, así como la calidad de la relación entre el cuidador y el anciano enfermo de Alzheimer. Los autores reflejan la existencia de tres factores subyacentes en la carga del cuidador, entre los que figuran el impacto del cuidado (carga), la calidad de la relación interpersonal (rechazo) y las expectativas de autoeficacia (competencia).<sup>28</sup>

En esta oportunidad se utilizó, **Escala de sobre carga del cuidador de Zarit (EZ)**, ya que logra aunar consistentemente todas las dimensiones. Es la más utilizada a nivel internacional y ha sido validada en diversos idiomas incluyendo español; los resultados califican al cuidador en: “ausencia de sobrecarga”, “sobrecarga ligera” y “sobrecarga intensa”. La “sobrecarga ligera” es la que representa un factor de riesgo para generar “sobrecarga intensa”. Esta última se asocia a mayor morbimortalidad médica, psiquiátrica y social del cuidador.

---

<sup>28</sup>. Torres Pereira, J. (2008) *Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés* Huelva, 28 de noviembre. ISBN: 978-84-92944-73-6 D.L.: H 35-2010. pag 124-125.

## IV. METODOLOGÍA

### 4.1 Tipificación de la investigación.

Se encuentra enmarcada dentro de la **psicología clínica**, la misma que propone definir las características psicológicas del individuo, a través de métodos de medición, análisis y observación. La integración de estos hallazgos con los datos que se obtuvieron en la investigación, sugiere y proporciona recomendaciones adecuadas al individuo, en este caso relacionadas a las vivencias del cuidador de un paciente con enfermedad de Alzheimer y su impacto en sus niveles de ansiedad, depresión y la sobrecarga a partir del uso de técnicas de afrontamiento. Es además:

❖ **Exploratoria**, pues su “objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen dudas o no se ha abordado antes”.<sup>29</sup> Este tipo de investigaciones no se ha realizado en nuestro medio.

❖ **Descriptivo**, estas investigaciones “buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta al análisis”<sup>30</sup>

❖ **Transversal**, porque se hizo un corte temporal, para identificar a través del uso de instrumentos estandarizados, algunas características psicológicas de las personas que cuidan pacientes con enfermedad de Alzheimer.

❖ **Teórico**, ya que busca aportar datos nuevos respecto a la realidad de los sujetos de investigación. Este trabajo determina la relación de las estrategias de afrontamiento

---

<sup>29</sup> Hernández Sampieri, R. (1999). *Metodología de la investigación*. Editorial EDAF, S. A Madrid, (España). pag. 115.

<sup>30</sup> Ibid. pag. 117

entre la ansiedad, depresión y la sobrecarga en los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer, porque la estrategia que utilice el cuidador es fundamental a la hora de afrontar diferentes estresores.

❖ **Correlacional**, este tipo de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables (en un contexto en particular).

❖ **Empírica**, porque mediante el contacto directo con los cuidadores y la aplicación de los diferentes instrumentos se recabó nuevos conocimientos y estos están plasmados en el análisis e interpretación de los resultados del presente documento.

Por lo tanto, mediante el análisis **estadístico** correlacional de los datos, se planteó una relación entre las diferentes variables existentes y estos resultados fueron interpretados cuadro por cuadro. En los datos de las muestras se tomó en cuenta la estadística que permitió conocer de forma general los elementos más sobresalientes del problema.

También se utilizó el método **cualitativo** porque, por lo común, se utiliza para descubrir y aclarar preguntas de investigación; pero no necesariamente prueban hipótesis; pues con frecuencia se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones. Su propósito consiste en reconstruir la realidad, tal y como la observan actores de un sistema social previamente definido. Asimismo se trabajó con la entrevista semidirigida, la cual se elaboró de acuerdo con los ejes temáticos para la recolección de datos de los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer, con el fin de enriquecer la investigación; porque al hacer la entrevista, los cuidadores describieron sus vivencias como cuidadores principales, y con las respuestas obtenidas se pudo conocer mejor la realidad de los cuidadores.

## **4.2. Población.**

La población en este estudio estuvo comprendida por los cuidadores adultos de pacientes con enfermedad de Alzheimer que viven dentro del área urbana de la ciudad de Tarija. Actualmente no se tienen datos generales de la población con Alzheimer y sus cuidadores; sin embargo, a través de la “Asociación Alzheimer Bolivia” en Tarija, se logró tener un estimado de 30 familias dentro de esta asociación, las cuales tienen un paciente diagnosticado en la familia; todos estos datos se obtuvieron en el año 2010 por la misma asociación.

Se trabajó con el total de la población obtenida, es decir con el 100% de la población investigada, porque que el tamaño de la población es significativo para un estudio exploratorio. En este trabajo se utilizó un muestreo intencionado, ya que la selección de los sujetos depende del cumplimiento de las características de la investigación y por ende es también no – probabilística.

Definiendo, las variables de selección son:

- Mayores de 18 años.
- Cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer.
- Se consideró solo familiares.
- Que el cuidado tenga un tiempo mayor de un año.
- Residencia dentro del área urbana de la ciudad de Tarija.
- Sin importar el sexo del cuidador.

## **4.3. Métodos, técnicas e instrumentos.**

### **4.3.1 Método.**

Para esta investigación se utilizó el método cuantitativo de análisis de resultados, el mismo que “usa la recolección de datos para probar hipótesis con base a la medición

numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento”<sup>31</sup>. Para ello se recurrió a tests psicológicos estandarizados que permitieron acceder a la información de manera fiable.

También se utilizó el método teórico porque el fin de este método es aportar datos nuevos a otras investigaciones realizadas con la aprobación o rechazo de las hipótesis planteadas; además esta investigación está dirigida a identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer. Así mismo es empírico porque es objeto de análisis estadístico mediante el cruce de variables y también al realizar la entrevista, existió una observación de la situación estudiada.

**4.3.2. Técnicas.** Se empleó la técnica de la entrevista semidirigida, porque es uno de los métodos más importantes de evaluación del comportamiento humano. Es una comunicación fundamentalmente vocal entre, al menos, dos personas: entrevistador y entrevistado; con objetivos conocidos por el entrevistador.

Este tipo de entrevista permite conocer datos más íntimos y de primera mano, ya que el cuidador tiene libertad para expresar sus problemas. Así de diferencia de la entrevista libre, porque el entrevistador puede intervenir en momentos de confusión, bloqueos y contradicciones.

Una de las razones para el uso de esta entrevista, es la necesidad de extraer ciertos datos que permitan organizar con mayor precisión los aspectos más importantes del sujeto vinculado al propósito de la investigación. Muchas veces estas entrevistas enriquecen

---

<sup>31</sup>Hernández Sampieri, R, (1999). *Metodología de la Investigación*; Madrid, (España). Editorial EDAF, S. A. pag. 6.

el trabajo y pueden llegar a proporcionar datos sorprendentes, dado que las pruebas aplicadas son cerradas y cumplen con normas de validez y confiabilidad.

Es **no participante**, pues el investigador solo recaba los datos sin inferir de ninguna manera en la forma en que se desarrolla la realidad estudiada.

#### ❖ **Los inventarios.**

Son listas de respuestas baremadas y evaluadas estadísticamente para poder verificar su validez y confiabilidad y para medir los fenómenos que se desean observar antes de probarlos en poblaciones diferentes.

#### **4.3.3. Instrumentos.**

Para la presente investigación se utilizó los siguientes instrumentos:

a) **Guía de entrevista semidirigida:** Es la entrevista profesional que se realiza entre un entrevistador (a) y un informante, con el objeto de obtener datos sobre la vida en general o sobre un tema, proceso o experiencia concreta de una persona. A través de la entrevista semidirigida, el entrevistador (a) conoce lo que es importante y significativo para el entrevistado (a); llegar a comprender cómo ve, clasifica e interpreta su mundo en general o algún ámbito o tema que interesa para la investigación en particular<sup>32</sup>. Dentro de esta entrevista también se recabó información básica de los sujetos, enfermo y cuidador, datos importantes como: el nombre, edad, sexo, grado de instrucción, relación con el paciente; nombre del enfermo, edad del enfermo, etapa de la enfermedad y otros de interés.

---

<sup>32</sup> Selltiz, C., Wrightsman, L. S. y Cook, S. T. (1980). *Métodos de investigación en las relaciones sociales*, pags . 151 – 153.

Para esta investigación se tomó en cuenta los siguientes ejes temáticos:

- Relaciones previas a la aparición de la enfermedad en el paciente cuidado.
- Relación actual con el paciente.
- Relación con la familia.
- Nivel de información que tiene acerca de la enfermedad.
- Nivel de información acerca de lo que es ser cuidador.
- Percepción de estado de su relación social, familiar, laboral y de pareja.
- Percepción de consecuencias del cuidado.
- Modo en que se convirtió en el cuidador principal.
- Principales necesidades actuales.
- Previsión de complicaciones futuras de la enfermedad.
- Preparación para la muerte y duelo del enfermo cuidado.

b) **Escala de estrategias de afrontamiento de Lazarus:** Este instrumento aportó datos al *1<sup>er</sup> objetivo* “*Identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer*”. Esta escala es posiblemente el instrumento más popular para el estudio del afrontamiento, ya que ha sido desarrollada por los autores clásicos del tema: R. S. Lazarus y S. Folkman.

Lazarus y Folkman definen el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Existen al menos dos funciones principales del afrontamiento, una centrada en el problema y otra, en la emoción. El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causan problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a dichos problemas.

El instrumento consta de 67 índices, cada uno de los cuales se responde de acuerdo con los criterios siguientes. En función de la medida en que el sujeto respondió o actuó como describe cada uno de ellos, se otorgan las siguientes puntuaciones:

0: en absoluto; 1: en alguna medida; 2: bastante; 3: en gran medida

Para su evaluación ordinaria, los 67 índices están clasificados en ocho sub escalas, las cuales son: confrontación, distanciamiento, auto-control, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-evitación, planificación, y reevaluación positiva. Las puntuaciones se suman y se obtienen totales que delimitan cuál de las categorías propuestas es la que predomina; este será el modo de afrontamiento que ha utilizado con mayor frecuencia.

Para evaluar la fiabilidad de los factores, se obtuvo las alfas de Cronbach para alfas; en este estudio fluctuaron entre 70 y 86, siendo el promedio de .8125; mientras que para el de Cano y cols. (2007) fueron de .63 a .89 y el promedio de 78125. La varianza fue similar en ambos estudios. En el caso del estudio de Tobin y Cols. (1989) las alfas fluctuaron de .71 a .94 y tuvieron un promedio de .835.

La validez de esta escala para evaluar el afrontamiento está íntimamente relacionada, en primer término, con la forma en que se aplica y con las pretensiones y presunciones del examinador con respecto a los resultados obtenidos. Los propios autores resaltan la importancia de aplicar la escala para evaluar el afrontamiento en contextos y situaciones específicas.

El instrumento se encuentra debidamente baremado y muestra adecuados niveles de validez y confiabilidad. *“Sus buenas propiedades psicométricas, su brevedad, la*

*sencillez de su aplicación y corrección, la versatilidad en el análisis de situaciones estresantes, pudiendo detallar o generalizar a voluntad y la posibilidad de combinar información cualitativa con cuantitativa, entre otras cualidades, hacen que merezca la pena considerar su uso, no sólo en la investigación, sino también en la práctica clínica”.*<sup>33</sup>

c) **Inventario de ansiedad de Beck:** Dicho instrumento contribuyó al **2º objetivo** “Averiguar los niveles de ansiedad en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer y su relación con las estrategias de afrontamiento”. Este inventario fue creado por el psicólogo conductista Aarón T. Beck, para evaluar la intensidad de la sintomatología ansiosa presente en un individuo; es un instrumento auto aplicable, consta de 21 preguntas que determinan la severidad con que se presentan las categorías sintomáticas y conductuales por evaluar. Estas categorías corresponden a los síntomas que generalmente se incluyen para hacer el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad, como los síntomas somáticos y subjetivos. La evaluación de la severidad de los síntomas se hace mediante una escala de 0 a 3 puntos, en donde 0 indica la ausencia del síntoma y el 3, su severidad máxima.

0: En absoluto; 1: Levemente; 2: Moderadamente; 3: Severamente.

Fiabilidad: Posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94).

---

<sup>33</sup> Cañero, C. & Dionisio, F. “Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas”. Recuperado el 30 de octubre, 2013 de [http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/vol20\\_3\\_5.pdf](http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/vol20_3_5.pdf)

Validez: Los coeficientes de correlación (r) con la escala de ansiedad de Hamilton es de 0,51; con el “Inventario de ansiedad rasgo-estado” de 0,47 a 0,58 y con la sub escala de “Ansiedad del SCL-90R” de 0,81. Por otra parte, los coeficientes de correlación con escalas que valoran depresión también son elevados.

Con el “Inventario de depresión de Beck” de 0,61 y con la sub escala de “Depresión del SCL-90R” de 0,62, al analizar los elementos del tests de Beck, en el trabajo original, encuentra dos factores principales: síntomas somáticos y síntomas subjetivos de ansiedad, pudiendo obtenerse dos sub escalas. Con posterioridad, el propio Beck describió cuatro factores: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico.

d) **Inventario de depresión de Beck:** Con este instrumento se aportó datos al **3<sup>er</sup> objetivo:** *“Detectar los niveles de depresión en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer y la relación con las estrategias de afrontamiento”*. El Inventario de depresión de Beck, creado por el psicólogo conductista Aarón T. Beck fue diseñado para evaluar la severidad de la sintomatología depresiva que presenta un individuo. El instrumento es auto aplicable y consta de 21 preguntas, cada una con cuatro afirmaciones que describen el espectro de severidad de la categoría sintomática y conductual evaluada. En todos los casos, el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, el segundo de 1 punto, el tercero de 2 puntos y el cuarto de 3 puntos que constituye la severidad máxima del síntoma. El instrumento original y su versión en español han mostrado validez y confiabilidad aceptables para su empleo en el ejercicio clínico y de investigación.

Aarón Beck en su instrumento para la depresión describe los componentes somático, afectivo y conductual.

0: Sin depresión; 1: Depresión leve; 2: Depresión moderada; 3: Depresión grave.

Fiabilidad: Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva y muestran una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad del test oscila alrededor de  $r = 0,8$ ; pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración.

Validez: Muestra una correlación variable con otras escalas (HDRS, SDS, MADRS.) En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6).

e) **Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (ZCBI):** Coadyuvó a la recopilación de datos del *4º y último objetivo*: “*Descubrir los niveles de sobrecarga en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer y su relación con las estrategias de afrontamiento*”. Escala que fue diseñada por “Zarit, Rever y Bach-Peterson” y su nombre original es “Zarit Care Burden Interview” (ZCBI).

Fue diseñado para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principal de una persona con trastorno mental. Explora los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos.

Consta de 22 ítemes: que tienen formato de pregunta, que el cuidador debe responder en una escala tipo Likert de 5 puntos.

0: Nunca; 1: Casi nunca; 2: A veces; 3: Frecuentemente; 4: Casi siempre.

Su tiempo de administración es de 5 minutos. El cuidador responde las preguntas del cuestionario anotando una puntuación para cada cuestión (escala tipo Likert de 5 puntos).

La puntuación total es la suma de todos los ítemes y el rango oscila entre 22 y 110. A mayor puntuación, mayor nivel de carga presentará el cuidador. No existen normas o puntos de corte establecidos. En la versión española se proponen como puntos de corte

los siguientes: 22-46 (no sobrecarga), 47-55 (sobre carga leve); y 56-110 (sobre carga intensa).<sup>34</sup>

Fiabilidad: Consistencia interna de 0.91. Fiabilidad test-retest a los tres meses de 0.86.

Validez: Existe una correlación directa y significativa entre las puntuaciones de la escala de Zarit y las del GHQ, índice de Katz, “Escala de trastornos del comportamiento” y de memoria-orientación y la intención de institucionalización. El análisis factorial arroja tres factores (sobrecarga, rechazo y competencia).

Esta investigación se centró en los siguientes ejes temáticos:

- Relaciones previas a la aparición de la enfermedad en el paciente cuidado.
- Relación actual con el paciente.
- Relación con la familia.
- Nivel de información que tiene acerca de la enfermedad.
- Nivel de información acerca de lo que es ser cuidador.
- Percepción de estado de su relación social, familiar, laboral y de pareja.
- Percepción de consecuencias del cuidado.
- Modo en que se convirtió en el cuidador principal.
- Principales necesidades actuales.
- Previsión de complicaciones futuras de la enfermedad.
- Preparación para la muerte y duelo del enfermo cuidado.

#### **4.4. Procedimiento.**

---

<sup>34</sup> Revista de Gerontología. *Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit*, 6, 338-346.

❖ **Primera etapa (actualización bibliográfica).**

En la primera etapa se hizo la actualización bibliográfica, con la finalidad de ver si existió nueva información o datos relevantes respecto a la problemática de investigación; luego se revisó libros relacionados con el tema investigado; se recurrió a las herramientas digitales de información como el internet, donde existen investigaciones internacionales relacionada con el tema. Por último, se dialogó con la Directora de la AAB, para que facilite la población.

❖ **Segunda etapa (selección de los instrumentos y prueba piloto).**

Consistió en realizar la elección de instrumentos y una prueba piloto de los instrumentos utilizados en la presente investigación, verificar que el lenguaje e instrucciones sean adecuados a nuestro medio y que el evaluado entendiera y brinde información fiable.

❖ **Tercera etapa (selección de la muestra).**

Una vez realizada la prueba piloto, como tercer paso se identificó a los sujetos que cumplieron con los requisitos de investigación, para así coordinar citas y fechas de evaluación.

❖ **Cuarta etapa (aplicación de instrumentos).**

Posteriormente, como cuarto paso, se procedió a la aplicación de los instrumentos como ser: La escala de estrategias de afrontamiento de Lazarus, test de ansiedad de Beck, test de depresión de Beck y la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y su respectivo ingreso a una matriz de datos de estadística debidamente codificada.

❖ **Quinta etapa (análisis de resultados).**

El quinto paso consistió en el análisis de la información obtenida de los diferentes instrumentos aplicados. Para ello se elaboró cuadros y gráficos estadísticos que resumen la información.

❖ **Sexta etapa. (redacción del informe final)**

Toda la información relevante obtenida de la anterior etapa fue volcada en un documento final, que cumplió con los requisitos de una investigación académica.

## **V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

En este quinto capítulo se describen los resultados a los que se llegó con los instrumentos aplicados, los cuales están ordenados, en relación con los objetivos e hipótesis planteada en esta investigación, los que permiten realizar el análisis correspondiente.

Los resultados que se describen a continuación están establecidos de acuerdo con el orden de aplicación de cada uno de los instrumentos: el inventario de Lazarus, permitió identificar mediante frecuencias y porcentajes en general las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas con los inventarios de Beck, se determinó los niveles de ansiedad y depresión; finalmente acudiendo a la escala de Zarit, se identificó los niveles de sobrecarga. Con los instrumentos mencionados se pudo encontrar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el nivel de ansiedad, depresión y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer de la Ciudad de Tarija.

La información recabada es desglosada siguiendo el orden anteriormente establecido en los objetivos planteados.

También se realizó el análisis de cada una de las hipótesis planteadas, en la cual se describe si se acepta o se rechaza alguna de las hipótesis de acuerdo con los resultados obtenidos de cada variable. Así mismo se realizó un análisis más profundo para dar mayor validez a la presente investigación, con la prueba estadística del ANOVA, la cual constituye un método estadístico confiable. A continuación se presentan y se describen los resultados mediante los cuadros y gráficos obtenidos.

## **5.1 Estrategias de afrontamiento.**

“Las estrategias de afrontamiento se refieren a una serie de pensamientos y acciones que utilizan las personas para manejar situaciones difíciles. Son procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, ya sean externas o internas y que son evaluadas como excedentes o desbordantes para el individuo (en este caso para el cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer). Consiste en proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales”. De las ocho estrategias, las dos primeras están centradas en la solución del problema; las cinco siguientes, en la regulación emocional y la última se focaliza en ambas áreas”,<sup>35</sup> por ello el análisis de los resultados está estructurado de acuerdo con los objetivos específicos, los que se detallan a continuación:

Para responder al primer objetivo se consideraron los porcentajes más relevantes obtenidos y tomando en cuenta la calificación de *bastante*, de las 8 estrategias de afrontamiento.

### **Objetivo # 1**

***“Identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer”.***

---

<sup>35</sup> Vázquez Valverde, C; Crespo López, M; y Ring, J. M. (1998). *Estrategias de afrontamiento*. Citados los autores Stone y Cols; Lazarus y Folkman, pag 426.

### **CUADRO N°1**

**Estrategias de Afrontamiento de los Cuidadores de Pacientes con enfermedad de Alzheimer.**

**(Escala: Modos de afrontamiento de Lazarus)**

Estrategias de afrontamiento	En absoluto		En alguna medida		Bastante		En gran medida		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Confrontación	0	0%	17	57%	12	40%	1	3%	30	100%
Distanciamiento	0	0%	24	<b>80%</b>	6	20%	0	0%	30	100%
Autocontrol	0	0%	24	<b>80%</b>	6	20%	0	0%	30	100%
Búsqueda de apoyo social	0	0%	4	13%	21	<b>70%</b>	5	17%	30	100%
Aceptación de responsabilidad	0	0%	23	<b>77%</b>	6	20%	1	3%	30	100%
Huida-evitación	0	0%	26	<b>87%</b>	4	13%	0	0%	30	100%
Planificación	0	0%	17	57%	13	<b>43%</b>	0	0%	30	100%
Reevaluación positiva	0	0%	5	17%	22	<b>73%</b>	3	10%	30	100%

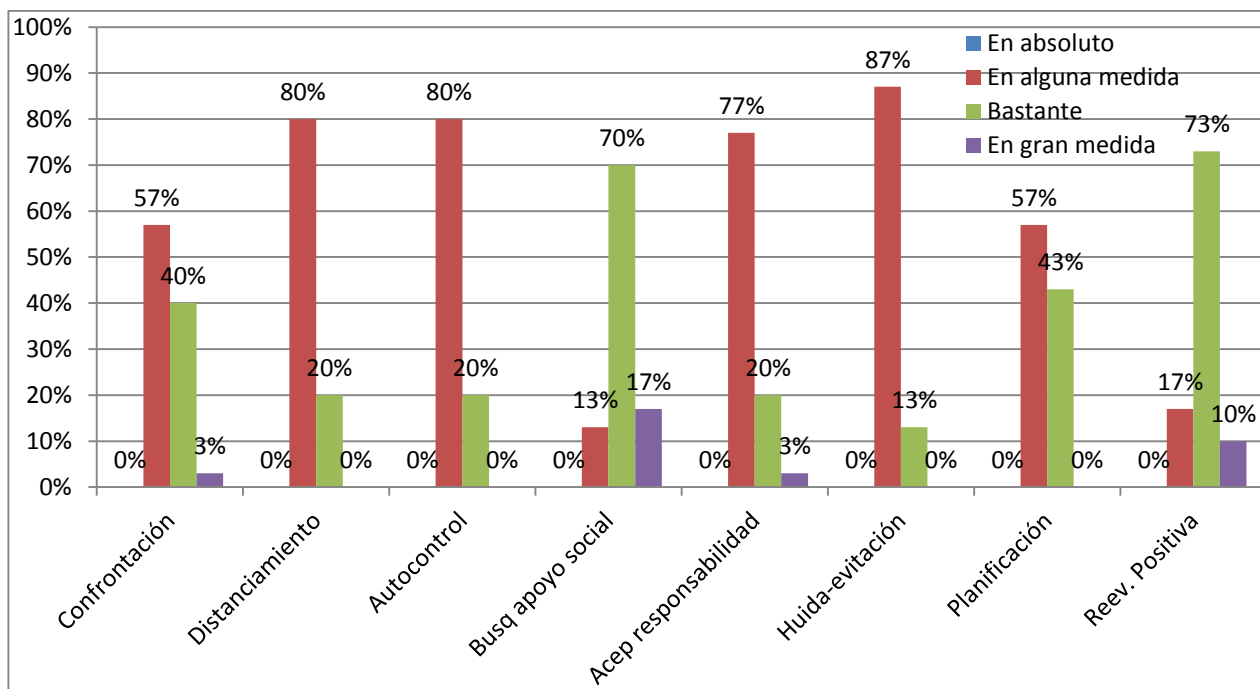
Fuente: Escala de modos de afrontamiento de Lazarus.

Elaboración propia

## GRÁFICO N° 1

### Estrategias de afrontamiento de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer.

(Escala de modos de afrontamiento de Lazarus)



Fuente: Escala de modos de afrontamiento de Lazarus

Elaboración propia.

La primera gráfica muestra que el **73%** de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer utilizan como estrategias de afrontamiento y con la calificación de **bastante** en el ítem de la **reevaluación positiva**, que describe los esfuerzos que realizan los cuidadores para ver la situación estresante desde otra perspectiva, lo que les permite evaluar las ventajas en vez de enfrascarse en lo negativo; es decir, sacar algo bueno de todo lo malo. Por lo tanto, en este tipo de estrategia, los cuidadores reflejan los factores internos como la personalidad y los factores externos estresantes; significa que el cuidador que atiende a un paciente con Alzheimer reacciona positivamente, aun cuando esto signifique un gran sacrificio no solo físico sino mental y represente mucho estrés, debido a que también tiene otras responsabilidades, en el

hogar o en el trabajo. Este resultado se confirma con las entrevistas realizadas a los cuidadores: *“Cuando siento que ya no puedo más con toda la presión de la enfermedad de mi mamá, y además nunca se conforma con todo lo que yo hago por ella, nada de lo que hago la satisface, en ese momento, no sé cómo, pero trato de relajarme y pienso... que si ella no estuviera con esa enfermedad sería diferente todo”*. *“Cuando siento que la situación con mi mamá es insostenible, pienso en Dios Nuestro Señor y sé que de algún modo todo esto es una prueba más, y además en la Biblia dice...honrarás a tu padre y madre...y oro mucho, al hacer eso veo las cosas de otro modo”*.

Otra persona expresó lo siguiente: *“Cuidar de mi padre no me molesta, porque él me dio mucho cariño y me sacó profesional; por eso sé que le debo mucho y cuando hay días que reacciona con agresiones, dentro de mí sé que no lo hace conscientemente, actúa por su enfermedad...cuido con cariño a mi padre y saco todo lo bueno que me dio siempre”*

Como se puede evidenciar en las versiones de los propios cuidadores, ante las complicaciones que existen al momento de cuidar al enfermo, realizan una evaluación positiva de la situación problemática y hacen un gran esfuerzo para actuar de otra forma, por el bien del paciente y de ellos mismos.

El **70%** de los cuidadores prefieren como estrategia de afrontamiento y con la calificación de **bastante** el ítem de la **búsqueda de apoyo social**. El cuidador, al verse frente a una situación conflictiva con el enfermo y sin poder enfrentarlo solo, acude a familiares cercanos y amigos en busca de apoyo emocional y comprensión. También acude por ayuda a un profesional médico especializado en el área de la enfermedad de Alzheimer, infiriendo que, con el transcurrir del tiempo, podría provocar reacciones de impotencia, con incapacidad de poder reaccionar positivamente ante situaciones

específicas con el enfermo. En el análisis realizado los cuidadores expresan claramente que ante lo mencionado acuden en busca de mayor información ante un profesional médico especializado, con la esperanza de encontrar alguna respuesta que les permita sobrellevar su situación de carga física y emocional como cuidadores. Así también lo reflejan las versiones de los cuidadores: *“Cuando me siento triste e impotente por la enfermedad de mi mamá, busco ayuda de mis colegas para que me guíen mejor en esta situación; porque sé que solo no puedo con la enfermedad...también me ayudan mis hermanas con algunas cosas como la limpieza de la casa de mamá, con su aseo personal y con la preparación de los alientos de mamá”*

Otra persona expresa del siguiente modo: *“Todos mis hermanos cooperamos con el cuidado de mi tía; porque ella nos cuidó mucho cuando éramos niños porque mi mamá trabajaba; también contratamos a una señorita para que nos ayude con los quehaceres de la casa y también para que le haga compañía cuando alguno de mis hermanos tardan en llegar a cuidarla; además la llevo a todos los doctores especialistas por lo de su enfermedad”*.

Otra persona menciona: *“Sé que sola no puedo con el cuidado de mi tía, por eso busco ayuda de mis hermanas y hermanos para que me apoyen en el cuidado, porque a medida que avanza la enfermedad no duermo bien y también necesito dormir bien; porque si no al día siguiente me siento agotada... desde que se puso mal mi tía consulté con médicos, con todos los que me recomendaban los amigos y conocidos, pero sé que solo me queda esperar en final de todo esto”*.

La ayuda de personas cercanas es muy importante para los cuidadores, porque al ser el encargado directo del enfermo experimentan desesperación, tristeza angustia y tendrían muchas dudas; porque nadie nace preparado para enfrentar estas dificultades de la vida, por ello el apoyo emocional de los seres queridos es fundamental para los cuidadores.

El **43%** de los cuidadores de pacientes enfermos de Alzheimer usan como estrategia de afrontamiento y con la calificación de **bastante** el ítem de **planificación**. Se analiza que los cuidadores, al ya haber tenido diferentes situaciones problemáticas con el paciente, por cierto difíciles en el momento de su atención, posteriormente planean como enfrentarse a esos conflictos y de alguna manera tratar de manejar el problema con el enfermo, para esto, los cuidadores se preparan tratando de evitar problemas a futuro. Con las siguientes versiones podemos sustentar este resultado: *“Además de ser la responsable principal del cuidado de mi mamá, también tengo otras obligaciones: tengo que trabajar para hacer estudiar a mis hijos y en muchas ocasiones viajo a traer mercadería para vender; por eso tengo todo planificado, dejo anotado todo en un cuaderno para que mis hijos o mis hermanas le den sus medicamentos a hora, la hagan comer, la bañen; porque si varía algo mi mamá se pone más agresiva de lo que ya lo es”*

Otra persona que fue parte de este estudio expresa lo siguiente: *“Tengo todo planificado, porque como ya cuido más de un año al señor, ya sé en qué momento tiene ganas de hacer pis, a qué hora tiene hambre, y lo más importante, sus medicamentos son puntuales, porque a un principio me costó mucho entendernos; si no le entendía gritaba, botaba las cosas, hasta hubo días que me empujaba, y como se cómo es esta enfermedad, todo dependía de mí”*

Otra persona dice: *“Aparte de estar con la enfermedad de Alzheimer, también tiene otras dolencias: tiene la presión alta, diabetes, y problemas en los huesos; le duele, por todo eso tengo que planificar bien las horas a las que tiene que tomar sus medicamentos; se despierta temprano para ir al baño y reclama mucho cuando tiene hambre, y como se le olvida que comió recién, vuelve a pedir de comer; le das, porque si no le hacemos caso o le damos la contra se enoja mucho, grita, insulta a todos,*

*diciendo que somos desconsiderados que la queremos matar de hambre...y si me tardo un poco más de lo habitual para llevarla al baño, se hace en su cama y para evitar pasar por todo eso, planifico la hora de levantarme con mi despertador”.*

Como se pudo observar en los relatos, es muy importante la planificación para el cuidador; porque el enfermo tendrá cambios de humor, episodios de agresividad, por el mismo hecho de sentirse desorientado en el tiempo; por ello el cuidador que lleva mucho tiempo con su labor, ya preverá las reacciones del enfermo y planificará cómo responder a las actitudes problemáticas del paciente.

El **40%** de los cuidadores maneja como estrategia de afrontamiento y con la calificación de **bastante** el ítem de **confrontación**; es decir, los cuidadores, al verse sobrepasados por las situaciones problemáticas con el paciente, reaccionan ante el conflicto con acciones directas hasta de forma agresiva hacia el paciente enfermo, impulsados por la rabia del momento, porque el enfermo con Alzheimer tiene episodios de agresividad ante diferentes situaciones y esto para los cuidadores es muy difícil de enfrentar y mantener la paciencia. Ante estas actitudes del enfermo, los cuidadores podrían reaccionar instintivamente, puesto que son seres humanos y como tal actuarán ante los problemas.

Así lo demuestran las respuestas de los cuidadores: *“Todos los días tengo que pelear con mi mamá, porque no quiere tomar su desayuno, no quiere comer el almuerzo, de gana compro suplementos, porque es difícil lograr que tome algo; solo da un sorbito, a lo mucho toma tres sorbos, dice que no tiene hambre, que no le gusta, que piensa que le doy algo que le hará mal...así todos los días peleamos, y que Dios me perdone, hay días que bota todo, se vuelve loca y para calmarla la agarro de los brazos fuerte para que se calme, solo así se calma; pero con mi empleada hace lo que quiere, me la hace llorar mucho”.*

Otra persona expresa así: *“La pelea con mi mamá es cuando no quiere bañarse dice que ya se bañó ayer, para qué, me puedo enfermar... cuando hace dos semanas que no se bañó, también discutimos cuando se le mete la idea de salir a pasear de noche...le digo hace frio es de noche, vamos a dormir, no quiere, va a la puerta para salir, y me pongo en la puerta...me empuja, me pega me agarra de los cabellos y mi paciencia se acaba, la agarro de los brazos fuerte la jalo hasta su cuarto y ahí golpea la puerta...es muy difícil vivir con alguien así...estoy harta de todo, quisiera que se muera para que descansemos las dos”*.

La expresión de otra persona dice *“Se pone agresiva cuando se pregunta por su plata, dice que yo me lo gasto con mis hijos, que soy mala hija...ella la esconde debajo del colchón o debajo de las ollas...y cuando se olvida se pone furiosa...es difícil que entienda y a veces, la enfrento también con gritos para que se calme”*

Estas respuestas corroboran el resultado arriba mencionado, pues los cuidadores al verse frente a las actitudes agresivas del paciente, sienten que la paciencia se les acaba y reaccionan también de forma agresiva. Aunque mencionan que está muy mal reaccionar así, expresan que esos episodios son insoportables, que les sacan de las casillas y se rebelan como cualquier ser humano. También se interpretó los porcentajes altos dentro de la calificación de *en alguna medida*.

EL **87%** de los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer, utilizan la estrategia de afrontamiento con la calificación **en alguna medida. Huida-evitación**. De acuerdo con este resultado se puede inferir que los cuidadores, en los momentos sumamente estresantes y difíciles de manejar, en algunas ocasiones y dependiendo de la gravedad del problema, optarían como estrategia, la huida-evitación, con la finalidad de aliviar

de algún modo el estrés relajarse y mantener el equilibrio del estado emocional, con acciones como fumar, beber, comer o automedicarse.

El **80%** de los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer utilizan las estrategias de afrontamiento, **distanciamiento** y el **autocontrol**, con la calificación **en alguna medida**. Con este resultado se puede concluir que los cuidadores se encuentran en duda acerca de cómo enfrentar sus problemas; es decir no saben cómo reaccionar en los momentos de conflicto con el paciente. Por instantes tal vez sientan la necesidad de tomar distancia del problema por un tiempo, para que no afecte su estado emocional y físico; o quizá por otro lado, frente a la situación estresante, los cuidadores se esfuerzan por controlar sus reacciones emocionales en situaciones problemáticas con el paciente.

El **77%** utiliza la estrategia de afrontamiento de la **aceptación de la responsabilidad**, con la calificación **en alguna medida**. Se deduce que este porcentaje de los cuidadores, frente a los conflictos con el paciente, en algunas ocasiones asumen su participación en el origen o en el mantenimiento del problema; porque quizá reaccionaron negativamente, sin darse cuenta de que el paciente no tiene conciencia de sus actos debido al avance de la enfermedad, y al tomar conciencia de sus actitudes con el paciente, aceptan los errores cometidos.

## **5.2 Nivel de ansiedad**

Científicamente, la ansiedad es conceptualizada como *respuesta de pelea o huida*. La ansiedad es un conjunto de respuestas cognitivas, se manifiesta a través de tres canales: cognitivo (pensamientos, ideas), fisiológico (síntomas físicos como sudoración, mareo, aumento del ritmo cardíaco, etc.) y motor (acciones como la evitación, la huida, el escape). Es la sensación de impotencia e incapacidad de enfrentarse a eventos amenazantes, caracterizada por el predominio de la tensión física. Se manifiesta frente

a cualquier amenaza percibida, sea esta físicamente real, psicológicamente molesta o incluso imaginaria. A continuación se muestran los resultados de los niveles de ansiedad que presentan los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer, respondiendo así al objetivo número dos.

## **Objetivo # 2**

*“Describir los niveles de ansiedad en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer y su relación con las estrategias de afrontamiento”*

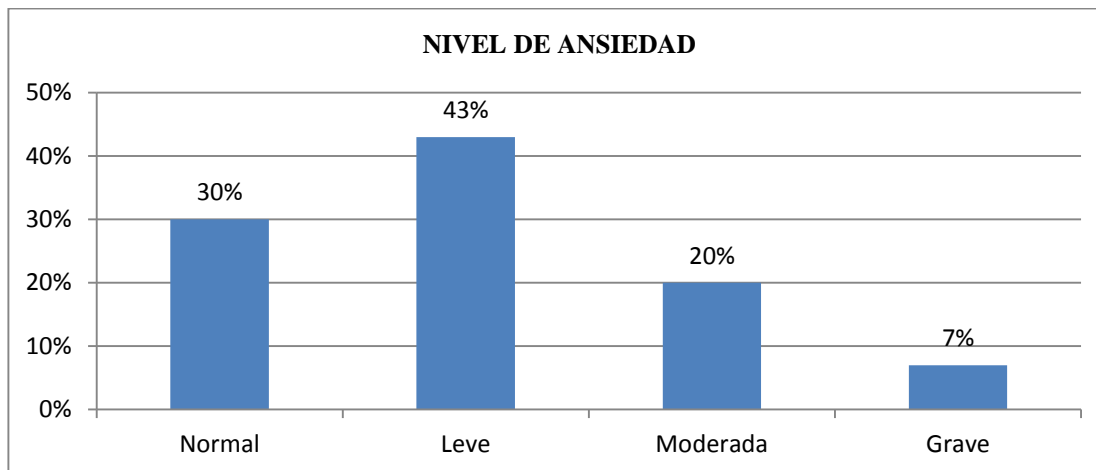
### **CUADRO N° 2**

**Nivel de ansiedad de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer”  
(Inventario de ansiedad de Beck)**

<b>Niveles de ansiedad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Normal	9	30%
<b>Leve</b>	<b>13</b>	<b>43%</b>
Moderada	6	20%
Grave	2	7%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Inventario de ansiedad de Beck. / Elaboración propia.

**GRÁFICO N° 2**  
**Inventario de ansiedad de Beck**



Fuente: Inventario de ansiedad de Beck / Elaboración propia.

De acuerdo con los datos obtenidos se demuestra que un **43%** de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer presentan un nivel **de ansiedad leve**, lo que significa que existe una manifestación de ansiedad con episodios poco frecuentes. Su intensidad suele ser leve, con duración limitada, respondiendo frente a estímulos o situaciones estresantes claramente detectables, que no interfiere demasiado con la vida cotidiana de estas personas, sino al contrario, puede ayudar a adoptar una postura más resolutiva frente a situaciones estresantes y alcanzar un nivel de eficiencia alto. La versión del cuidador indica: *“Siento ansiedad cuando mi mamá se pone terca, agresiva; en ese momento tengo ganas de que todo termine pronto; sé que Dios me puede castigar, pero es desesperante la situación de mi mamá; por momentos deseo que se muera de una vez”*

Otra persona dice: *“Hay días en que mi papá está bien, de buen humor; pero en otros es insoportable, con nada está conforme; me grita de todo, se descontenta hasta con la comida; me dice que con mi comida lo quiero matar”*

Otra cuidador menciona: *“Siento ansiedad cuando mi tía no quiere comer, come un poco lo vomita; dice que está fea la comida; y si come, solo ingiere unas dos a tres cucharadas. Eso me preocupa, está débil, ya no puede caminar, se cae...y me empieza a doler la cabeza. Pienso que en cualquier momento se rompe el pie o las manos...y fuma sin parar”*.

Se puede mencionar que un **30%** de los cuidadores muestran un nivel **de ansiedad normal**. Esto significa que los cuidadores mantienen un nivel de equilibrio en las respuestas de ansiedad, pues éstas son aprendidas. El cuidador pensará que es útil al paciente y que la enfermedad es parte del envejecimiento (cognitivo), realiza acciones con el fin de controlar la situación para que todo vuelva a la normalidad (motor) y no presentará cambios en el organismo (fisiológico). Así demuestra que la ansiedad es útil, pues gracias a ella se podrá actuar y relacionar de forma adecuada con el paciente.

El mismo cuidador describe su situación: *“Por el momento mi mamá aún es independiente en algunas cosas; solo necesita que alguien le ayude con la limpieza de su casa, que laven su ropa, su servicio; hasta puede preparar sus alimentos sola, porque ella fue buena cocinera, solo necesita ayuda en pequeñas cosas y claro está, necesita de mucho cariño”*.

Otro cuidador dice: *“Trato que no me afecte el comportamiento de mamá; cuando me da un poco de ansiedad, entro a mi laboratorio o hago porcelana fría y eso me ayuda a pensar las cosas y despejar mi mente, y después de un rato me siento mejor”*.

Otra cuidadora menciona: *“Mi mamá no es tan agresiva, está tranquila en su cuarto viendo tele. Claro que también hay momentos en que se olvida hasta en dónde hacer sus necesidades. Gracias a Dios que tengo a la chica para que me ayude; porque si estuviera sola y con el trabajo, me sentiría más cansada”*

En el análisis de los cuadros también se describen los resultados obtenidos del cruce de variables. Aquí se toma en cuenta los porcentajes más altos de cada cuadro, los cuales están desglosados de la siguiente manera:

### CUADRO N° 3

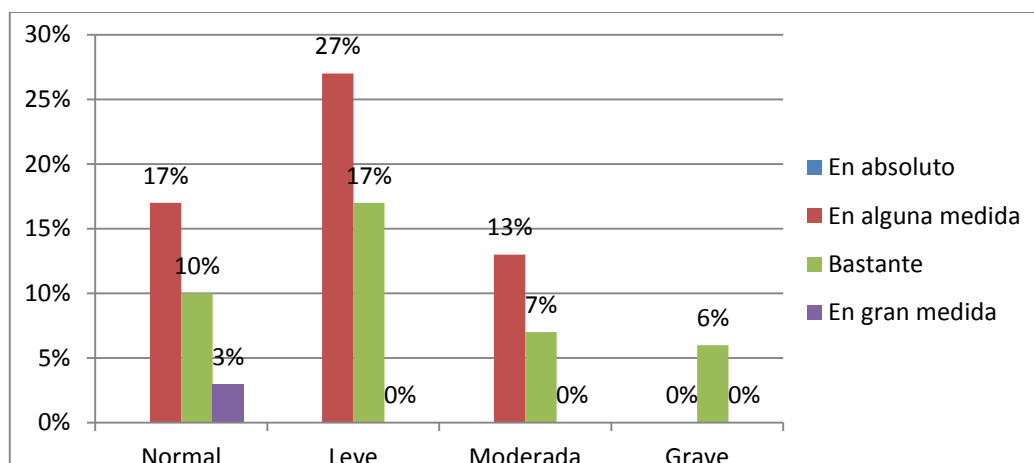
**Relación entre la estrategia de confrontación y niveles de ansiedad de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer”**

**(Frecuencias y porcentajes)**

NIVEL DE ANSIEDAD	CONFRONTACIÓN								TOTAL	
	En absoluto		En alguna medida		Bastante		En gran medida			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Normal	--	--	5	17%	3	10%	1	3%	9	30%
Leve	--	--	8	27%	5	17%	--	--	13	44%
Moderada	--	--	4	13%	2	7%	--	--	6	20%
Grave	--	--	--	--	2	6%	--	--	2	6%
<b>TOTAL</b>	--	--	17	57%	12	40%	1	3%	30	100%

### GRÁFICO N° 3

**Relación entre la estrategia de confrontación y niveles de ansiedad de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer”.**



De acuerdo con los resultados obtenidos del cruce de variables con relación a las estrategias de afrontamiento y los niveles de ansiedad, se encontró con la calificación de **alguna medida**, la estrategia de **confrontación** con el **27%**. Los cuidadores presentan **ansiedad leve**; es decir que, ante un conflicto estresante con el paciente, se infiere que los cuidadores pueden perder la capacidad de relajarse y concentrarse en su reacción en el momento y se confrontarían mediante acciones directamente agresivas con el paciente; ya existe una manifestación de ansiedad en los cuidadores, porque los cuidadores tienen agotamiento físico y sensaciones de malestar provocados por el insomnio. Debido a estos síntomas los cuidadores reaccionarían confrontándose con el paciente enfermo. Por lo tanto, a más nivel de ansiedad en los cuidadores, más probabilidad del uso de la estrategia de afrontamiento confrontación.

Existe una cantidad de cuidadores, en la misma estrategia de **confrontación**, con un valor igual del **17%**, entre **ansiedad normal** y **ansiedad leve**. La primera con la calificación de **alguna medida** y la otra en la categoría **bastante**. Se concluye que los cuidadores, al inicio y durante el cuidado del enfermo, mantuvieron la ansiedad normal.

Puesto que todas las personas tienen situaciones de ansiedad, éstas ayudan a resolver diferentes momentos de estrés, en los que también se puede reaccionar mediante confrontación directa con el problema. Pero, a medida que la enfermedad avanza, los problemas, estrés y las manifestaciones de ansiedad también aumentarían. De la misma forma crecería la posibilidad de que exista confrontación ante diferentes situaciones conflictivas con el paciente. Por lo tanto, a más posibilidad de incremento del nivel de ansiedad, más probabilidad de que los cuidadores usen como estrategia de afrontamiento la confrontación con el paciente, en situaciones de conflicto.

Los cuidadores describen así su situación: *“Cuando mi mamá empieza a tirar la comida porque no quiere comer, se pone agresiva con todos; se descontrola y en ese momento la enfrento de la misma forma: le grito, la agarro de los brazos para que entienda que lo que hizo está mal,.. sé que no debo hacer eso, pero si estuvieras en mi lugar entenderías por qué reacciono así”*.

*“A veces mi tía me reclama cosas, se enoja me grita, me dice que yo me gasto su plata; pero yo le digo que la gasto en sus medicamentos y no entiende. Me dice que le estoy engañando, que ella no está enferma; y la enfrento, porque ya me harta con sus reclamos; a veces la hago llorar, pero después me arrepiento..., es muy difícil estar en este lugar”*.

*“ A mi mamá la enfrento cuando se pone agresiva; sobre todo cuando no quiere bañarse la tengo que bañar a la fuerza, porque pasa semanas sin bañarse y además a veces se hace en la cama y el olor es fuerte...mi situación es estresante, afecta mi salud.*

#### CUADRO N° 4

#### Análisis ANOVA

**Relación entre la estrategia de afrontamiento, confrontación y nivel de ansiedad de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer”**

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
<b>Confrontación y nivel de ansiedad</b>	Inter-grupos	,469	3	,156	,379	0,769
	Intra-grupos	10,731	26	,413		
	Total	11,200	29			

Teniendo en cuenta que para la presente interpretación se realizó el análisis mediante el estadístico del ANOVA, donde se toma en cuenta el grado de significancia = sig, en la relación entre las estrategia de confrontación y el nivel de ansiedad, se toma como base 0,050; es decir que mayor a 0,050 no tiene relación y menor a 0,050 sí hay relación.

Según este método estadístico y tomando como base la estrategia de afrontamiento, **entre la confrontación y el nivel de ansiedad no hay relación** se obtuvo un nivel de significancia de **0,769** deduciendo con este resultado que los cuidadores, ante una ansiedad elevada, no utilizarían como mecanismo de defensa la confrontación; sino que es posible que tengan otras formas de reaccionar, como la incapacidad para concentrarse, fácil distraibilidad y síntomas somáticos como dolores de cabeza y por ello utilicen como estrategia actitudes diferentes y otros procesos de solución.

### CUADRO N° 5

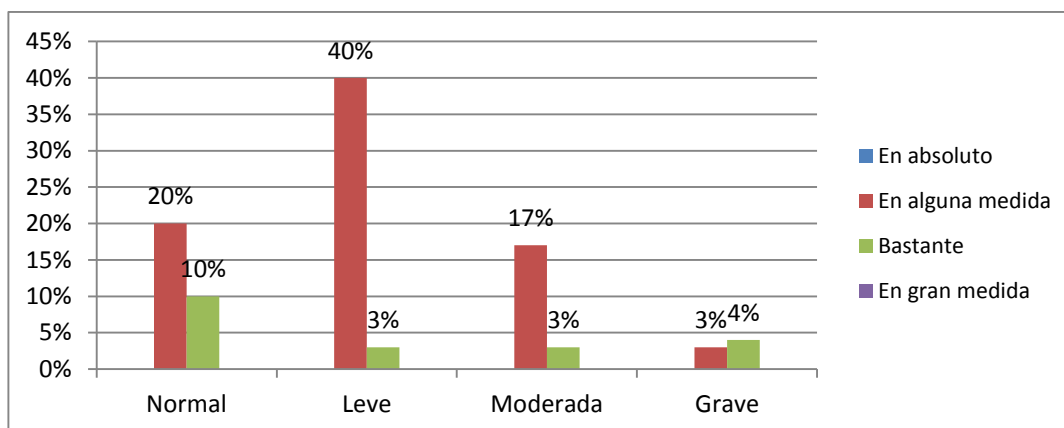
**Relación entre la estrategia, distanciamiento y niveles de ansiedad de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer”**

**(Frecuencias y porcentajes)**

NIVEL DE ANSIEDAD	DISTANCIAMIENTO								TOTAL Fr %	
	En absoluto Fr %		En alguna medida Fr %		Bastante Fr %		En gran medida Fr %			
Normal	--	--	6	20%	3	10%	--	--	9	30%
Leve	--	--	12	40%	1	3%	--	--	13	43%
Moderada	--	--	5	17%	1	3%	--	--	6	20%
Grave	--	--	1	3%	1	4%	--	--	2	7%
<b>TOTAL</b>	--	--	24	80%	6	20%	--	--	30	100%

### GRÁFICO N° 4

**Relación entre la estrategia, distanciamiento y niveles de ansiedad de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer”**



Esta tabla y gráfico muestra que el **40%** de la población, objeto de este estudio, expresa que en **alguna medida** frente a una **ansiedad leve**, los cuidadores manejan como estrategia de afrontamiento el **distanciamiento**. Frente a una situación estresante y

problemática, podrían optar por alejarse, apartarse del problema, no pensar demasiado en él para que no les afecte más en su estado emocional. Al presentar solo ansiedad leve, los cuidadores no presentan mayores dificultades porque su atención es mayor y tienen la capacidad de afrontar y resolver las situaciones problemáticas, a pesar de tener sensaciones de malestar y agotamiento físico en algunas ocasiones. Por lo que se concluye que, a mayor distanciamiento, posiblemente exista alguna presencia de síntoma de ansiedad en los cuidadores.

En la misma estrategia de **distanciamiento**, con el valor del **20%** la **ansiedad es normal** en los cuidadores; porque, como se mencionó anteriormente que a un mayor distanciamiento existe un menor nivel de ansiedad, en este párrafo se corrobora esta afirmación, pues se infiere que al existir un tiempo considerado de distanciamiento, el nivel de ansiedad bajará en los cuidadores y podrán continuar con el rol de cuidador principal. Pero también se concluye que por el contrario, si los cuidadores no toman distancia por algún tiempo en su labor, el nivel de ansiedad podría aumentar, como lo demuestra esta tabla, donde el **17%** presenta en *alguna medida* **ansiedad moderada**. Los cuidadores podrían presentar dificultad para concentrarse al momento de apoyar al paciente; a nivel fisiológico presentarían problemas en la respiración y demás dificultades físicas; por lo que es importante alejarse de las situaciones problemáticas y estresantes con el paciente, en algún momento, por el bien de la salud física y mental de los cuidadores.

Estas son las versiones de los cuidadores: *“Cuando mi mamá ya empieza con sus cosas, y como sé cómo termina, prefiero alejarme, ponerle distancia, irme a mi laboratorio para no enojarme y ponerme mal”*.

*“Cuando veo que mi papá comienza a hablar y a reclamar, salgo de su cuarto y me voy al mío a ver la tele o pongo música para relajarme; porque si me quedo, logra*

*ponerme de mal humor, afecta mi ánimo, lloro, me duele la cabeza; siento a veces hasta ganas de salir y no volver más”.*

*“Mi mamá siempre tuvo el carácter fuerte, ahora es peor, es muy agresiva; se pone a pelear con la hijita de la chica que me ayuda en la limpieza de la casa y conmigo para peleando, porque no quiere tomar sus medicinas; dice que le hacen mal, que la quiero matar...bota todas las cosas a su alcance y como esa situación ya la conozco, salgo a la calle a comprar algo o llamo a mi hermana para que me reemplace por un tiempo, porque si no, me afecta, reniego, me duele el estómago, la cabeza”.*

### CUADRO N° 6

#### Análisis ANOVA

**Relación entre la estrategia de afrontamiento, distanciamiento y nivel de ansiedad en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.**

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
Distanciamiento y el nivel de ansiedad	Inter-grupos	1,341	3	,447	2,568	0,076
		4,526	26	,174		
	Intra-grupos	5,867	29			
	Total					

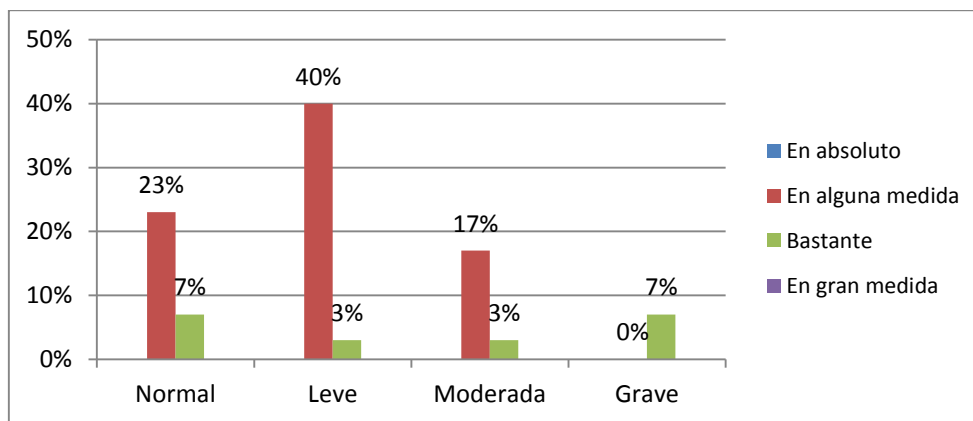
De acuerdo a resultados de este método estadístico, se constata que **no existe relación** entre el **distanciamiento y el nivel de ansiedad**, pues se obtuvo un nivel de significancia de **0,076**. Al tener una determinada ansiedad, ya sea leve, moderada o grave, se infiere que los cuidadores no siempre buscaran el distanciamiento con su

paciente, sino que podrían utilizar otros mecanismos para enfrentar situaciones estresantes.

**CUADRO N° 7**  
**Relación entre la Estrategia de afrontamiento**  
**Auto-control y niveles de ansiedad de los cuidadores de pacientes con**  
**enfermedad de Alzheimer”**  
**(Frecuencias y porcentajes)**

NIVEL DE ANSIEDAD	AUTO - CONTROL								TOTAL	
	En absoluto		En alguna medida		Bastante		En gran medida		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Normal	--	--	7	23%	2	7%	--	--	9	30%
Leve	--	--	12	40%	1	3%	--	--	13	43%
Moderada	--	--	5	17%	1	3%	--	--	6	20%
Grave	--	--	--	--	2	7%	--	--	2	7%
<b>TOTAL</b>	--	--	24	80%	6	20%	--	--	30	100%

**GRÁFICO N° 5**  
**Relación entre la estrategia Auto-control y niveles de ansiedad de los cuidadores**  
**de pacientes con enfermedad de Alzheimer”**



El cuadro y gráfica muestran que los cuidadores presentan una **ansiedad leve**, manejando como estrategia de afrontamiento y con la calificación de **alguna medida**

el **autocontrol** con el **40%**, de lo que se infiere que los cuidadores, ante circunstancias difíciles de tratar, aún se concentran y pueden sentir algunos malestares de tipo anímico y problemas físicos. Por lo tanto, a mayor nivel de ansiedad mayor utilización de la estrategia de afrontamiento auto-control.

También lo reflejan así los mismos cuidadores: *“Tengo que mantener el control de mis actos; porque si no lo hago, reacciono también con agresión...mi mamá puede sacar de las casillas a cualquiera...se comporta peor que un niño, grita, empuja a la chica, pelea con su hijita y yo soy la única que la freno”*.

Otro cuidador mencionó: *“Cuando mi mamá dice que quiere irse con su hijo, que está en La Paz...ahí empieza a desesperarme y para no perder el control, la llevo a dar una vuelta por la placita, se sienta un rato, se relaja un poco y de un rato volvemos a casa y ya está de mejor ánimo”*.

La estrategia del **auto-control**, revela que el cuidador lograr controlar su reacción ante episodios de conflicto con el paciente. El **23%** de los cuidadores presentan **ansiedad normal**, por lo que se concluye que si los cuidadores logran controlar sus propias respuestas emocionales frente al conflicto con el paciente, toman conciencia de que el paciente actúa del modo que lo hace por la enfermedad que lo aqueja, el nivel de ansiedad también bajará en ellos. Por lo tanto, a menor nivel de ansiedad en el cuidador más posibilidad del autocontrol.

Siguiendo el análisis de la estrategia de afrontamiento en el ítem **autocontrol**, algunos cuidadores presentan **ansiedad moderada** en un **17%**. Esto significa que, a medida que aumenta la ansiedad en los cuidadores, existe una menor posibilidad de que los cuidadores puedan controlar sus propias respuestas emocionales en situaciones de conflicto con el paciente; porque, al experimentar este nivel de ansiedad, los cuidadores

presentarían dificultades en sus salud física y emocional y, por ende, tendrían menor capacidad de concentración y de analizar las situaciones problemáticas con el paciente. Por lo tanto, a mayor nivel de ansiedad en el cuidador menor uso de la estrategia del autocontrol.

### CUADRO N° 8

#### Análisis ANOVA

#### Estrategias de afrontamiento.

#### Autocontrol y nivel de ansiedad de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer”

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
Autocontrol y nivel ansiedad	Inter-grupos	2,837	3	,946	2,882	0,055
	Intra-grupos	8,530	26	,328		
	Total	11,367	29			

Según este método estadístico y con un nivel de significancia de **0,055** la estrategia de afrontamiento de **autocontrol y el nivel de ansiedad**, muestra que **no existe relación**, pues los cuidadores, ante una situación conflictiva con el paciente, optarían por no controlar sus propias emociones. Con un nivel de ansiedad leve, moderada y grave existe la posibilidad de no poder controlar las respuestas emocionales ante la situación estresante.

## CUADRO N° 9

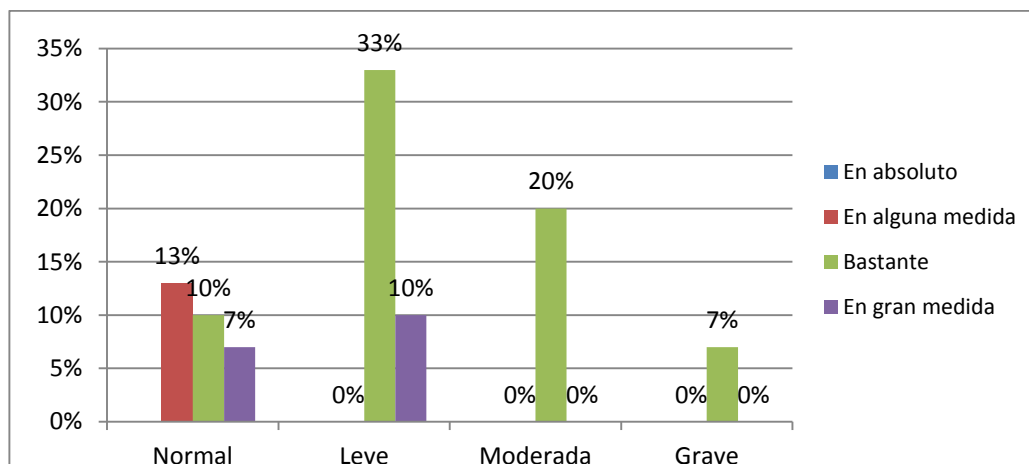
### Estrategias de afrontamiento

**Relación entre búsqueda de apoyo social y niveles de ansiedad en los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer”  
(Frecuencias y porcentajes)**

NIVEL DE ANSIEDAD	BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL								TOTAL Fr %	
	En absoluto Fr %		En alguna medida Fr %		Bastante Fr %		En gran medida Fr %			
Normal	--	--	4	13%	3	10%	2	7%	9	30%
Leve	--	--	--	--	10	<b>33%</b>	3	10%	13	43%
Moderada	--	--	--	--	6	<b>20%</b>	--	--	6	20%
Grave	--	--	--	--	2	7%	--	--	2	7%
<b>TOTAL</b>	--	--	4	13%	21	70%	5	17%	30	100%

## GRÁFICO N° 6

**Relación entre búsqueda de apoyo social y niveles de ansiedad en los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer”**



Continuando con el análisis, el **33%** de los cuidadores principales y frente a una **ansiedad leve** utilizarían como estrategia de afrontamiento y con la calificación de **bastante** la **búsqueda de apoyo social**. En los momentos de conflicto con el paciente,

los cuidadores buscarían ayuda externa; es decir contención y apoyo moral en su familia más cercana y de los amigos; porque al experimentar ansiedad, aún son capaces de afrontar y resolver situaciones problemáticas. El cansancio físico, los problemas de sueño y los continuos malestares, harán que el cuidador busque ayuda de las personas más allegadas al cuidador. En esas situaciones los cuidadores buscan consejos y asesoramiento de los médicos que atienden al paciente. Entonces, a más nivel de ansiedad en el cuidador mayor uso de la estrategia de afrontamiento, búsqueda de apoyo social.

Así lo reflejan las respuestas de los cuidadores: *“Hay momentos en que es tan difícil la situación que llamo a mi hermana para que me ayude, o a una amiga que está o que pasó por lo mismo que yo; busco sus consejos y así me siento identificada, porque no soy la única que está pasando por esta situación; si me quedo en casa, encerrada, es peor, siento que me ahogo”*.

*“Busco la ayuda de mi hija y por suerte tengo a una chica que trabaja cama adentro y ella me colabora mucho, y cuando la chica no está es peor, porque tengo que estar más pendiente de mi mamá; ella grita, y si no le hago caso empieza a botar sus cosas al suelo, es muy desesperante verla cuando tiene episodios de agresividad... afecta mi estado de ánimo”*.

Otro cuidador expresa: *“A un principio, cuando me hice cargo del cuidado de mamá, fue muy difícil; porque tenía que cuidarla, a la vez trabajar y atender otras cosas; me sentía muy mal, no sabía cómo reaccionar ante sus estados de ánimo; lloraba mucho, sentía que me ahogaba, me estremecía el cuerpo de solo ver cómo se comportaba...por eso busqué ayuda de mis hermanas, las que actualmente colaboran en algunas oportunidades con el cuidado, y me informé más acerca de la enfermedad con los doctores que la atienden”*.

Por otra parte, el **20%** de los cuidadores presentan un nivel de **ansiedad moderada** y optan por elegir como estrategia de afrontamiento **la búsqueda de apoyo social** en la escala de **bastante**. Se deduce que un cierto porcentaje de la población estudiada experimenta situaciones de ansiedad, cuando la atención de los cuidadores va disminuyendo, es decir que ya no tienen capacidad para analizar la realidad objetivamente, puesto que las diferentes situaciones de conflicto con el paciente van afectando su salud física y psicológica y porque quizá tienen dificultades en su función cardíaca, o tal vez piensen que la situación con el paciente les sobrepasa y no son capaces de seguir adelante con el cuidado. Por todo lo mencionado, los cuidadores tendrán la necesidad innata de buscar ayuda de los demás familiares, que cooperen por un tiempo con el cuidado del familiar enfermo, mientras también necesiten de médicos profesionales que les ayuden con su salud física y psicológica. Entonces, a menor utilización de búsqueda de apoyo social, en la estrategia de afrontamiento, mayor aumento de ansiedad.

Lo que se corrobora con los siguientes testimonios: *“En muchas ocasiones sentí que ya no podía con la situación, me agarraba desesperación por no saber qué hacer con el comportamiento de mamá, porque hay momentos en que ella se pone muy agresiva; grita, bota las cosas, y se descontrola más cuando la quiero bañar, ...toda la situación afectó de algún modo mi salud; siento dolor de cabeza frecuentemente, muchas veces quisiera que todo termine o a veces solo quisiera escapar de todo esto”*.

Otro cuidador explica: *“Tengo los nervios de punta, ya no aguanto ver que mi mamá este así, no la reconozco, actúa de forma agresiva, habla palabras groseras; a veces se le da por sacarse la remera, dice que siente calor, cuando está fresco el clima... llora y grita diciendo que la quiero matar, cuando quiero que coma o tome sus medicamentos... me afectó mucho, porque hay muchas noches que no duermo bien; se*

*queja, dice incoherencias y al día siguiente estoy cansada, con jaqueca; a veces siento que tiembla todo mi cuerpo, siento que me voy a desmayar”.*

## CUADRO N° 10

### Análisis ANOVA

#### Estrategias de afrontamiento.

#### Búsqueda de apoyo social y nivel de ansiedad en los cuidadores de pacientes

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
Búsqueda de apoyo social y nivel de ansiedad	Inter-grupos	2,437	3	,812	1,915	0,152
	Intra-grupos	11,030	26	,424		
	Total	13,467	29			

De acuerdo con el resultado de este método estadístico y con un grado de significancia de **0,152** en la estrategia de afrontamiento de **búsqueda de apoyo social y el nivel de ansiedad, no existe relación**, puesto que se llega a la conclusión que los cuidadores en situaciones problemáticas con el paciente y en las que el nivel de ansiedad puede ir en aumento, no acuden a esta técnica, porque tal vez los cuidadores tomen como opción otras estrategias de afrontamiento que les ayuden a aliviar de algún modo su ansiedad.

### CUADRO N° 11

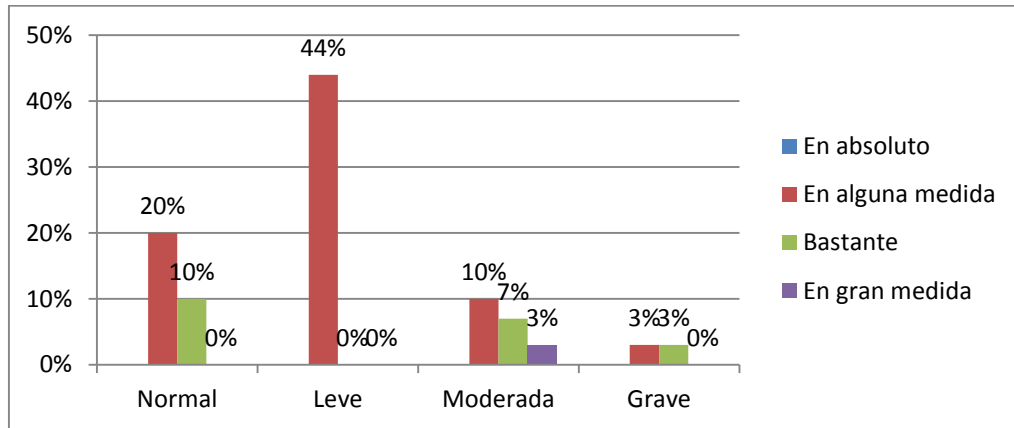
**Relación entre la estrategia de afrontamiento, aceptación de la responsabilidad y niveles de ansiedad de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer”**

**(Frecuencias y porcentajes)**

NIVEL DE ANSIEDAD	ACEPTACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD								TOTAL	
	En absoluto		En alguna medida		Bastante		En gran medida			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Normal	--	--	6	20%	3	10%	--	--	9	30%
Leve	--	--	13	44%	--	--	--	--	13	44%
Moderada	--	--	3	10%	2	7%	1	3%	6	20%
Grave	--	--	1	3%	1	3%	--	--	2	6%
<b>TOTAL</b>	--	--	23	77%	6	20%	1	3%	30	100%

### GRÁFICO N° 7

**Relación entre la estrategia de afrontamiento, aceptación de la responsabilidad y niveles de ansiedad de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer”**



El **44%**, de los cuidadores, frente a una **ansiedad leve**, opta como estrategia de afrontamiento y con la calificación de en **alguna medida** la **aceptación de la responsabilidad**. Interpretando del gráfico lleva a deducir que los cuidadores, en las

diferentes situaciones de conflicto con el paciente, en ocasiones y en algunas situaciones conflictivas, aceptarían su participación en el mantenimiento del problema; porque quizá, en algún momento, se confrontaron con el paciente, al verse sobrepasados por la situación y, pasado un tiempo, los cuidadores aceptan su responsabilidad, pues se sabe que el paciente con este tipo de enfermedad tiene episodios de agresividad ante algunas circunstancias. Esta técnica de afrontamiento haría que el nivel de ansiedad de los cuidadores se vea afectado. Al creerse responsable de alguna situación desagradable con el paciente, sentirían mucha sensación de malestar, sentimientos de culpa por haber actuado del modo en que lo hicieron y hasta puede provocar problemas de sueño en el cuidador. Por lo tanto, a mayor uso de la estrategia de afrontamiento, aceptación de la responsabilidad, mayor nivel de ansiedad presentará el cuidador.

Así lo describe un cuidador: *“Cuando pierdo el control de la situación, pasado un tiempo reflexiono y sé que mi reacción estaba mal; porque si yo me controlara más e ignorara los gritos e insultos de mi mamá, tal vez no terminaríamos peleando, y así no me dolería mucho la cabeza; sería menos malestar para mí”*.

Otro cuidador dice: *“Sé que no debo reaccionar a las provocaciones de mi mamá; pero me harta y reacciono, si no lo hiciera sentiría cargo de conciencia, porque a pesar de todo es mi madre y sé que debo tratar de entender su situación”*.

Otro cuidador expresa: *“Mi papá fue muy bueno conmigo; pero con su enfermedad cambió mucho, se queja, me grita, se enoja de cosas insignificantes y, cuando me harta con su cantaleta, le contesto del mismo modo, le grito de una forma agresiva...pero cuando me relajo...y me doy cuenta de que actúa así por su enfermedad, me da mucho cargo de conciencia y al mismo tiempo me duele y me pongo a llorar”*.

Otra cantidad menor de cuidadores, con un valor del **20%**, presentan **ansiedad normal**, con relación a la estrategia de afrontamiento de **aceptación de la responsabilidad**. Este resultado lleva a inferir que algunos cuidadores, en ciertos momentos, llegan a reconocer su participación en el mantenimiento del problema, en las diferentes situaciones conflictivas con el paciente; o, por otra parte, simplemente están conscientes de que el paciente actúa como lo hace por su enfermedad y de ese modo no les afectaría tanto en su estado emocional ni físico, por lo que mantienen el equilibrio emocional y continúan con su tarea de cuidador principal. En conclusión, a menor uso de la estrategia de aceptación de la responsabilidad, menor nivel de ansiedad existirá para el cuidador.

## CUADRO N° 12

### Análisis ANOVA

#### Estrategias de afrontamiento.

#### “Aceptación de responsabilidad y nivel de ansiedad en los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer”

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
<b>Aceptación de responsabilidad y nivel de ansiedad</b>	Inter-grupos	2,321	3	,774	3,027	0,047
	Intra-grupos	6,645	26	,256		
	Total	8,967	29			

Según este método estadístico y con un nivel de significancia de **0,047** en la estrategia de afrontamiento de **aceptación de responsabilidad**, **existe relación** con el **nivel de ansiedad**. Los cuidadores asumen su responsabilidad en el mantenimiento del problema, en los momentos de conflicto con el paciente. Esta postura afectaría el nivel de ansiedad de los cuidadores y se manifestaría con sensaciones de malestar, problemas en el sueño, en su salud mental y física; sentimientos de culpa y quizá tengan

pensamientos como “esto es un castigo de Dios”, “soy una mala hija, como puedo actuar así...”.

### CUADRO N° 13

#### Relación entre estrategias de afrontamiento.

#### Huida-evitación y los niveles de ansiedad de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer”

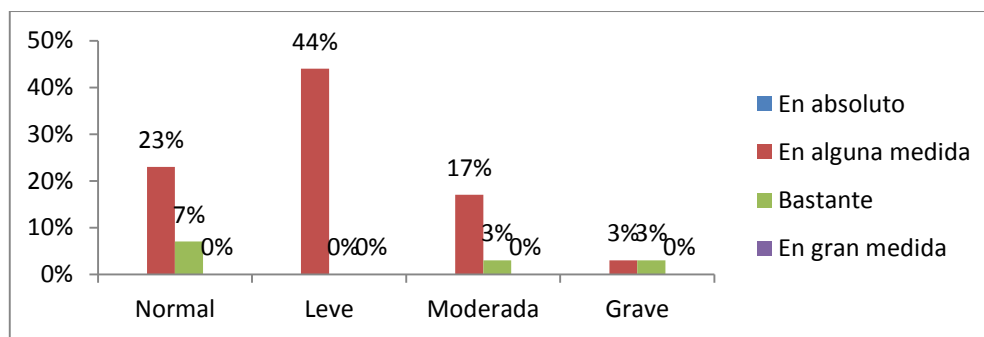
(Frecuencias y porcentajes)

NIVEL DE ANSIEDAD	HUIDA – EVITACIÓN								TOTAL	
	En absoluto Fr %	En alguna medida Fr %	Bastante Fr %	En gran medida Fr %	Fr	%	Fr	%		
Normal	-- --	7 23%	2 7%	-- --	9	30%				
Leve	-- --	13 44%	-- --	-- --	13	44%				
Moderada	-- --	5 17%	1 3%	-- --	6	20%				
Grave	-- --	1 3%	1 3%	-- --	2	6%				
<b>TOTAL</b>	-- --	26 87%	4 13%	-- --	30	100%				

### GRÁFICO N ° 8

#### Relación entre Estrategias de afrontamiento.

#### Huida-evitación y los niveles de ansiedad de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer”



El análisis de esta cuadro y gráfico muestra que el **44%** de los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer, ante una **ansiedad leve**, preferirían como estrategia de afrontamiento con la calificación en **alguna medida**, la **huida-evitación**, por lo que

se infiere que, estando en un contexto problemático y continuo con el paciente, los cuidadores, a manera de resolver el problema buscarían escapar del lío de algún modo; porque, aunque todavía pueden resolver algunas situaciones o problemas, este esfuerzo los agotará físicamente y sentirán algunos malestares. Por ello buscarían una salida mediante acciones como comer demasiado, caminar de un lado a otro, beber, fumar o tal vez tomar medicamentos que bajen la ansiedad provocada por la situación estresante. De ahí que, a mayor nivel de ansiedad en el cuidador, mayor es la posibilidad de la utilización de la estrategia huida-avoidancia

Así lo reflejan algunas respuestas de los cuidadores: *“Como ya experimenté cómo termina todo cuando mi mamá empieza a gritar y reclamar, lo que hago ahora es escapar de ella, evitar la y hacer de cuenta que no la oigo, o me voy a mi taller a fumar un poco y escucho algo de música, de esa forma no me afectan sus regaños”*.

*“Cuando mamá ya está empezando con su cantaleta, me salgo a la calle, me voy al gimnasio con mis amigas y de ahí vamos a tomar algunas bebidas...obvio, no exageramos y mientras tanto, la dejo a cargo de la chica que me ayuda en la casa; porque, de lo contrario, logra afectar mi estado de ánimo...ambas estamos mejor si evito el problema”*.

Por último el **23%** de los cuidadores que tienen un nivel de **ansiedad normal** y que optaron también como estrategia de afrontamiento la **huida - evitación**, mantienen el equilibrio emocional ante algunas dificultades con el paciente, y sí en algún momento optaron por esta estrategia, consideraron que esta opción no es adecuada para la solución de los problemas. Por lo que se deduce que a menor nivel de ansiedad en el cuidador, menor utilización de la estrategia huida-avoidancia.

**CUADRO N° 14**  
**Análisis ANOVA.**  
**Estrategias de afrontamiento.**  
**Huida-evitación y nivel de ansiedad en los cuidadores de pacientes con**  
**enfermedad de Alzheimer”**

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
<b>Huida- evitación y nivel de ansiedad</b>	Inter-grupos	1,285	3	,428	2,432	0,088
	Intra-grupos	4,581	26	,176		
	Total	5,867	29			

De acuerdo con el resultado del método estadístico ANOVA y con un nivel de significancia de **0,088** demuestra que **no hay relación** entre la estrategia de afrontamiento **huida-evitación** y **el nivel de ansiedad**.

Se concluye entonces que los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer no utilizan esta estrategia para resolver problemas con el paciente. De ser así, en nada les ayudaría en su salud física y mucho menos en su salud emocional; pues si los cuidadores, por huir de la situación estresante que viven con el paciente, optaran por beber, fumar, comer, etc; solo aliviarían por momentos su ansiedad y al volver a su realidad, la ansiedad aumentaría más. Las consecuencias en su salud física y psicológica serían negativas.

### CUADRO N° 15

#### Relación entre la estrategia de afrontamiento

#### Planificación y niveles de ansiedad de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer”

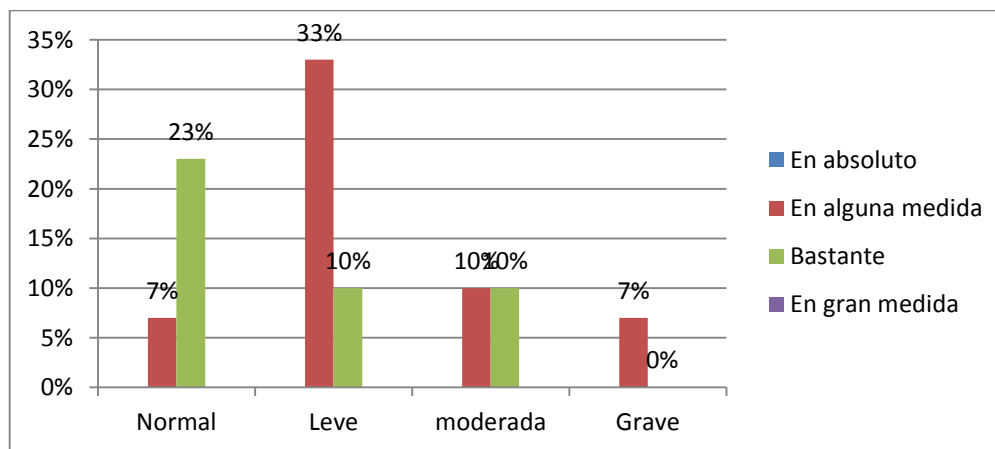
(Frecuencias y porcentajes)

NIVEL DE ANSIEDAD	PLANIFICACIÓN								TOTAL	
	En absoluto		En alguna medida		Bastante		En gran medida		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Normal	--	--	2	7%	7	23%	--	--	9	30%
Leve	--	--	10	33%	3	10%	--	--	13	43%
Moderada	--	--	3	10%	3	10%	--	--	6	20%
Grave	--	--	2	7%	--	--	--	--	2	7%
<b>TOTAL</b>	--	--	17	57%	13	43%	--	--	30	100%

### GRÁFICO N° 9

#### Relación entre la estrategia de afrontamiento.

#### Planificación y niveles de ansiedad de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer.



En esta tabla se puede visualizar que el **33%** de los cuidadores, ante la presencia de **ansiedad leve**, eligen como estrategia de afrontamiento la **planificación** con la calificación de **alguna medida**. El análisis de este resultado permite interpretar que los

cuidadores tienen manifestaciones de ansiedad y, a pesar de que en ocasiones presentan fluctuaciones en su estado de ánimo y problemas en su salud física, aún tienen la capacidad para resolver situaciones problemáticas con el paciente. Por eso planifican cómo enfrentar y actuar en esos momentos conflictivos, pues con un tiempo considerable de cuidar al paciente, ya sabrían en qué situaciones éste presenta dificultades. Probablemente, a un ligero aumento del nivel de ansiedad en los cuidadores, mayor uso de la estrategia de afrontamiento de la planificación.

El **23%** de los cuidadores presentan **ansiedad normal**, y eligen como estrategia de afrontamiento **la planificación** con la calificación de **bastante**. Como ya se mencionó en la anterior interpretación, se infiere que los cuidadores, al tener bajo su cuidado al enfermo por un tiempo considerable, ya sabe cuáles son los momentos más conflictivos con el paciente y la frecuencia de los mismos, por lo que realizó anteriormente una planificación de cómo actuar, frente a esos problemas cotidianos; por ello, la ansiedad de los cuidadores no será afectada y mantendrán la coherencia y equilibrio emocional. Por lo tanto, a menor nivel de ansiedad, menor manejo de la estrategia de afrontamiento de planificación.

Así lo reflejan los cuidadores: *““Para que mi tía esté tranquila y bien atendida, mis hermanos y yo optamos por asumir turnos para cuidarla; porque todos tenemos familia y trabajamos; nos organizamos bien para que la tía se sienta mejor. Si alguno de los turnos es modificado, mi tía empieza a desestabilizarse, se siente confundida, y luego el problema para sacarla de las crisis que tiene, es para nosotros”*”.

Otro cuidador dice: *“Trato de mantener todo organizado, que las horas para que tome sus medicamentos no varíen; porque si no toma o nos olvidamos algunas, mi abuela se pone agresiva con todos, y para evitar futuros problemas para mí, opté por planear sus horarios, tanto en el día como en la noche”*.

Otra persona mencionó: *“Si tengo que salir a algún lugar, tengo que planificarlo antes, porque ya no puedo salir en cualquier momento; tengo que llamar a mis hermanas para que se queden con ella; por ejemplo, si quiero viajar, tengo que organizar bien antes todo, porque de lo contrario el malestar es para mí”*.

## CUADRO N° 16

### Análisis ANOVA.

#### Estrategias de afrontamiento.

#### Planificación y nivel de ansiedad en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
Planificación y nivel de ansiedad	Inter-grupos	1,401	3	,467	1,557	0,224
	Intra-grupos	7,799	26	,300		
	Total	9,200	29			

De acuerdo con el análisis realizado con la prueba estadística del ANOVA, el mismo dio como resultado un nivel de significancia de **0,224**; por lo tanto **no existe relación** alguna entre la **planificación y el nivel de ansiedad**. Se concluye, que los cuidadores, en las diferentes situaciones de ansiedad, estrés y conflicto con el paciente, no siempre pueden llegar a utilizar esta estrategia; es decir que las características de la enfermedad de Alzheimer no es igual en todas las personas y, por lo tanto, también son diferentes los síntomas de un sujeto a otro, quienes pueden o no optar por esta estrategia; porque no tienen las herramientas necesarias en la solución de los conflictos cotidianos con el paciente y puede ser que utilicen otro tipo de estrategias de afrontamiento.

### CUADRO N° 17

#### Relación entre la estrategia de afrontamiento.

Reevaluación positiva y niveles de ansiedad en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

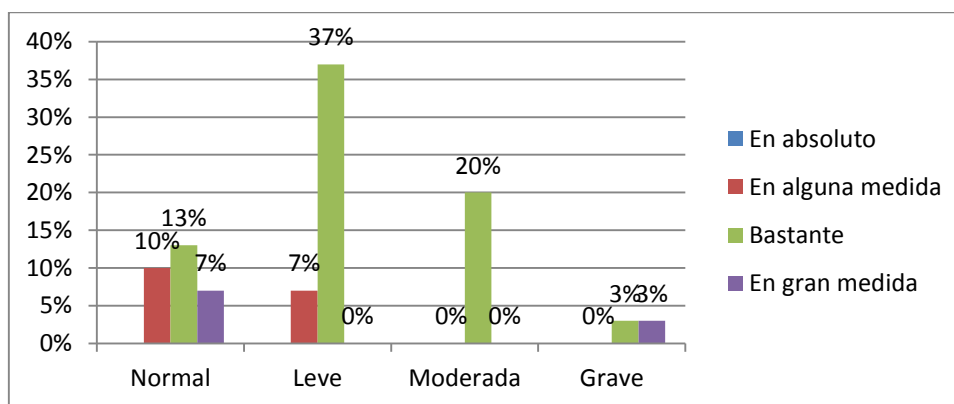
(Frecuencias y porcentajes)

NIVEL DE ANSIEDAD	REEVALUACIÓN POSITIVA								TOTAL	
	En absoluto		En alguna medida		Bastante		En gran medida		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Normal	--	--	3	10%	4	13%	2	7%	9	30%
Leve	--	--	2	7%	11	37%	--	--	13	44%
Moderada	--	--	--	--	6	20%	--	--	6	20%
Grave	--	--	--	--	1	3%	1	3%	2	6%
<b>TOTAL</b>	--	--	5	17%	22	73%	3	10%	30	100%

### GRÁFICO N° 10

#### Relación entre la estrategia de afrontamiento

Reevaluación positiva y niveles de ansiedad en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.



Por último el **37%** de los cuidadores optan la estrategia de afrontamiento de **reevaluación positiva**, con la calificación de **bastante** y los mismos presentan **ansiedad leve**. Por los resultados del cuadro y gráfico, se puede inferir que los momentos conflictivos con el paciente, los cuales pueden llegar a ser insostenibles, afectan el estado emocional, anímico, y hasta la salud física de los cuidadores pero

frente a todo este estrés por el que atraviesan, tendrían un momento de reflexión interna y rescatarían los buenos recuerdos del paciente enfermo, que además es parte importante de su familia; pues el paciente, antes de su enfermedad, también cuidó del que ahora es su cuidador principal. Los cuidadores conocen las consecuencias que tiene la enfermedad en los pacientes; poco a poco pierden la memoria, evento frustrante para el enfermo; por ello, los cuidadores tratan el problema desde un lado positivo. Más adelante el esfuerzo que hacen ahora les dará satisfacción personal, aunque quizás esta técnica no ayude a mejorar el nivel de ansiedad en los cuidadores. Por lo tanto a mayor uso de la estrategia de afrontamiento de reevaluación positiva, mayor posibilidad de que el nivel de ansiedad del cuidador aumente.

Expresan así los cuidadores: *“No niego que me causa mucho estrés, malestar físico, emocional, tengo dolor de cabeza frecuente, porque hay noches que no duermo bien; otros días estoy sin valor para nada...no es fácil estar a cargo de una persona enferma con Alzheimer. Cada día van perdiendo la memoria, cambian de humor, ya no es lo mismo que antes, cuando estaban sanos; pero en el fondo de mi corazón sé que hago lo mejor posible para cuidar de mi mamá; quiero retribuir todo lo que hizo por mí, durante tanto tiempo...”*

Otro cuidador opinó: *“Cuido a mi papá con cariño; estoy en este momento de su vida con él y esta es la mejor forma de agradecerle por los momentos buenos que viví a su lado,...mi papá siempre fue muy estricto con sus hijos; pero nunca nos hizo faltar cariño, amor, comida...por eso aunque es muy difícil la situación que me toca pasar, lo hago con cariño...en los últimos tres meses se fue agravando la enfermedad y casi ya no duermo por la pena; me preocupa verlo así...el estrés y la ansiedad que me causa es grande...pero a pesar de lo difícil que es cuidarlo, trato de tenerle paciencia”.*

El **20%** de los cuidadores con presencia de **ansiedad moderada**, también eligen como estrategia de afrontamiento, con la calificación de **bastante**, la **reevaluación positiva**. Con este resultado se puede deducir, que otro porcentaje de los cuidadores tienen manifestaciones de ansiedad más profundas; es decir, todas las situaciones problemáticas experimentadas con el paciente ya les resulta insostenible, difícil de aguantar y de seguir con el cuidado, pues tienen dificultades de concentración en el cuidado su capacidad de análisis es menor y además tienen serios problemas en la salud física como agitación al respirar, frecuentes dolores de cabeza; ya no tienen mucho apetito, sufren estremecimientos en el cuerpo, mareos, etc; por lo que se infiere que los cuidadores ya no podrían analizar los problemas con el paciente de forma objetiva y positiva. Por lo tanto, a mayor nivel de ansiedad, menor utilización de la estrategia de afrontamiento, reevaluación positiva.

### CUADRO N° 18

#### Análisis ANOVA

#### Estrategias de afrontamiento

#### Reevaluación positiva y nivel de ansiedad en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
<b>Reevaluación positiva y nivel de ansiedad.</b>	Inter-grupos	,883	3	,278	,985	0,415
	Intra-grupos	7,333	26	,282		
	Total	8,167	29			

Como lo manifiesta el resultado del análisis estadístico ANOVA, con un nivel de significancia de **0,415 no hay relación** entre **el nivel de ansiedad** y la estrategia de afrontamiento de **reevaluación positiva**. Así, si la ansiedad está entre los niveles leve, moderada a grave, los cuidadores no podrían analizar las diferentes situaciones de conflicto con el paciente de forma positiva; porque el estado emocional y físico de estas personas no sería el adecuado para que utilicen esta estrategia de afrontamiento.

### **5.3 Nivel de depresión.**

La depresión es la afección psicológica más común de nuestra época. Existen muchas formas encubiertas en que ésta se manifiesta, por ejemplo, depresión ansiosa que se caracteriza por la pérdida de interés en actividades que antes resultaban gratos; también por la irritabilidad, desvalorización o sobredimensionamiento de los problemas.

La depresión es un fenómeno complejo; pero básicamente incluye humor triste, inhibición física y mental y disminución de la autoestima (dolor moral).

A continuación se expresan los resultados obtenidos de los niveles de depresión que presentan los cuidadores de enfermos con enfermedad de Alzheimer, para así responder al objetivo número tres.

#### **Objetivo # 3.**

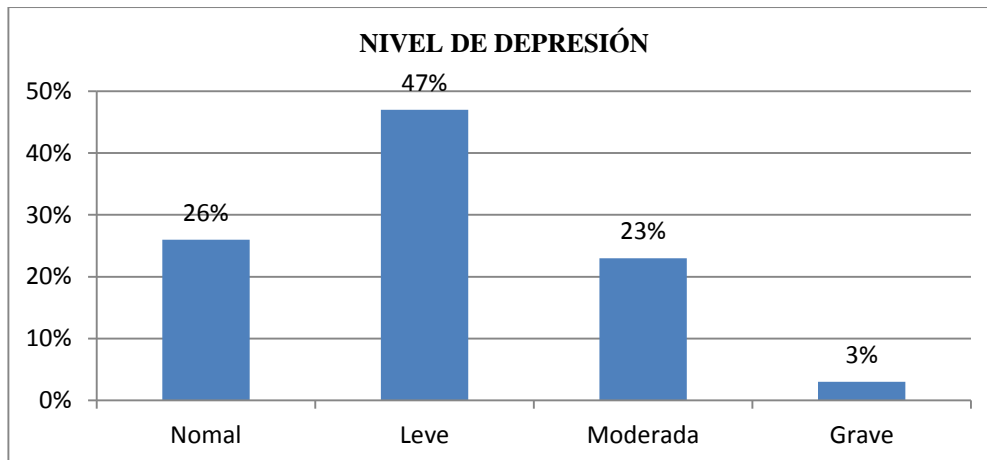
*“Detectar los niveles de depresión en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer y su relación con las estrategias de afrontamiento” Inventario de depresión de Beck.*

**CUADRO N° 19**  
**NIVEL DE DEPRESIÓN**  
**(Inventario de depresión de Beck)**

Niveles de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Normal	8	26%
<b>Leve</b>	<b>14</b>	<b>47%</b>
Moderada	7	23%
Grave	1	3%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Inventario de depresión de Beck. / Elaboración propia

**GRÁFICO N° 11**  
**Inventario de depresión de Beck**



Fuente: Inventario de depresión de Beck. / Elaboración propia.

De acuerdo con los datos obtenidos del gráfico y el cuadro, se puede evidenciar que el **47%** de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer presentan un nivel de **depresión leve (14 sujetos)**; lo que significa que estos sujetos, en ocasiones,

muestran episodios de ligera depresión con una intensidad baja; es decir que, de alguna forma, el equilibrio emocional y el estado de ánimo de los cuidadores, se ve difícilmente varían de un día al otro y pueden manifestarse con episodios de pérdida de interés para disfrutar de las cosas cotidianas. Además, el cuidado y actividades diarias requerirán un esfuerzo extra.

Se tiene las respuestas vertidas por los cuidadores: *“Siento tristeza y, en ocasiones, me deprimó al no poder hacer más por el bienestar de mi mamá; hice todo a mi alcance, la llevé con los mejores doctores y, hasta el momento, no puedo aceptar que mi mamá tenga esa enfermedad. Aún tiene lucidez, todavía charlamos pero hay días en que tengo que repetirle demasiado algunas palabras y eso me pone triste. En algunos ocasiones no tengo ganas de ir a trabajar...pero tengo que hacerlo”*.

*“Hay días en que mi abuela tiene la idea de que tiene quince años; se arregla porque dice que saldrá a pasear con sus amigas...se pone terca y quiere salir; dice que si no va, sus amigas se enojarán con ella...siento mucha tristeza al verla así. Tiene frecuentes cambios de humor; un día esta de mal humor, agresiva y otros días se aísla de la familia...la veo así y me da pena su situación. Por cuidarla muchas veces dejo de lado mis actividades”*.

Otro cuidador expresó. *“Cuando me deprimó, estoy pensativa, no duermo bien, siento tristeza y a la vez impotencia al ver la salud deteriorada de mi mamá. Pienso que todo es un castigo para ambas: para mamá y más para mí... Es difícil vivir un día sin tener que pelear para que coma o tome sus medicamentos; discuto hasta para que tome un sorbo de agua, se niega a comer...por eso me deprimó”*.

El **26%** de los cuidadores presenta un nivel de **depresión normal (8 sujetos)**; lo que significa que estos cuidadores mantienen un estado de ánimo equilibrado; porque no

todas las personas reaccionan de la misma forma ante una similar situación estresora; mucho depende de la formación de la personalidad de cada sujeto. “El modelo cognitivo plantea la existencia de factores de predisposición para muchas personas deprimidas; este modelo asume también que la cognición, el comportamiento y la bioquímica son todos componentes importantes de los desórdenes depresivos”<sup>36</sup>.

Otra respuesta del cuidador: *“Mi tía no da demasiados problemas; es tranquila la mayoría de las veces...salvo que...hay pequeñas dificultades cuanto tiene que bañarse; pero encontramos la manera de persuadirla para que se deje, diciéndole que saldremos a pasear con los niños...le encanta caminar por la plazuelita del barrio”*.

Otro cuidador dice: *“Mi papi aun no es racional, comprende las cosas que le digo, salvo que hay días que se enoja porque no puede caminar y se enreda en algunas palabras; pero yo trato de seguirle la corriente para no hacerle sentir mal...no tengo mayores problemas todavía”*.

Así manifiesta otro cuidador: *“Trato que la enfermedad de mi mami no afecte demasiado mi estado emocional; porque sé cómo es la enfermedad...es parte de la vida, quizá también en algún momento me pase a mí...Las reacciones de mi mami son muy fuertes y trato que sus palabras no me afecten...porque sé que reacciona así por la enfermedad...más bien me esfuerzo porque se sienta querida, protegida”*

---

36. Consuegra Anaya, N. *Diccionario de psicología* (2010 pag. 68).

El **23%** de los cuidadores mostraron también un nivel de **depresión moderada (7 sujetos)**. Este resultado evidencia que, aunque con un porcentaje bajo, existen cuidadores que presentan cuadros depresivos importantes, pues hay manifestaciones en las esferas somática y cognitiva que incluyen estado de ánimo irritable o bajo y trastornos del apetito que pueden resultar en pérdida o ganancia del peso corporal; trastornos del sueño como el insomnio, no poder dormir si se despiertan en la madrugada; pérdida de placer en actividades habituales; cansancio, falta de energía, dificultad para concentrarse, sentimientos de desesperanza; todo esto causado por la enfermedad del paciente, que es un familiar directo. Mientras más avanza la enfermedad, los pacientes se volverán por completo dependientes de los cuidadores; en consecuencia, estos pasarán de un estado de ansiedad a la depresión, y con el tiempo necesitarán de ayuda profesional multidisciplinaria para mejorar su estado emocional y físico.

A continuación describimos el resultado del cruce de variables entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de depresión, tomando en cuenta el porcentaje más alto de cada cuadro:

### CUADRO N° 20

#### Relación entre la Estrategia de afrontamiento

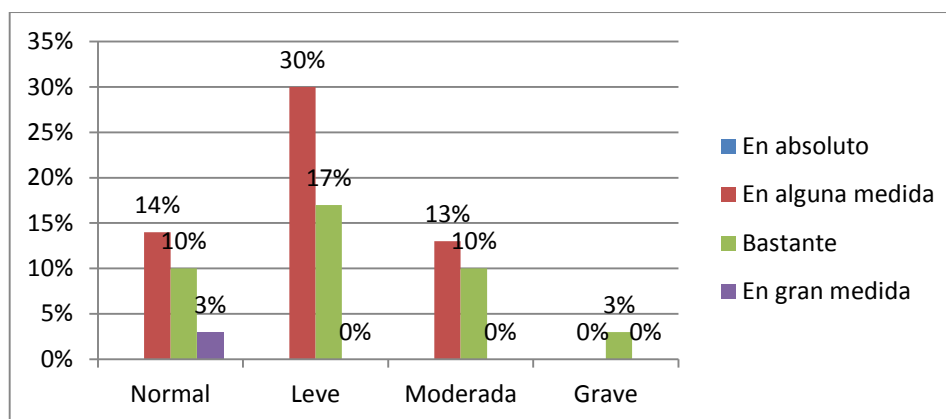
#### Confrontación y niveles de depresión en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

(Frecuencias y porcentajes)

NIVEL DE DEPRESIÓN	CONFRONTACIÓN								TOTAL	
	En absoluto		En alguna medida		Bastante		En gran medida			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Normal	--	--	4	14%	3	10%	1	3%	8	27%
Leve	--	--	9	<b>30%</b>	5	<b>17%</b>	--	--	14	47%
Moderada	--	--	4	13%	3	10%	--	--	7	23%
Grave	--	--	--	--	1	3%	--	--	1	3%
<b>TOTAL</b>	--	--	17	57%	12	40%	1	3%	30	100%

## GRÁFICO N° 12

### Relación entre la estrategia de afrontamiento, Confrontación y niveles de depresión en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.



El gráfico y el cuadro muestran que el **30%** de los cuidadores utilizan la estrategia de afrontamiento con la calificación de en **alguna medida**, la **confrontación** y los mismos presentan un nivel de **depresión leve**. Este resultado lleva a inferir que los cuidadores al presenciar diferentes situaciones problemáticas con el paciente, experimentan malestar en su estado emocional. Puede que en algunas ocasiones se confronten al paciente de forma agresiva, con gritos, regaños, como a un niño; o si es muy intenso el problema, quizá hasta exista jalones para hacerle entender algunas situaciones, aunque estas actitudes de los cuidadores hacia el paciente no son las adecuadas para solucionar el problema, actúan así por el estrés, por la situación del momento, por los sentimientos de fracaso, por la sensación de impotencia al no saber cómo reaccionar ante situaciones problemáticas con el paciente enfermo. Por lo tanto se puede concluir que, probablemente, a mayor nivel de depresión, mayor será la probabilidad de que los cuidadores utilicen como estrategia de afrontamiento, la confrontación.

Los cuidadores relatan así sus experiencias: *“Sí, ... me deprimó en ocasiones, por las actitudes y conductas de mi mamá; porque siento que con nada de lo que haga la conformo; todo el tiempo me hace sentir mal; es muy desagradecida; siempre piensa*

*en ella; parece que quiere que todos estemos al pendiente de lo que desea y cuando ya me canso de aguantar, la enfrento, la reto por sus actitudes desconsideradas”.*

Otro cuidador menciona: *“Muchas veces me siento deprimida, porque extraño a mi esposo; ya que desde que murió tengo depresión y después me entere de la enfermedad de mi mamá. Con esa carga emocional tan grande, hay días que me siento triste, sin ganas de hacer nada, me siento cansada mental y físicamente. Estoy irritable y cuando todo se me acumula y mi mamá empieza con sus berrinches, es entonces cuando la enfrentó, le grito para que entienda que sus actitudes son malas...aunque sé que actúa así por su enfermedad”.*

El **17%** de los cuidadores también utiliza la estrategia de afrontamiento de la **confrontación**. Esta vez, con la calificación de **bastante** y presentan niveles de **depresión leve**. Se deduce que un porcentaje menor de cuidadores con respecto a la anterior interpretación, utilizan esta estrategia. Pero la calificación de **bastante**, lleva a concluir que la intensidad de la confrontación se da con bastante frecuencia; es decir que los gritos son más intensos, suceden todos los días, al igual que los jaloneos. Aunque no se puede justificar la acción de las agresiones, el nivel de depresión, de estrés frecuente, de las sensaciones de frustración frente a la enfermedad, los constantes problemas para dormir y los malestares fisiológicos, hará que los cuidadores actúen y reaccionen con la confrontación. De ahí que, si aumenta el nivel de depresión, la cantidad de cuidadores que usan ésta estrategia de la confrontación será menor.

También se observa que, a menor uso de la estrategia de confrontación, se eleva el nivel de depresión; porque, al no expresar emociones y sentimientos, aguantarse la ira y reprimir lo que se piensa, posiblemente haría que el nivel de depresión del cuidador afecte su estado emocional y físico.

**CUADRO N° 21**  
**Análisis ANOVA.**  
**Estrategias de afrontamiento.**  
**Confrontación y nivel de depresión en los cuidadores de pacientes enfermos con**  
**Alzheimer.**

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
<b>Confrontación y nivel de depresión</b>	Inter-grupos	,182	3	,061	,143	0,933
	Intra-grupos	11,018	26	,424		
	Total	11,200	29			

Como lo expresa el resultado del análisis estadístico ANOVA, con nivel de significancia de **0,933 no hay relación** entre el **nivel de depresión** y la estrategia de afrontamiento **confrontación**. Es decir que los cuidadores no utilizan esta estrategia, porque puede ser que prefieran otra que no incluya agresión física ni verbal hacia el paciente enfermo de Alzheimer; puesto que este tipo de estrategia causa daño a ambas partes, directa e indirectamente. El daño lo sufre el paciente y los sentimientos de culpa y frustración lo sufrirían los cuidadores, y el nivel de depresión podría aumentar.

## CUADRO N° 22

### Relación entre la Estrategia de afrontamiento.

#### Distanciamiento y niveles de depresión en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

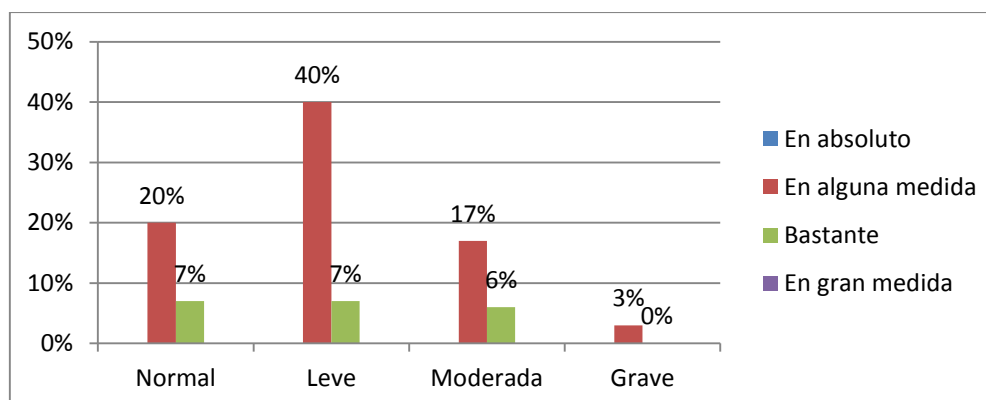
(Frecuencias y porcentajes)

NIVEL DE DEPRESIÓN	DISTANCIAMIENTO								TOTAL	
	En absoluto		En alguna medida		Bastante		En gran medida		Fr	%
Normal	--	--	6	20%	2	7%	--	--	8	27%
Leve	--	--	12	40%	2	7%	--	--	14	47%
Moderada	--	--	5	17%	2	6%	--	--	7	23%
Grave	--	--	1	3%	--	--	--	--	1	3%
<b>TOTAL</b>	--	--	24	80%	6	20%	--	--	30	100%

## GRÁFICO N° 13

### Relación entre la Estrategia de afrontamiento.

#### Distanciamiento y niveles de depresión en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.



El **40%** de los cuidadores elige la estrategia de afrontamiento **distanciamiento**, con la calificación de **en alguna medida** en relación con un nivel de **depresión leve**. Significa que los cuidadores, ante un conflicto con el paciente, en alguna medida desean alejarse del problema evitando no pensar demasiado en él. El estado depresivo en que se

encuentran dificultad el que estar bien anímicamente como para seguir en el mismo ambiente con el paciente. La sensación de tristeza, el llanto continuo, el insomnio y la irritabilidad harán que los cuidadores deseen un tiempo para sí mismos prefieran distanciarse del paciente y respirar otro ambiente más ameno, obviamente otra persona ayudaría con el cuidado del enfermo. Si el cuidador continúa en el mismo ambiente, podría abandonar su responsabilidad al ser la única persona que está a cargo por tiempo completo del paciente enfermo. Por lo tanto, a mayor nivel de depresión en los cuidadores, mayor uso de la estrategia de afrontamiento, distanciamiento.

Un cuidador dijo: *“En momentos de depresión, lloro me desahogo, descanso un rato y dejo que se me pase, me aparto por un momento; pero cuando mi mamá se pone terca y cuando quiero alejarme de sus quejas, me sigue, y dice que no la tomo en serio, que me hago la burla y como no quiero empeorar la situación, me encierro en mi cuarto hasta que se canse de hablar”*.

Otro cuidador dice: *“Cuando me deprimó, me siento inútil, pienso que todo lo que hago no es suficiente. La enfermedad de mi papá me desgasta; me pone pesimista, sin ganas de hacer nada, porque, aunque tengo hermanos, son pocas las veces que me ayudan y si mi padre hace lío para tomar sus medicamentos o para bañarse, llamo a cualquiera de mis hermanos, porque si no, me pongo mal; prefiero tomar distancia por algunas horas”*.

El **20%** de los cuidadores presenta **depresión normal**. Utilizan la estrategia de afrontamiento, **distanciamiento**. Los cuidadores, al no presentar ningún tipo de manifestaciones de depresión fuera de lo habitual, las alteraciones en su estado emocional, ni físico son nulas por lo que no sería necesario alejarse de los posibles pequeños problemas con el paciente. Ellos sabrían cómo enfrentarse y cómo resolver

situaciones de conflicto. Por lo tanto, a menor depresión, menor uso de la estrategia de afrontamiento, distanciamiento.

### CUADRO N° 23

#### Análisis ANOVA

#### Estrategias de afrontamiento.

#### Distanciamiento y nivel de depresión en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
<b>Distanciamiento y nivel de depresión</b>	Inter-grupos	,938	3	,313	1,650	0,202
	Intra-grupos	4,929	26	,190		
	Total	5,867	29			

Según el resultado del método estadístico de ANOVA, con un nivel de significancia de **0,202** se concluye que **no hay relación** entre la estrategia de afrontamiento **distanciamiento y el nivel de depresión**; es decir que si los cuidadores no eligen esta estrategia, quizá utilicen otras para resolver los problemas con el paciente, o tal vez el nivel de depresión no haya sido afectado por los posibles problemas con el paciente ni su desempeño como cuidadores. Entonces, no habría razón para que decida tomar distancia del paciente enfermo.

## CUADRO N° 24

### Relación entre la Estrategia de afrontamiento.

#### Auto-control y niveles de depresión en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

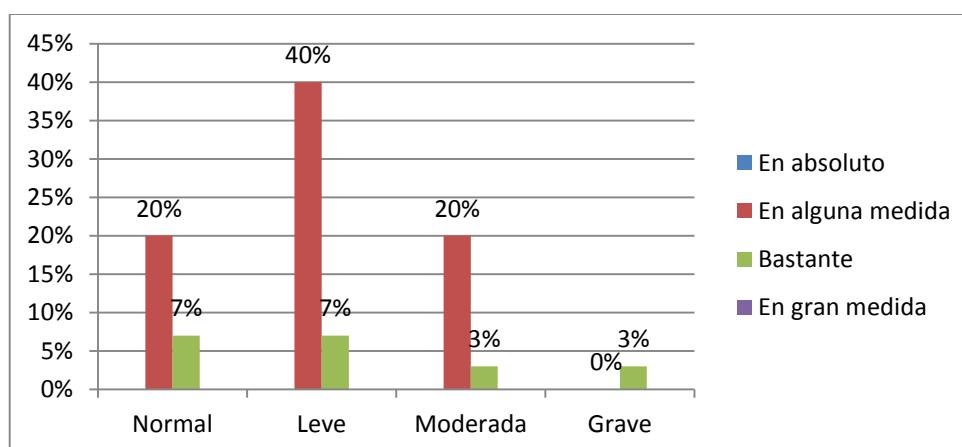
(Frecuencias y porcentajes)

NIVEL DE DEPRESIÓN	AUTO - CONTROL								TOTAL	
	En absoluto		En alguna medida		Bastante		En gran medida		Fr	%
Normal	--	--	6	20%	2	7%	--	--	8	27%
Leve	--	--	12	40%	2	7%	--	--	14	47%
Moderada	--	--	6	20%	1	3%	--	--	7	23%
Grave	--	--	--	--	1	3%	--	--	1	3%
<b>TOTAL</b>	--	--	24	80%	6	20%	--	--	30	100%

## GRÁFICO N° 14

### Relación entre la estrategia de afrontamiento,

#### auto-control y niveles de depresión en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.



El **40%** de los cuidadores que presentan **depresión leve** eligen como estrategia de afrontamiento, el **auto-control** con la calificación de **bastante**. Este resultado permite analizar la conducta del siguiente modo: los cuidadores, al momento de enfrentarse con

los distintos conflictos con el paciente, optarían por controlar las respuestas emocionales, dar un respiro, contar hasta diez y no darle demasiada importancia a la situación de conflicto. Los síntomas de cansancio físico, emocional, alteración del sueño e irritabilidad con los demás miembros de la familia, hace que la depresión aumente por querer controlar las respuestas emocionales en el momento del conflicto. Por lo tanto, a mayor uso de la estrategia de afrontamiento, autocontrol, mayor probabilidad de aumento del nivel de depresión en los cuidadores.

El **20%** de los cuidadores que presentan **depresión normal**, también eligen como estrategia de afrontamiento, el **autocontrol**. Es decir que un porcentaje de la población estudiada, estaría con manifestaciones de depresión normal, o sea que el estado de ánimo no estaría afectado, porque quizás a estos cuidadores, los pacientes no den muchos problemas; se mantengan callados, aislados y no muestre agresividad, por lo que la utilización de esta estrategia es mínima. Entonces a menor nivel de depresión en los cuidador es menor uso de la estrategia de afrontamiento, autocontrol.

En el empleo de la estrategia de afrontamiento, **autocontrol**, con un porcentaje menor de **20%**, la población estudiada de los cuidadores presenta **depresión moderada**. Significa que si los cuidadores tienen dificultades en su estado emocional, anímico y físico, el uso de esta estrategia sería menor, por el estado de depresión moderada en el que encuentran.

Analizando desde otro punto de vista, al haber existido demasiado autocontrol en las reacciones frente a los continuos conflictos con el paciente, el estado emocional de los cuidadores haya sido afectado: tendrían sentimientos de fracaso, mucha irritabilidad con los demás familiares, sensación de tristeza, dolores musculares y otros síntomas de depresión; porque la responsabilidad de cuidar al paciente es desgastante

emocionalmente para los cuidadores. Por lo tanto, a mayor presencia de depresión en los cuidadores menor uso de la estrategia de afrontamiento, autocontrol.

## CUADRO N° 25

### Análisis ANOVA

#### Estrategias de afrontamiento.

#### Autocontrol y niveles de depresión en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
<b>Autocontrol y nivel de depresión</b>	Inter-grupos	2,563	3	,854	2,523	0,080
	Intra-grupos	8,804	26	,339		
	Total	11,367	29			

Según el resultado del método estadístico de ANOVA, con un nivel de significancia de **0,080** se establece que **no hay relación** entre la estrategia de afrontamiento de **autocontrol y el nivel de depresión** en los cuidadores. Ellos no utilizan esta estrategia de afrontamiento; porque, sin duda, optan por otras técnicas de afrontamiento, ante los problemas cotidianos con el paciente. La estrategia estudiada no ayudaría a mejorar los niveles de depresión por las que posiblemente estarían atravesando los cuidadores.

## CUADRO N° 26

Relación entre la estrategia de afrontamiento.

**Búsqueda de apoyo social y niveles de depresión en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.**

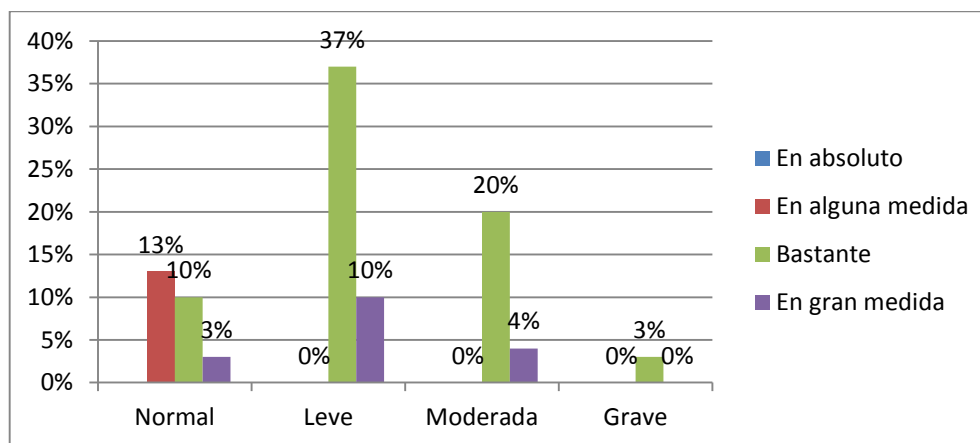
(Frecuencias y porcentajes)

NIVEL DE DEPRESIÓN	BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL								TOTAL	
	En absoluto		En alguna medida		Bastante		En gran medida		Fr	%
Normal	--	--	4	13%	3	10%	1	3%	8	26%
Leve	--	--	--	--	11	<b>37%</b>	3	10%	14	47%
Moderada	--	--	--	--	6	<b>20%</b>	1	4%	7	24%
Grave	--	--	--	--	1	3%	--	--	1	3%
<b>TOTAL</b>	--	--	4	13%	21	70%	5	17%	30	100%

## GRÁFICO N° 15

Relación entre la estrategia de afrontamiento.

**Búsqueda de apoyo social y niveles de depresión en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.**



El **37%** de los cuidadores de pacientes enfermos de Alzheimer, presenta **depresión leve**. Estos sujetos optan como estrategia de afrontamiento la **búsqueda de apoyo social**, con la calificación de **bastante**. Por los continuos problemas con el paciente,

los cuidadores buscan continuamente la ayuda de los familiares cercanos y amigos; porque necesitan contención y apoyo emocional de los seres queridos y porque la situación en la que se encuentran como cuidadores principales del enfermo, causa mucha tristeza y melancolía. Además presentan problemas para dormir a medida que avanza la enfermedad. Encuentran poca satisfacción en las actividades que realizan y, al buscar ayuda en los seres queridos, aliviarían la tensión que experimentan. Por lo tanto, a mayor nivel de depresión, mayor es la posibilidad de que los cuidadores elijan la estrategia de afrontamiento, búsqueda de apoyo social.

Algunos cuidadores expresan: *“Cuando siento que la situación se me va de las manos, acudo al doctor, quien sabe cómo es esta enfermedad me orienta un poco y cuando hablo con él me siento mejor. Si me encuentro mal anímicamente, acudo a mi amiga, que ya pasó por este problema ella me aconseja y compartimos el mismo sentimiento”*.

*“Cuando estoy muy deprimida y sin fuerzas para seguir, acudo a Dios Nuestro Señor, me pongo a orar mucho, hablo con Él, lloro hasta cansarme y luego me siento bien, aliviada, con fuerzas para seguir con la prueba que Dios me puso. Sé que Dios lo puede todo; también mi esposo me apoya mucho, cuando quiero alzar las manos y dejar que mi madre se vaya con mi hermano, mi esposo me hace reflexionar; también me dice que es una prueba del Señor, que no debo dejarme vencer”*.

El **20%** de los cuidadores que presenta **depresión moderada**; también utiliza la estrategia de afrontamiento, **búsqueda de apoyo social**, con la calificación de **bastante**. Mediante este resultado se infiere que los cuidadores, ante los continuos problemas con el paciente, no buscarían ayuda externa; porque sentirían que pueden resolver los problemas solos, sin ayuda de los demás; pero esta postura no ayudaría mucho en el estado emocional de los cuidadores; al no pedir ayuda de los hermanos, hijos, amigos cercanos con los que cuenta, más adelante empezarían a sufrir las

consecuencias de su decisión, puesto que tendrían mayores sentimientos de fracaso; continuamente se sentirían tristes, demasiado irritables en algunos momentos, con poco interés en las cosas de su vida y experimentarían mucha dificultad para dormir. Por tanto, a menor uso de la estrategia de afrontamiento, búsqueda de apoyo social, mayor es la depresión en los cuidadores.

### CUADRO N° 27

#### Análisis ANOVA

#### Estrategias de afrontamiento.

#### Búsqueda de apoyo social y niveles de depresión en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
<b>Búsqueda de apoyo social y nivel de depresión</b>	Inter-grupos	4,520	3	1,507	4,379	0,013
	Intra-grupos	8,946	26	,344		
	Total	13,467	29			

Según el resultado del método estadístico de ANOVA, con un nivel de significancia de **0,013** se confirma que **sí hay relación** entre la estrategia de afrontamiento de **búsqueda de apoyo social** y el **nivel de depresión**. Los cuidadores, al experimentar los síntomas de depresión, leve, moderada o grave, buscan ayuda de los familiares cercanos: hermanos, esposo, hijos, amigos y algún médico profesional entendido en el tema de la enfermedad; porque al recibir apoyo externo, de alguna forma mejorarían el estado emocional.

## CUADRO N° 28

### Relación entre la estrategia de afrontamiento.

#### Aceptación de la responsabilidad y niveles de depresión en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

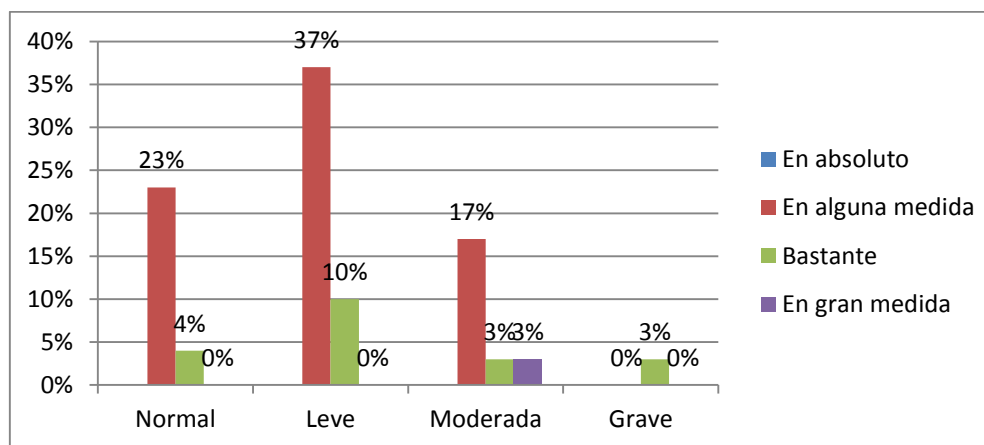
(Frecuencias y porcentajes)

NIVEL DE DEPRESIÓN	ACEPTACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD								TOTAL	
	En absoluto		En alguna medida		Bastante		En gran medida			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Normal	--	--	7	23%	1	4%	--	--	8	27%
Leve	--	--	11	37%	3	10%	--	--	14	47%
Moderada	--	--	5	17%	1	3%	1	3%	7	23%
Grave	--	--	--	--	1	3%	--	--	1	3%
<b>TOTAL</b>	--	--	23	77%	6	20%	1	3%	30	100%

## GRÁFICO N° 16

### Relación entre la estrategia de afrontamiento.

#### Aceptación de la responsabilidad y niveles de depresión en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.



El **37%** de los cuidadores con síntomas de **depresión leve** asumen como estrategia de afrontamiento la **aceptación de la responsabilidad**, con la calificación de **alguna**

**medida.** La interpretación de los cuadros, con este resultado permite concluir que los cuidadores con manifestaciones de depresión y en su estado emocional y con relación a los episodios de conflicto con el paciente, la depresión aumentaría; porque al aceptar que tuvieron que ver en algún momento con el mantenimiento del problema con el paciente, el estado anímico de los cuidadores sufriría: culpabilidad, sentimientos de fracaso, pensamientos pesimistas acerca del futuro, falta de confianza en sí mismos y miedo a lo que pueda pasar más adelante. Saben que al avanzar la enfermedad, los pacientes necesitarán de la supervisión diaria de los cuidadores, por ello, el estado emocional de estos sujetos se vería seriamente afectado. Por lo tanto, a mayor utilización de la estrategia de afrontamiento, aceptación de la responsabilidad, más probabilidad de aumento del nivel de depresión en los cuidadores.

Así cuentan su experiencia un cuidador: *“Cuando llego a visitar a mi mamá, después del trabajo, y si mi día fue muy cansador, a veces siento que soy desconsiderado; me siento culpable por mi actitud; porque cuando mi mamá pregunta algunas cosas reiteradamente, le grito sin darme cuenta de que ella pregunta una y otra vez lo mismo, por su enfermedad”*.

Otro cuidador dice: *“Muchas veces me siento mal y culpable, porque cuando ella grita, también le grito para que se calme y sé que no debo hacer eso; pero en ese momento no pienso en nada, solo actúo, porque estoy cansada de todo; tengo ganas de irme lejos”*.

El **23%**, en la misma estrategia de afrontamiento **aceptación de la responsabilidad**, otro porcentaje de los cuidadores presentan **depresión normal**; lo que significa que mantienen un estado de ánimo equilibrado, sin dificultades al momento de asumir el cuidado del paciente; porque frente a los posibles problemas que se presenten, sabrían

cómo resolverlos. Entonces, a menor nivel de depresión en los cuidadores, menor uso de la estrategia de afrontamiento, aceptación de la responsabilidad.

El **17%** de los cuidadores con presencia de **depresión moderada** decide utilizar como estrategia de afrontamiento la **aceptación de la responsabilidad**. Así se puede inferir que los cuidadores ante situaciones estresantes y problemáticas con el paciente, pocas veces emplearían esta estrategia; porque el estado emocional por el que estarían pasando, no les permitiría analizar sus reacciones, debido a que emocionalmente ya no gozarían de estabilidad: tendrían irritabilidad, incapacidad para relajarse frente a los problemas con el paciente, continua sensación de tristeza, fatigas, dolores musculares, enlentecimiento del habla y del pensamiento. Todo esto sucede porque anteriormente fueron asumiendo su responsabilidad en el mantenimiento del conflicto y dicha actitud los llevó a este nivel de depresión. Por lo tanto, a mayor nivel de depresión en los cuidadores, menor posibilidad del uso de la estrategia de afrontamiento, aceptación de la responsabilidad.

**CUADRO N° 29**  
**Análisis ANOVA**  
**Estrategias de afrontamiento**  
**Aceptación de responsabilidad y nivel de depresión en los cuidadores de**  
**pacientes enfermos con Alzheimer.**

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
<b>Aceptación de responsabilidad y nivel de depresión</b>	Inter-grupos	,538	3	,179	,553	0,651
	Intra-grupos	8,429	26	,324		
	Total	8,967	29			

Según el resultado del método estadístico de ANOVA, con un grado de significancia de **0,651** se deduce que **no hay relación** con la estrategia de afrontamiento de **la**

**aceptación de responsabilidad y el nivel de depresión** en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer, puesto que los cuidadores no utilizan esta estrategia de afrontamiento, porque quizá no ven necesario aceptar su responsabilidad en los problemas con el paciente: si surgen problemas en el cuidado, lo resuelven de otra forma.

### CUADRO N° 30

#### Relación entre la Estrategia de afrontamiento.

#### Huida-evitación y niveles de depresión en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

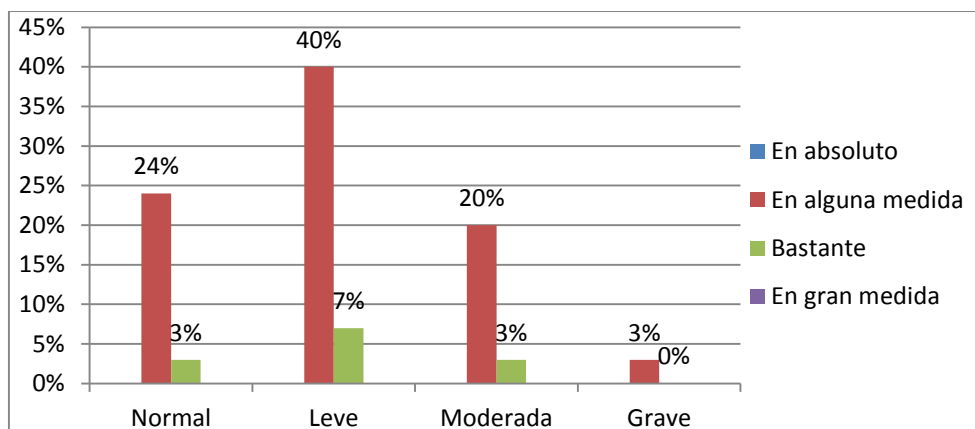
(Frecuencias y porcentajes)

NIVEL DE DEPRESIÓN	HUIDA - EVITACIÓN								TOTAL	
	En absoluto		En alguna medida		Bastante		En gran medida		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Normal	--	--	7	24%	1	3%	--	--	8	27%
Leve	--	--	12	40%	2	7%	--	--	14	47%
Moderada	--	--	6	20%	1	3%	--	--	7	23%
Grave	--	--	1	3%	--	--	--	--	1	3%
<b>TOTAL</b>	--	--	26	87%	4	13%	--	--	30	100%

## GRÁFICO N° 17

### Relación entre la estrategia de afrontamiento.

#### Huida-evitación y niveles de depresión en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.



Con el análisis de los resultados, se puede observar que el **40%** de los cuidadores con síntomas de **depresión leve**, eligieron como estrategia de afrontamiento la **huida- evitación**, con la calificación de **en alguna medida**. Los cuidadores, ante situaciones complicadas con el paciente, para huir de los constantes problemas, buscarían formas de desahogo como fumar en exceso, comer, beber alcohol o automedicarse.

Esta técnica no sería la adecuada; presentarían una solución a corto plazo y no resolverían los problemas centrales con estas actitudes; sentirán alivio solo por algunos momentos; por eso los síntomas de depresión en los cuidadores se agravarían cada vez más y experimentarían sensación de vacío, sentimientos de fracaso, tristeza continua, menor satisfacción en las cosas que realicen, pérdida de la libido. Por lo tanto, a mayor uso de la estrategia de afrontamiento, huida- evitación, más posibilidad de aumento del nivel de depresión en los cuidadores.

Así lo muestran las respuestas de algunos cuidadores: *“Cuando siento que la depresión aumenta, por todo lo que me toca vivir con mi madre, muchas veces me pongo a fumar; camino de un lugar a otro sin saber qué hacer; me entran ganas de olvidarme de todo y escapar; siento que es un castigo del Señor”*

Otro cuidador afirma: *“Al sentirme cansada de la situación con mi madre, me escapo y salgo con mis amigas a tomar algo (bebidas alcohólicas), tomo antidepresivos; cuando no puedo dormir también opto por tomar alguna pastilla que me ayude a conciliar el sueño “*

En la misma estrategia de afrontamiento, **huida-evitación**, el **24%** de los cuidadores puntuaron con **depresión normal**. Los sujetos no tienen problemas en su estado emocional; se desenvuelven de manera normal al momento de ejercer el cuidado con el paciente, son capaces de resolver los problemas con el paciente, o quizá la enfermedad del paciente aún no está tan deteriorada, por lo que no da mayores problemas al cuidador. Por lo tanto, a menor depresión en los cuidadores, menor sería el uso de la estrategia de afrontamiento, huida-evitación.

El **20%** de los cuidadores con presencia de **depresión moderada**, elige la estrategia de afrontamiento **huida-evitación**; lo que significa que los cuidadores, al estar demasiado cansados y estresados, presentan cambios en el estado de ánimo diario y frente a los continuos problemas con el paciente, tienen mucha dificultad en su equilibrio emocional, están inestables anímicamente y desbordados por el estrés; presentan serios problemas como malestares físicos, poco interés por las actividades que antes les agradaba hacer, pensamientos pesimistas sobre el futuro del paciente y de sí mismos; melancolía, sentimientos de fracaso, alteraciones en el apetito y el sueño, por lo que ya no optarían por esta estrategia de afrontamiento. Entonces, a mayor nivel

de depresión en los cuidadores, probablemente menor uso de la estrategia de afrontamiento, huida-evitación.

### CUADRO N° 31

#### Análisis ANOVA

#### Estrategias de afrontamiento.

#### Huida-evitación y nivel de depresión en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
<b>Huida- evitación y nivel de depresión</b>	Inter-grupos	1,563	3	,521	3,148	0,042
	Intra-grupos	4,304	26	,166		
	Total	5,867	29			

Según los resultados obtenidos por el método estadístico del ANOVA, y con un nivel de significancia de **0,042** se confirma que **hay relación** entre la estrategia de afrontamiento de **huida-evitación y el nivel de depresión**, lo que significa que los cuidadores, ante los diferentes tipos de problemas que surgen con el cuidado del paciente, como una forma de salida a corto plazo, eligen esta estrategia; porque en ese momento sienten que es adecuado para su estado emocional: fuman, comen, beben o se automedican, o quizá algunos cuidadores se sientan mejor pensando: “ pronto acabará esta pesadilla”, “Dios me puso esta prueba y tendré mi recompensa”; entonces al tener estas actitudes, sentirían algún alivio emocional.

### CUADRO N° 32

#### Relación entre la estrategia de afrontamiento.

#### Planificación y niveles de depresión en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

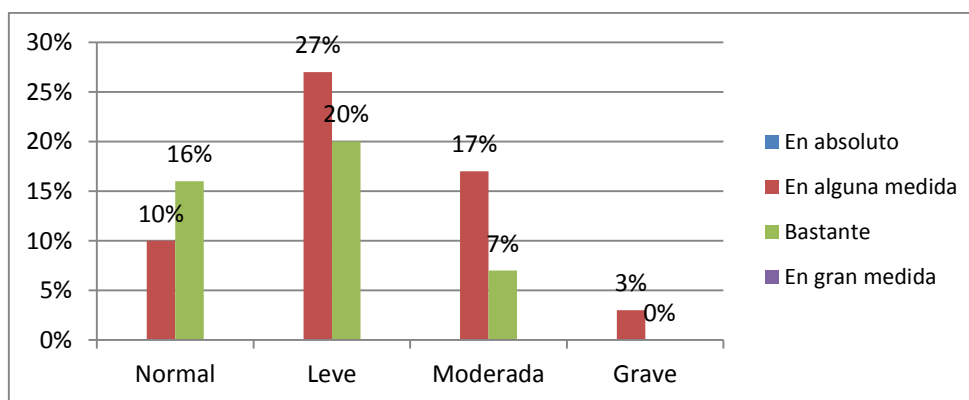
(Frecuencias y porcentajes)

NIVEL DE DEPRESIÓN	PLANIFICACIÓN								TOTAL	
	En absoluto Fr %	En alguna medida Fr %	Bastante Fr %	En gran medida Fr %	En absoluto Fr %	En alguna medida Fr %	Bastante Fr %	En gran medida Fr %	Fr	%
Normal	--	--	3	10%	5	16%	--	--	8	26%
Leve	--	--	8	27%	6	20%	--	--	14	47%
Moderada	--	--	5	17%	2	7%	--	--	7	24%
Grave	--	--	1	3%	--	--	--	--	1	3%
<b>TOTAL</b>	--	--	17	57%	13	43%	--	--	30	100%

### GRÁFICO N° 18

#### Relación entre la estrategia de afrontamiento.

#### Planificación y niveles de depresión en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.



El **27%** de los cuidadores con **depresión leve** utilizan la estrategia de afrontamiento, **planificación** con la calificación **en alguna medida**. Con este resultado se puede inferir que los cuidadores presentan alteraciones en su estado emocional y físico por los frecuentes episodios de conflicto con el paciente; pues, mientras el deterioro de la

salud del enfermo aumente, más dependiente será del cuidador. Este, al no recibir ayuda de los demás miembros de la familia ve afectado su equilibrio emocional; pero al contar aún con la capacidad de razonamiento, realizaría una planificación para saber cómo actuar en adelante frente a los problemas que surjan con el paciente. Por lo tanto, a mayor posibilidad de aumento del nivel de depresión en los cuidadores, mayor probabilidad del uso de la estrategia de afrontamiento, planificación.

Algunos cuidadores mencionan: *“Lo que hacemos mis hermanos y yo, es planificar un rol de cuidado a de mi tía; porque todos tenemos familia y trabajamos. No cambiamos este rol, porque una vez lo hicimos y mi tía se puso mal e intranquila. A mí me tocaba menor tiempo y aun principio yo pasaba más tiempo cuidando a mi tía; se siente mejor cuando yo estoy con ella, por ello ya no cambiamos más los turnos”*.

*“Tengo que planificar con anticipación mis viajes y todo lo que tenga que hacer, porque si lo hago así, de un día para otro, nadie quiere cuidar a mi mamá y es un problema para mí”*.

En la misma estrategia de afrontamiento **planificación**, un porcentaje de la población estudiada, el **20%**, manifiesta **depresión leve**. Con este resultado se puede concluir que estos cuidadores utilizarían poco esta estrategia; es decir que no siempre planificarían estrategias para solucionar los problemas que existen con el paciente, por lo que el nivel de depresión se vería afectado, pues: tendrían tristeza, llanto, irritabilidad en algunos momentos, poco interés para algunas cosas; actitudes pesimistas. Entonces a menor uso de la estrategia de afrontamiento planificación, posiblemente mayor nivel de depresión en los cuidadores.

Así mismo, el **17%** de los cuidadores presenta síntomas de **depresión moderada** y utilizaría como estrategia de afrontamiento la **planificación**. Se infiere que los

cuidadores, de algún modo, por no haber realizado estrategias de planificación en su momento con el fin de resolver los momentos estresantes con el paciente, atravesarían estado de depresión que afecta el equilibrio emocional y físico y que derivaría en agitación, incapacidad para relajarse, sentimientos de fracaso, poco interés en sí mismos, llanto continuo y sufrimiento por su situación como cuidador. Por lo tanto, a menor utilización de la estrategia de afrontamiento, mayor nivel de depresión en los cuidadores.

**CUADRO N° 33**  
**Análisis ANOVA**  
**Estrategias de afrontamiento**  
**Planificación y nivel de depresión en los cuidadores de paciente enfermos con Alzheimer.**

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
<b>Planificación y nivel de depresión</b>	Inter-grupos	,486	3	,162	,483	0,697
	Intra-grupos	8,714	26	,335		
	Total	9,200	29			

Según el resultado que arroja la aplicación del método estadístico del ANOVA con un nivel de significancia de **0,697**, se puede afirmar que **no hay relación** entre la estrategia de afrontamiento de **planificación** y el **nivel de depresión** en los cuidadores, quienes no manejan esta estrategia de afrontamiento, porque tal vez les resulte mejor utilizar otras tácticas, con el fin de resolver conflictos con el paciente, o quizás la depresión esté tan elevada que ya no pueden razonar objetivamente para planificar estrategias de solución para el problema

### CUADRO N° 34

#### Relación entre la estrategia de afrontamiento

#### Reevaluación positiva y niveles de depresión en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

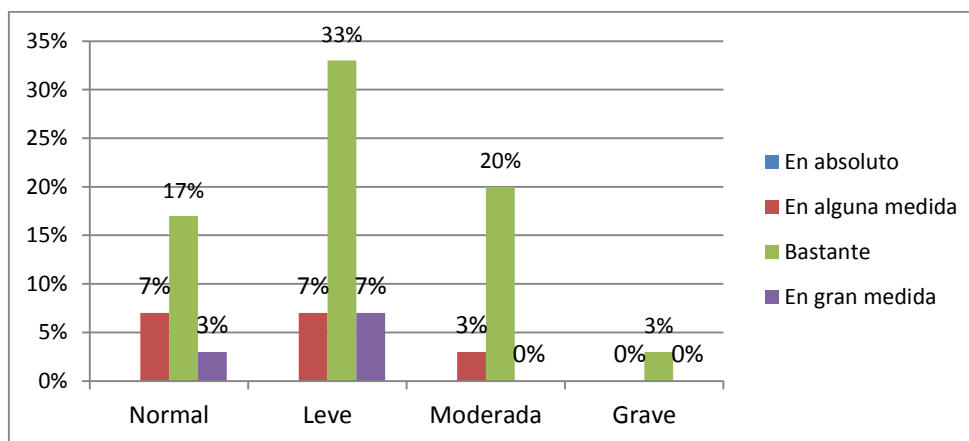
(Frecuencias y porcentajes)

NIVEL DE DEPRESIÓN	REEVALUACIÓN POSITIVA								TOTAL	
	En absoluto		En alguna medida		Bastante		En gran medida			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Normal	--	--	2	7%	5	17%	1	3%	8	27%
Leve	--	--	2	7%	10	33%	2	7%	14	47%
Moderada	--	--	1	3%	6	20%	--	--	7	23%
Grave	--	--	--	--	1	3%	--	--	1	3%
<b>TOTAL</b>	--	--	5	17%	22	73%	3	10%	30	100%

### GRÁFICO N° 19

#### Relación entre la estrategia de afrontamiento

#### Reevaluación positiva y niveles de depresión en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.



El **33%** de los cuidadores presentarían **depresión leve** y manejarían como estrategia de afrontamiento la **reevaluación positiva** con la calificación **bastante**, lo que significa que los cuidadores, al tener manifestaciones de depresión e inestabilidad en

el estado de ánimo cotidiano, como cambios en el estado emocional y físico, con problemas para dormir, dolores de cabeza, irritabilidad, estrés, porque los problemas con el paciente aumentan a medida que avanza la enfermedad perciben los problemas desde otro punto de vista: sacan algo positivo de toda la situación estresante y tal vez esta actitud asumida hace que el nivel de depresión aumente. Por lo tanto, a mayor uso de la estrategia de afrontamiento, reevaluación positiva, mayor probabilidad de incremento del nivel de depresión en los cuidadores.

Se rescató la respuesta de un cuidador que dice: *“Un día mi mamá me dio mucho amor y también me cuidó y hoy siento que mi deber es devolver esos años de cuidado y, a pesar de todo, en el fondo, lo hago por amor a mi madre, aunque eso signifique que mi salud esté siendo afectada. Además, soy la única persona con la que cuenta mi mamá...mis hermanos la visitan poco, están un rato y se va;, no saben el sacrificio que es cuidarla todos los días”*.

Otro cuidador dice: *“Mi madre siempre me apoyó en todo, me hizo estudiar trabajando mucho, ella cocinaba para hacernos estudiar a todos mis hermanos, y lo menos que debo hacer es retribuir lo que un día ella me dio, cuidándola con amor, aunque a veces es muy estresante, tengo que hacerme cargo de ella y también trabajar ”*.

El **20%** de los cuidadores con presencia de **depresión moderada** usarían como estrategia de afrontamiento la **reevaluación positiva**, con la calificación de **bastante**. Con este resultado se infiere que los cuidadores ya estarían con más problemas en su estado anímico, con mayor inestabilidad emocional y física; es decir que presentaría mayor agitación e incapacidad para relajarse, pesimismo con respecto al presente y futuro propio y del paciente, sentimientos de fracaso, decepción de sí mismos, pocas ganas de realizar las actividades cotidianas como cuidadores; por lo que ya no pueden razonar objetivamente en ninguna situación problemática con el paciente y sería

imposible que adopten una actitud positiva ante cualquier contexto estresante en relación con el al paciente. Por lo tanto, a mayor nivel de depresión en los cuidadores, menor utilización de la estrategia de afrontamiento, reevaluación positiva.

### CUADRO N° 35

#### Análisis ANOVA

#### Estrategias de afrontamiento.

#### Reevaluación positiva y nivel de depresión en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
Reevaluación positiva y nivel de depresión	Inter-grupos	1,077	3	,359	1,317	0,290
	Intra-grupos	7,089	26	,273		
	Total	8,167	29			

Según el resultado del método estadístico del ANOVA, en el cual se muestra un nivel de significancia de **0,290** se afirma que **no hay relación** entre la estrategia de afrontamiento de **reevaluación positiva y los niveles de depresión** de los cuidadores, quienes no utilizarían la táctica de afrontamiento, porque quizá estén atravesando por niveles de depresión que no les permite razonar positivamente ante los problemas estresantes con el paciente, o tal vez utilicen otras estrategias de afrontamiento.

#### **5.4 Nivel de sobrecarga del cuidador.**

“El término carga ha sido ampliamente utilizado para caracterizar las frecuentes tensiones y demandas sobre los cuidadores”).<sup>37</sup>.

Como se pudo comprobar, el cuidado informal brindado asistido a un enfermo de Alzheimer es diario e intenso. Implica una elevada responsabilidad de parte de los cuidadores y se mantendrá durante los años que dure la enfermedad.

Es así como en esta investigación se toma en cuenta el nivel de sobrecarga que experimenta el cuidador, ya que el enfermo de Alzheimer va deteriorándose día a día, pese a tomar medicamentos que le ayudan a retardar el mal y mejorar este proceso. Al acudir a la fuente de la entrevista, se puede evidenciar que los sujetos estudiados son familiares, directos del enfermo convertido en cuidadores informales. Este evento hace suponer que el cuidador convive las 24 horas con el paciente, y esto, hará que el vigilante sienta sobrecarga en todo momento.

A continuación se describirá los resultados obtenidos en los cuadros, para así responder al cuarto y último objetivo planteado en la presente investigación.

#### **Objetivo # 4**

***“Identificar los niveles de sobrecarga en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer y la relación con las estrategias de afrontamiento”. Escala de sobrecarga de Zarit.***

---

<sup>37</sup>. Carretero Gómez, S; Garcés Ferrer, J; Ródemas Rigla, F. (2005) *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuesta de intervención psicosocial*, pag 52.

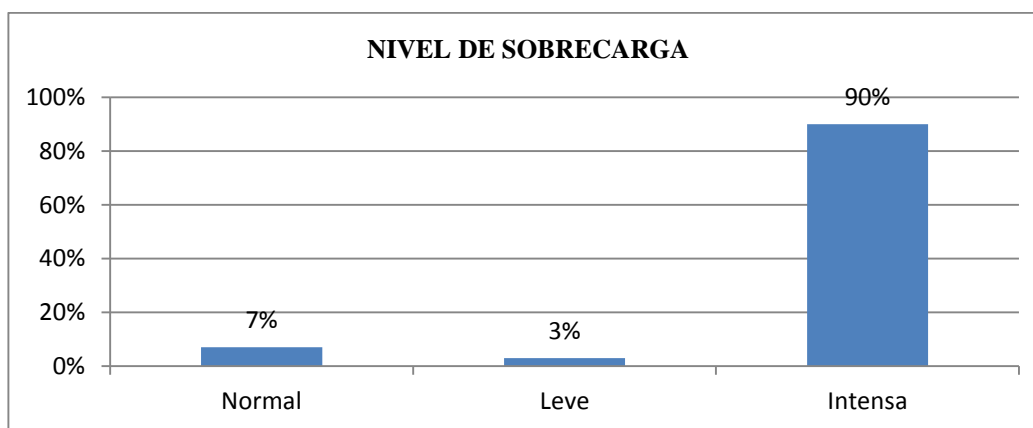
**CUADRO N° 36**  
**NIVEL DE SOBRECARGA**  
**(Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit)**

Nivel de sobrecarga	Frecuencia	Porcentaje
<b>Normal</b>	2	7%
<b>Leve</b>	1	3%
<b>Intensa</b>	<b>27</b>	<b>90%</b>
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

Elaboración propia

**GRÁFICO N° 20**  
**Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit**



Fuente: Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

Elaboración propia.

De acuerdo con los resultados obtenidos del cuadro y gráfico, el **90%** de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer presentaron **sobrecarga intensa**. Significa que de acuerdo con el punto de vista de Zarit “a diferencia de otros eventos estresantes que son de corta duración, el cuidado puede prolongarse a lo largo de un período de

varios años, por lo que la cronicidad del estresor hace que esta labor sea especialmente estresante. En este sentido, los cuidadores informales se enfrentan, por un lado, a estresores inmediatos propios del desempeño del cuidado, y por otro, al deterioro de proporcionar asistencia durante un período de duración no determinada, sin saber cuándo descansarán”<sup>38</sup>.

En la entrevista realizada los cuidadores mencionaron: *“Cuando estoy con mi mamá siento que ya no puedo más, de solo ver su situación; su agresividad me cansa, estoy cansada de pelear todos los días, porque no quiere tomar sus medicamentos, no quiere comer, se niega a tomar líquidos, menos quiere bañarse: es un calvario”*.

*“Hay días que estoy muy cansada de escuchar las quejas de mi mamá, se le mete algo a la cabeza y no para hasta que le haga caso; pero ella no entiende que también tengo trabajo y mis responsabilidades; justo cuando estoy ocupada me pide que la saque a pasear, y no entiende que estoy ocupada, me grita, me insulta, quiere salir sola, forcejeamos y después llora diciendo que soy mala hija, que Dios me castigará, sólo me pongo a llorar de impotencia y siento que no puedo más”*.

*“Me siento muy cansada cuando cuido a mi papá, cada día empeora más su enfermedad, me siento sin fuerzas para seguir adelante, quisiera que todo esto termine de algún modo; además de que sufre mi papá, mucho más sufro yo como su principal cuidadora; mis hermanos me ayudan lo mínimo, ya no me siento con ganas de trabajar porque por las noches despierta con gritos...luego ya no puedo dormir”*.

---

38. Carretero Gómez, S; Garcés Ferrer, J; Ródemas Rigla, F. (2005). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuesta de intervención psicosocial*. Autor citado, Zarit 1996, 1998 y 2002, pag 52.

Los testimonios muestran que los cuidadores llegan a sentir una carga inmensa con la que ya no pueden seguir conviviendo, pues el agotamiento físico-mental es significativo y va aumentando cada vez más, a medida que avanza la enfermedad.

Los pacientes enfermos con Alzheimer, al atravesar por la segunda y tercera etapa de la enfermedad, tienen cambios de comportamientos agresivos, sufren alucinaciones, se vuelven más dependientes del cuidador, requieren más tiempo de cuidado, puesto que necesitan ayuda para moverse, porque empiezan a perder equilibrio y por ello pueden llegar a sufrir caídas. Todos estos episodios vividos, harán que la carga aumente, afectando de forma emocional, psicológica y física del familiar cuidador.

Un mínimo de **7%** de los cuidadores manifiestan **sobrecarga normal**, al momento de asumir el cuidado del paciente. La enfermedad afecta de forma diferente a cada persona; por ejemplo, otros enfermos se aíslan del resto de la familia, viven con la mirada perdida en un rincón de su casa; es decir que su reacción no es agresiva ni problemática con los demás; por eso la mínima cantidad de cuidadores en esta investigación carecen de sobrecarga.

Así algunos familiares cuidadores indicaron: *“No tengo problemas para cuidar a mi tía, porque ella es tranquila, no da mayores problemas; solo en algunos momentos, cuando tenemos que bañarla...Con mis 3 hermanos nos turnamos para cuidarla; además contratamos una muchacha para que ayude en la casa; todos tenemos un horario y lo seguimos con amor, porque ella nos cuidó mucho cuando éramos niños”*.

*“La relación con mi mamá hasta el momento es bueno se aísla de nosotros, solo pide comida cuando tiene hambre; tengo pocas dificultades en el cuidado; además, como*

*su hijo, la atiendo con cariño, porque me dio todo lo que pudo; es tranquila toma sus medicamentos, come poco, pero come algo por lo menos”.*

*“Mi papá aún es tranquilo, porque quizá recién pasa por el primer año de la enfermedad, no da problemas mayores, come bien, se baña solo, hace sus necesidades solo; aún es independiente, no me complica mucho tener que cuidarlo, trabajo tranquila, lo dejo al cuidado de una chica cuando no estoy.”*

A continuación se desglosa el resultado del cruce de variables entre las estrategias de afrontamiento y los niveles de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos de Alzheimer.

### CUADRO N° 37

#### Relación entre la Estrategia de afrontamiento

#### Confrontación y niveles de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

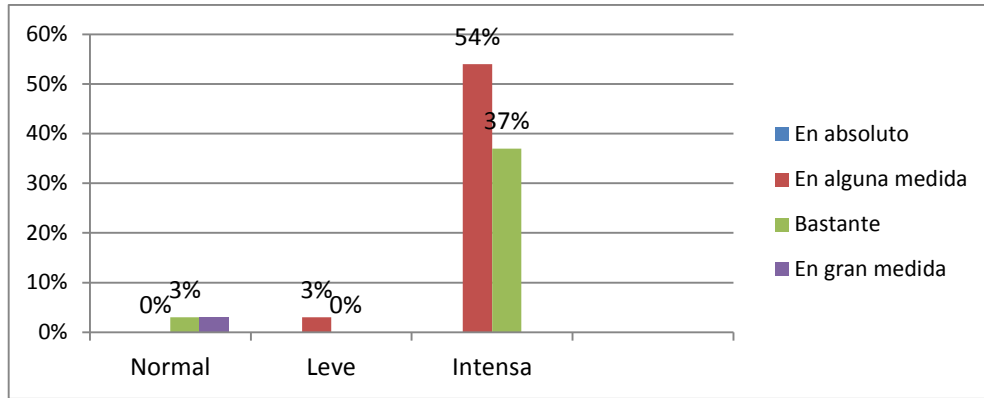
(Frecuencias y porcentajes)

NIVEL DE SOBRECARGA	CONFRONTACIÓN								TOTAL	
	En absoluto		En alguna medida		Bastante		En gran medida			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Normal	--	--	--	--	1	3%	1	3%	2	6%
Leve	--	--	1	3%	--	--	--	--	1	3%
Intensa	--	--	16	54%	11	37%	--	--	27	91%
<b>TOTAL</b>	--	--	17	57%	12	40%	1	3%	30	100%

## GRAFICO N° 21

### Relación entre la Estrategia de afrontamiento

#### Confrontación y niveles de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.



Como se puede observar en los resultados obtenidos, el **54%** de los cuidadores con **sobrecarga intensa** utilizarían como estrategia de afrontamiento la **confrontación** con la calificación **en alguna medida**. Frente los continuas demandas del paciente, sentirían mayor carga física, personal y emocional que los iría desgastando poco a poco, porque a medida que progresa la enfermedad en el paciente, más dependiente será del cuidador, quienes aparte de ser cuidadores principales del paciente, también tendrían otras obligaciones como trabajar para los gastos del enfermo y atender a su familia (esposo, hijos); por ello sentirían mayor estrés, cansancio físico y, al presentarse algún tipo de problema con el paciente, reaccionarían con intensidad de solucionarlo de forma agresiva. Por lo tanto, a mayor nivel de sobrecarga en los cuidadores, mayor utilización de la estrategia de afrontamiento, confrontación.

Así declaran los cuidadores: *“Al no tener quien me ayude en el cuidado de mi mami, la carga es mayor para mí; la muchacha me ayuda solo en la limpieza de la casa, el lavado de las ropas, pocas veces con el cuidado y el aseo de mamá. Me encargo de*

*cocinar, porque la muchacha no puede hacerlo, por eso cada día, físicamente me siento muy cansada, estresada”.*

*“Mis hermanas me ayuden poco con el cuidado de mamá, la carga es solo para mí, descanso poco y en los días que alguna vez mis hermanas me ayudan a cuidarla, siento un poco de alivio, pero igual estoy al pendiente de ella”*

El **37%** de los cuidadores con **sobrecarga intensa**, los que también utilizarían como estrategia de afrontamiento la **confrontación**, con la calificación de **bastante**, presentarían síntomas de carga intensa, con cansancio físico, sensación de agotamiento; porque además tienen otras responsabilidades como trabajar, atender a su esposo, hijos, encargarse de los quehaceres de la su casa y por ello acuden a la confrontación de forma directa para resolver los problemas; porque estar a cargo de todo, genera en los cuidadores gran intolerancia, poca paciencia y mucha irritabilidad. Entonces, a menor uso de la estrategia de afrontamiento, confrontación, mayor nivel de sobrecarga en los cuidadores.

### CUADRO N° 38

#### Análisis ANOVA

#### Estrategias de afrontamiento.

#### Confrontación y nivel de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	GI	Media cuadrática	F	Sig
<b>Confrontación y nivel de sobrecarga</b>	Inter-grupos	,681	2	,341	,875	0,428
	Intra-grupos	10,519	27	,390		
	Total	11,200	29			

Se hace hincapié en que para la presente interpretación mediante el análisis estadístico del ANOVA, se tomó en cuenta solo el grado de significancia = sig; pues, para que

exista relación de una variable con la otra, se emplea como base 0,050. Es decir que mayor a 0,050 no habría relación y menor a 0,050, sí habría relación.

Según dicho método estadístico con un nivel de significancia de **0,428**, se concluye que **no hay relación** entre la estrategia de afrontamiento, **confrontación y el nivel de sobrecarga** en los cuidadores. Se infiere que, debido a la intensidad de la carga optan por otras salidas que pueden aliviar su tensión física y emocional.

### CUADRO N° 39

#### Relación entre la Estrategia de afrontamiento

#### Distanciamiento y niveles de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

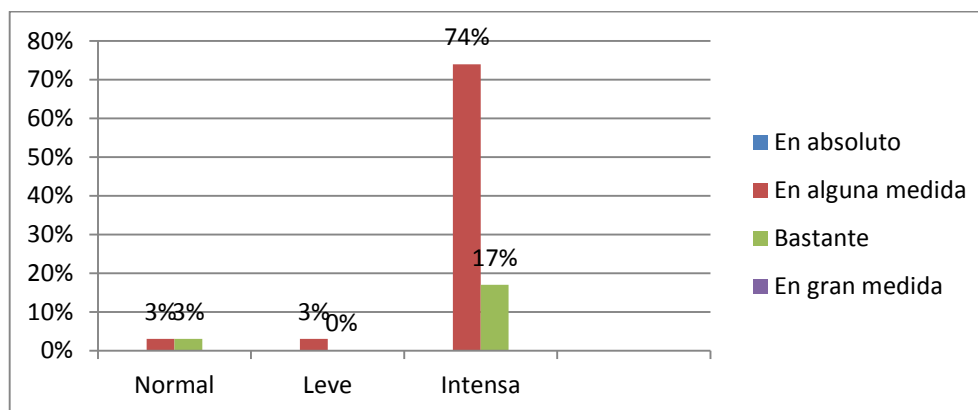
(Frecuencias y porcentajes)

NIVEL DE SOBRECARGA	DISTANCIAMIENTO								TOTAL	
	En absoluto Fr    %	En alguna medida Fr    %	Bastante Fr    %	En gran medida Fr    %	Fr	%	Fr	%		
Normal	--    --	1    3%	1    3%	--    --	2	6%				
Leve	--    --	1    3%	--    --	--    --	1	3%				
Intensa	--    --	22 <b>74%</b>	5 <b>17%</b>	--    --	27	91%				
<b>TOTAL</b>	--    --	24    80%	6    20%	--    --	30	100%				

## GRÁFICO N° 22

### Relación entre la Estrategia de afrontamiento

#### Distanciamiento y niveles de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.



El gráfico muestra que el **74%** de los cuidadores con **sobrecarga intensa**, elegirían como estrategia de afrontamiento el **distanciamiento**, con la calificación **de alguna manera**. Se concluye, entonces, que los cuidadores, al estar cada vez más horas con el paciente, sin tiempo para otras actividades, presentarían sobrecarga intensa, reflejada en el agotamiento físico, mental y corporal, con serias consecuencias para su salud integral y por ello tomarían distancia de su labor estresante. Así, a mayor nivel de sobrecarga en los cuidadores, mayor utilización de la estrategia de afrontamiento, distanciamiento.

Al respecto, un cuidador dice: *“Mi mamá está empeorando cada día, ya no habla, no tiene control sí misma; tengo que estar al pendiente de ella todo el tiempo, ya no puedo hacer nada. Contraté a una muchacha, pero solo me ayuda con la limpieza de la casa y estoy cada día más cansada, estresada. Siento mucha pena ver cómo su enfermedad avanza. Cuando me siento demasiado agotada, llamo a mi hermana para que ayude con el cuidado...y salgo un rato a caminar”*.

Otra persona dice: “Tengo otras actividades que realizar; trabajo y además cuido a mi mamá; pero hay días en que me siento agotado; siento que tengo una carga más en mi vida. Mi mami es tranquila a pesar de su enfermedad; pero tengo problemas para que tome las pastillas y siempre pelea por su dinero; dice que se sacan mis hijos y cuando ya empieza a reclamar, me alejo; me voy a mi cuarto hasta que se tranquilice, prefiero alejarme un rato”.

#### CUADRO N° 40

##### Análisis ANOVA.

##### Estrategias de afrontamiento.

##### Distanciamiento y nivel de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
Distanciamiento y nivel de sobrecarga	Inter-grupos	,181	2	,091	,431	0,654
	Intra-grupos	5,685	27	,211		
	Total	5,867	29			

Según el análisis estadístico del ANOVA, con un grado de significancia de **0,654** se confirma que **no hay relación** entre la estrategia de afrontamiento **distanciamiento y el nivel de sobrecarga**. Al existir sobrecarga en los cuidadores, no siempre utilizarían esta estrategia; podrían usar otra técnica o quizá no haya forma de tomar distancia al ser el único cuidador a cargo del paciente, porque los parientes se desentendieron del enfermo por completo.

### CUADRO N° 41

#### Relación entre la Estrategia de afrontamiento

#### Auto-control y niveles de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

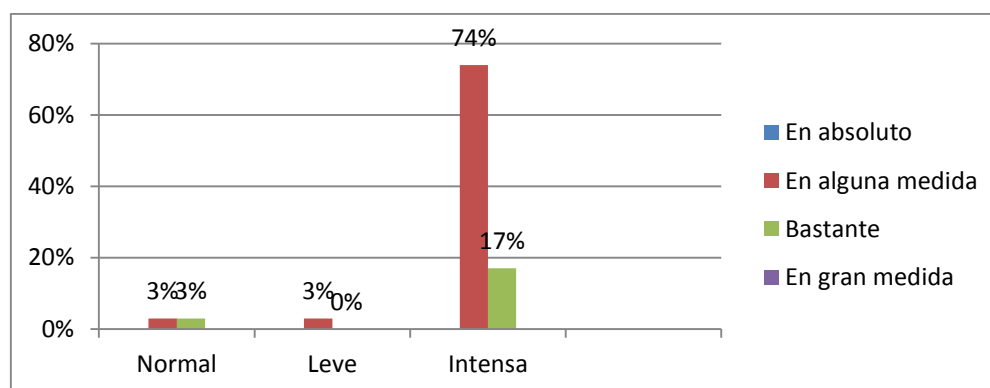
(Frecuencias y porcentajes)

NIVEL DE SOBRECARGA	AUTO - CONTROL								TOTAL	
	En absoluto		En alguna medida		Bastante		En gran medida		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Normal	--	--	1	3%	1	3%	--	--	2	6%
Leve	--	--	1	3%	--	--	--	--	1	3%
Intensa	--	--	22	74%	5	17%	--	--	27	91%
<b>TOTAL</b>	--	--	24	80%	6	20%	--	--	30	100%

### GRÁFICO N° 23

#### Relación entre la Estrategia de afrontamiento

#### Auto-control y niveles de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.



El **74%** de los cuidadores presentaran **sobrecarga intensa** y asumen como estrategia de afrontamiento el **auto-control** con la calificación en **alguna medida**. Los cuidadores, al controlar demasiado sus respuestas emocionales ante los diversos problemas con el paciente harían que el nivel de sobrecarga se agudice y las consecuencias se notan a nivel físico, pues tienen mucho agotamiento y estrés

manifestado en sus conductas. El paciente enfermo, es cada vez más dependiente del cuidador, necesita mayor supervisión y toda esta situación hace que los cuidadores sientan mucha carga sobre sus hombros y si no dan atención a los malestares físicos, su situación puede empeorar, y en algún momento serán ellos los que necesiten atención médica.

Por lo tanto, a mayor utilización de la estrategia de afrontamiento, autocontrol, mayor nivel de sobrecarga en los cuidadores.

Un cuidador manifestó: *“Tengo muchos malestares físicos desde que la enfermedad de mi papá se agudizó; sufro constantes dolores de cabeza, problemas estomacales...Cada vez es más dependiente de mí, porque ya no puede caminar; a veces ya ni puede comer solo...Hay noches en que se queja, no me deja dormir y al día siguiente estoy cansada, siento agotamiento físico...y cuando me hace renegar, contengo mi reacción...siento que ya no puedo más; desearía que todo acabe pronto”*.

Otro cuidador se expresó así: *“Cuando mi mamá se pone insoportable, tengo que morderme los labios para no reaccionar, porque de algún modo sé que actúa así por su enfermedad; pero me cansa, ya no puedo más; desearía que todo fuera una pesadilla”*.

### CUADRO N° 42

#### Análisis ANOVA.

#### Estrategias de afrontamiento.

#### Auto-control y niveles de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
Autocontrol y nivel de sobrecarga	Inter-grupos	,200	2	,100	,242	0,787
	Intra-grupos	11,167	27	,414		
	Total	11,367	29			

Según el análisis estadístico del anova, con un nivel de significancia de **0,787** muestra que **no hay relación** entre el **nivel de sobrecarga** y la estrategia de afrontamiento **auto-control**, se infiere que los cuidadores no utilizarían esta estrategia de afrontamiento, porque quizá al presentar niveles de sobrecarga intenso, no controlan sus reacciones al momento de enfrentarse con una situación problemática con el paciente.

### CUADRO N° 43

#### Relación entre la Estrategia de afrontamiento

#### Búsqueda de apoyo social y niveles de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos de Alzheimer.

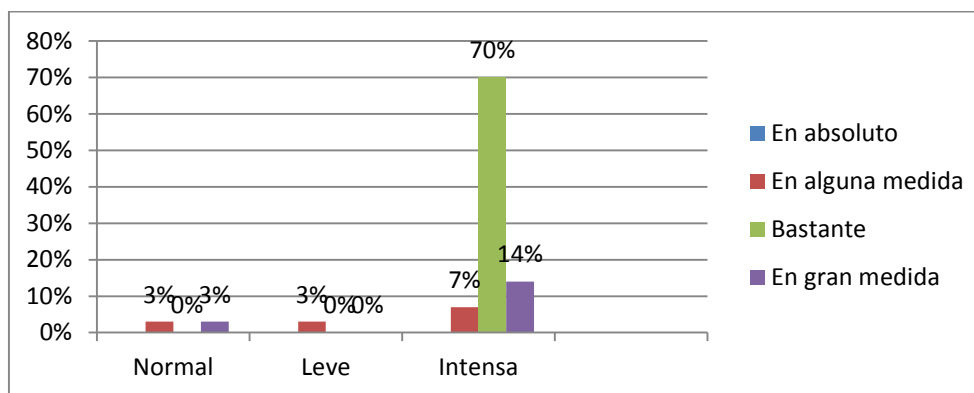
(Frecuencias y porcentajes)

NIVEL DE SOBRE CARGA	BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL								TOTAL	
	En absoluto		En alguna medida		Bastante		En gran medida		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Normal	--	--	1	3%	--	--	1	3%	2	6%
Leve	--	--	1	3%	--	--	--	--	1	3%
Intensa	--	--	2	7%	21	<b>70%</b>	4	14%	27	91%
<b>TOTAL</b>	--	--	4	13%	21	70%	5	17%	30	100%

## GRÁFICO N° 24

### Relación entre la Estrategia de afrontamiento.

#### Búsqueda de apoyo social y niveles de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos de Alzheimer.



El **70%** de los cuidadores de enfermos de Alzheimer con **sobrecarga intensa**, prefieren como estrategia de afrontamiento la **búsqueda de apoyo social** con la calificación de **bastante**. Los cuidadores, al tener demasiado agotamiento, cansancio físico y emocional, por estar a cargo como cuidadores principales, sufren sobrecarga. Por ser familiares directos, viven con el paciente enfermo y es comprensible el desgaste. Al sentirse solos y cansados buscan ayuda de los demás miembros de la familia, hermanos, hijos, esposo y hasta pueden acudir a los amigos más cercanos con el fin de tener alguna contención emocional y quizá también para que estas personas ayuden con el cuidado por algún tiempo. Entonces, a mayor nivel de sobrecarga en los cuidadores, mayor uso de la estrategia de afrontamiento, búsqueda de apoyo social.

La respuesta de los cuidadores confirma la anterior conclusión: *“Cuando siento que no puedo cuidarla bien y estoy demasiado cansada, busco ayuda de mis hermanos para que me colaboren con el cuidado, aunque raras veces me ayudan: El psiquiatra que atiende a mi mamá me informa de los riesgos de la enfermedad, y cuando siento que la situación me sobrepasa, acudo a mi amiga para desahogarme”*.

Otro cuidador dice: “Busco informarme más por internet y veo programas que tratan este tema. Gracias a Dios tengo la ayuda de una chica que trabaja en casa. Cuando me agota estar al cuidado de mi mamá, la dejo encargada a ella y salgo con mis amigas a cenar y distraerme; porque si no, me empiezan a doler los hombros, por el estrés que me causa ser la única de la familia que cuida a mi mamá”.

#### CUADRO N° 44

##### Análisis ANOVA

##### Estrategias de afrontamiento

##### Búsqueda de apoyo social y nivel de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
<b>Búsqueda de apoyo social y nivel de sobrecarga</b>	Inter-grupos	,2800	2	1,400	3,544	0,043
	Intra-grupos	10,667	27	,395		
	Total	13,467	29			

El análisis estadístico del ANOVA, con un nivel de significancia de **0,043** muestra que **hay relación** entre el **nivel de sobrecarga** y las estrategias de afrontamiento, **búsqueda de apoyo social**. Los cuidadores, al tener sobrecarga intensa, con manifestaciones notables en la salud física y emocional, buscarían ayuda de los familiares: hermanos, hijos, esposo, como también de los amigos de confianza para recibir apoyo emocional y ayuda con el cuidado del paciente.

### CUADRO N° 45

#### Relación entre la Estrategia de afrontamiento

Acceptación de la responsabilidad y niveles de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

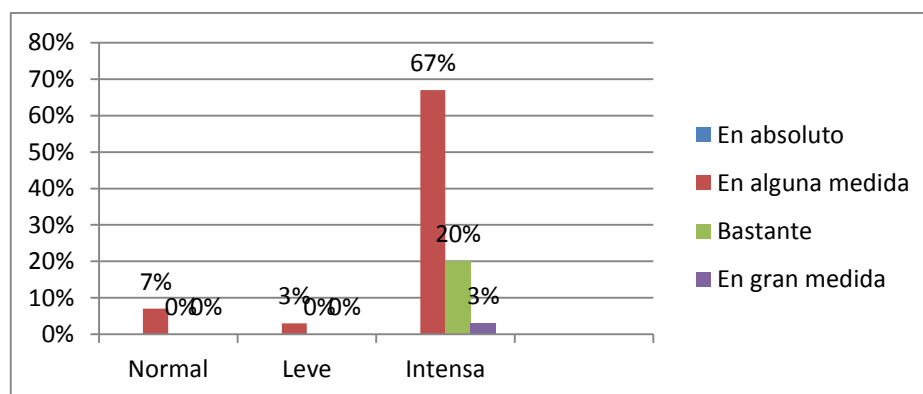
(Frecuencias y porcentajes)

NIVEL DE SOBRECARGA	ACEPTACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD								TOTAL	
	En absoluto		En alguna medida		Bastante		En gran medida			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Normal	--	--	2	7%	--	--	--	--	2	7%
Leve	--	--	1	3%	--	--	--	--	1	3%
Intensa	--	--	20	67%	6	20%	1	3%	27	90%
<b>TOTAL</b>	--	--	23	77%	6	20%	1	3%	30	100%

### GRÁFICO N° 25

#### Relación entre la Estrategia de afrontamiento

Acceptación de la responsabilidad y niveles de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.



El 67% y el 20% de los cuidadores principales presentan **sobrecarga intensa** y optan como estrategia de afrontamiento la **aceptación de la responsabilidad**. Al hacerse cargo de sus reacciones inadecuadas ante las actitudes del paciente, aceptarían su responsabilidad; porque el paciente, si procede agresivamente en algunas ocasiones, lo

hace por el deterioro mental que está atravesando. Entonces, a mayor utilización de la estrategia de afrontamiento, aceptación de la responsabilidad, mayor nivel de sobrecarga intensa.

Un cuidador dice: *“Reconozco que hay días en que me porto mal con mi mamá; pero reacciono por el hecho de sentirme cansado por todo, la situación; llego del trabajo y siento que la paciencia se me fue. Debería entender que mamá actúa por los efectos de la enfermedad”*.

Otro cuidador dice: *“Mi mami siempre tuvo un carácter fuerte y con la enfermedad se le agravó, se pone terca y a veces discuto con ella; pero sé que no sabe lo que hace, y yo debo tenerle más paciencia; es mi mama y la quiero mucho a pesar de todo”*.

#### CUADRO N° 46

##### Análisis ANOVA.

##### Estrategias de afrontamiento.

##### Aceptación de responsabilidad y nivel de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
Aceptación de responsabilidad y nivel de sobrecarga	Inter-grupos	,170	2	,085	,261	0,772
	Intra-grupos	8,796	27	,326		
	Total	8,967	29			

El análisis estadístico del ANOVA con un nivel de significancia de **0,772** muestra que **no hay relación** entre el **nivel de sobrecarga** y la estrategia de afrontamiento de **la aceptación de la responsabilidad**. Se infiere que los cuidadores no usarían esta estrategia de afrontamiento para resolver los momentos de estrés y la carga física que estarían viviendo optarían por otra técnica más adecuada.

### CUADRO N° 47

#### Relación entre la estrategia de afrontamiento.

Huida-evitación y niveles de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

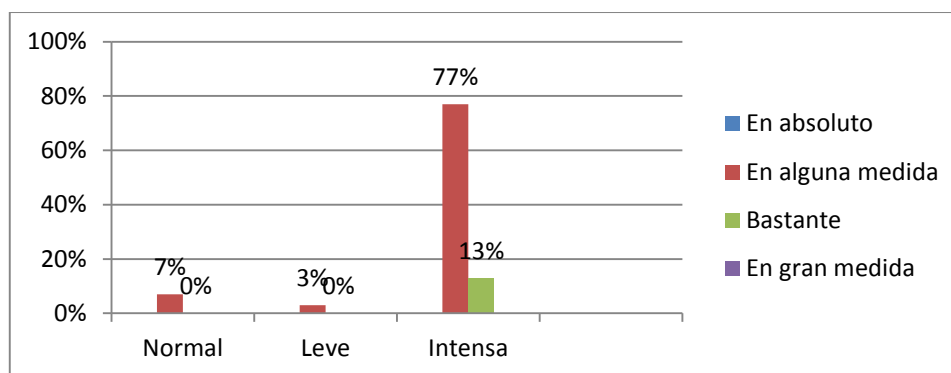
(Frecuencias y porcentajes)

NIVEL DE SOBRECARGA	HUIDA – EVITACIÓN								TOTAL	
	En absoluto		En alguna medida		Bastante		En gran medida		Fr	%
Normal	--	--	2	7%	--	--	--	--	2	7%
Leve	--	--	1	3%	--	--	--	--	1	3%
Intensa	--	--	23	77%	4	13%	--	--	27	90%
<b>TOTAL</b>	--	--	26	87%	4	13%	--	--	30	100%

### GRÁFICO N° 26

#### Relación entre la Estrategia de afrontamiento.

Huida-evitación y niveles de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.



El **77%** de los cuidadores con una **sobrecarga intensa** decidieron como estrategia de afrontamiento la **huida-evitación** con la calificación **en alguna medida**.

Al experimentar demasiado cansancio físico y emocional, optan por la estrategia de la evitación, mediante acciones como fumar demasiado, beber, comer o medicamentos automedicarse.

Así alivian los malestares por un tiempo corto. Por lo tanto, a mayor nivel de sobrecarga en los cuidadores, probablemente mayor uso de la estrategia de afrontamiento, huida- evitación.

Los cuidadores expresan así su situación: *“Sé que no debería pensar esto, pero hubiera deseado que se muriera mi mamá antes que mi papá; tal vez Dios me castigue, pero nadie me puede juzgar sin antes pasar por todo lo que paso yo... Tomo antidepresivos para estar relajada; pero a veces ni con eso logro estar tranquila, porque el cansancio es fatal”*.

Otro cuidador dice: *“Para alejarme de las consecuencias de ser cuidadora principal de mi mami, trato de reunirme casi todas las semanas para jugar canasta con mis amigas...así, de alguna forma, distraigo mi mente por algunas horas”*.

**CUADRO N° 48**

**Análisis ANOVA.**

**Estrategias de afrontamiento.**

**Huida-evitación y nivel de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.**

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
<b>Huida- evitación y nivel de sobrecarga</b>	Inter- grupos	,237	2	,119	,568	0,573
		5,630	27	,209		
	Intra- grupos	5,867	29			
	Total					

Según el método del análisis estadístico del ANOVA, con un nivel de significancia de **0,573**, entre la **sobrecarga y la estrategia de afrontamiento, huida-evitación, no hay relación**. Los cuidadores no utilizarían esta estrategia de afrontamiento; pues de hacerlo no ayudaría demasiado con el agotamiento físico y preferirían otra estrategia para resolver la carga física y emocional que experimentan.

**CUADRO N° 49**

**Relación entre la Estrategia de afrontamiento**

**Planificación y niveles de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.**

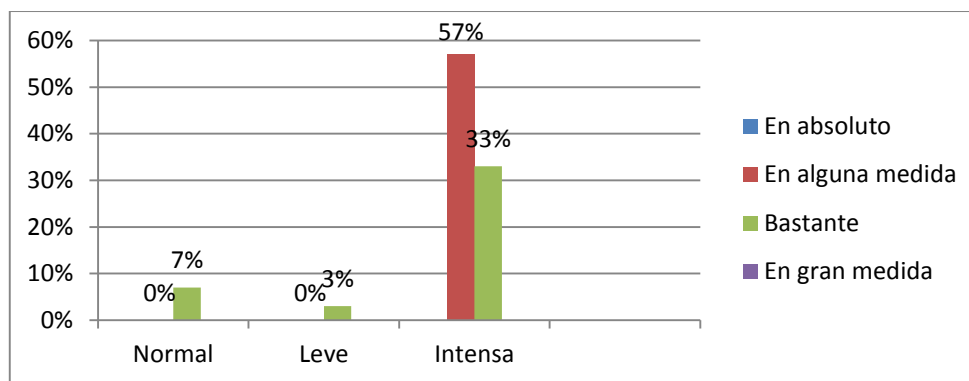
**(Frecuencias y porcentajes)**

NIVEL DE SOBRE CARGA	PLANIFICACIÓN								TOTAL	
	En absoluto		En alguna medida		Bastante		En gran medida		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Normal	--	--	--	--	2	7%	--	--	2	7%
Leve	--	--	--	--	1	3%	--	--	1	3%
Intensa	--	--	17	57%	10	33%	--	--	27	90%
<b>TOTAL</b>	--	--	17	57%	13	43%	--	--	30	100%

## GRÁFICO N° 27

### Relación entre la Estrategia de afrontamiento

#### Planificación y niveles de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.



El **57%** de los cuidadores que acusan **sobrecarga intensa**, utilizan como estrategia de afrontamiento la **planificación** con la calificación **en alguna medida**. Al tener demasiada carga física con sus actividades diarias por no saber cómo reaccionar, ante ellas desarrollarían estrategias para enfrentar y solucionar los problemas y como están mayor tiempo con el paciente, sabrían en qué situaciones son agresivos y en qué momento se alteran; por eso planean cómo actuar y de esa forma el nivel de sobrecarga no afectaría demasiado a su salud. Por lo tanto, a mayor nivel de sobrecarga en los cuidadores, más probabilidad de la utilización de la estrategia de afrontamiento, planificación,

Un cuidador expresa su experiencia: *“Si no planifico cómo actuar ante sus crisis de agresividad, que ya las conozco..., la situación se agrando. A un principio fue difícil reaccionar bien ante sus crisis; pero, a medida que pasa el tiempo, ya voy viendo en qué momento y ante qué cosas se pone agresiva; porque de lo contrario me afecta a mí también en mis estado de ánimo”*.

Del mismo modo otro cuidador dice: “*Ya sé cómo son sus crisis y por qué se pone agresiva y es cuando no quiere bañarse; por eso ya sé cómo debo actuar, sé qué hacer para persuadirla para que se deje bañar sin problemas*”.

En la estrategia de afrontamiento **planificación**, el **33%** de los cuidadores presentan **sobrecarga intensa**. La interpretación que se da a este resultado es que este porcentaje de los sujetos estudiados en la presente investigación, no utilizan con frecuencia esta estrategia; es decir, no realizarían planes para resolver los problemas que causa el agotamiento físico. Por ello, el nivel de sobrecarga en los cuidadores sería intenso, lo que afectaría al estado físico y emocional. Entonces, a menor uso de la estrategia de afrontamiento, planificación, más posibilidad de aumento del nivel de sobrecarga en los cuidadores.

#### CUADRO N° 50

##### Análisis ANOVA.

##### Estrategias de afrontamiento.

##### Planificación y nivel de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
Planificación	Inter-grupos	1,959	2	,980	3,653	0,039
	Intra-grupos	7,241	27	,268		
	Total	9,200	29			

El método estadístico del ANOVA, arroja un nivel de significancia de **0,039**; este resultado demuestra que **hay relación entre la sobrecarga y la estrategia de afrontamiento de la planificación**, por lo que se infiere que los cuidadores, utilizarían

esta estrategia de afrontamiento. Al planificar cómo actuar frente a los continuos problemas con el paciente, el nivel de sobrecarga de los cuidadores disminuye poco a poco.

### CUADRO N° 51

#### Relación entre la Estrategia de afrontamiento

#### Reevaluación positiva y niveles de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.

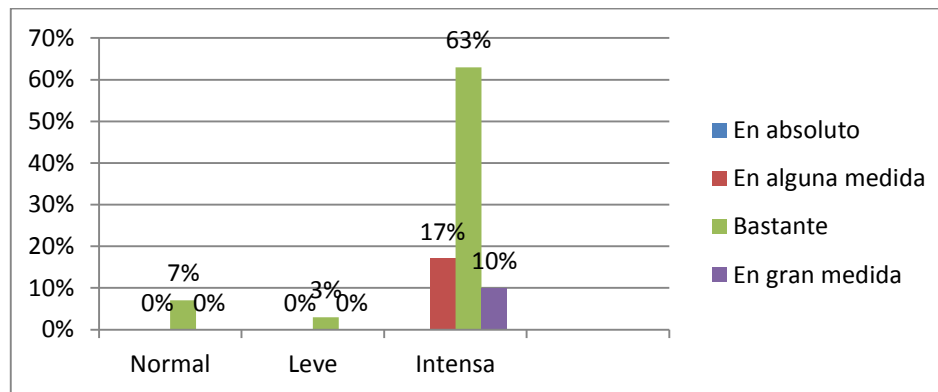
(Frecuencias y porcentajes)

NIVEL DE SOBRECARGA	REEVALUACIÓN POSITIVA								TOTAL	
	En absoluto		En alguna medida		Bastante		En gran medida		Fr	%
Normal	--	--	--	--	2	7%	--	--	2	7%
Leve	--	--	--	--	1	3%	--	--	1	3%
Intensa	--	--	5	17%	19	63%	3	10%	27	90%
<b>TOTAL</b>	--	--	5	17%	22	73%	3	10%	30	100%

### GRÁFICO N° 28

#### Relación entre la Estrategia de afrontamiento

#### Reevaluación positiva y niveles de sobrecarga en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer.



El **63%** de los cuidadores que presentan **sobrecarga intensa**, manejan como estrategia de afrontamiento la **reevaluación positiva** con la calificación de **bastante**. A pesar de la sobrecarga realizan un esfuerzo y evalúan las situaciones estresantes y problemáticas con una mirada positiva; porque saben que el paciente actúa agresivamente debido al progreso de su enfermedad y porque es familiar cercano. Sin embargo, el uso excesivo de esta estrategia podría acentuar el agotamiento físico y emocional al reprimir sus emociones.

Por lo tanto, a mayor utilización de la estrategia de afrontamiento, reevaluación positiva, mayor nivel de sobrecarga en los cuidadores.

Un cuidador dice: *“Con cada situación que me toca vivir con mi mamá cuando se me pasa la rabia pienso que ella no es culpable de nada de lo que hace; más al contrario, necesita de todo mi amor y comprensión; porque un día ella también me tuvo paciencia como madre...pero sus actitudes agresivas me causan agotamiento emocional y ya no sé cómo sobrellevarlo”*.

Otro cuidador dice: *“Mi madre siempre fue muy buena con todos mis hermanos y yo fui su hijo más querido, eso dicen todos... y por eso asumí su cuidado; a pesar de todo mi madre sigue con su esencia; pero en ocasiones, se pone malita me enoja; pero pasado un tiempo analizo las cosas y sé que ella actúa así por su enfermedad; es desgastante estar todo el tiempo pendiente de ella, pero es mi madre”*.

Otro cuidador dijo: *“Cuando siento que ya no puedo con mi mamá, pienso en el Señor; me pongo a orar y después de un rato pienso bien las cosas y sé que la enfermedad de mamá es solo una prueba para mí; soy su hija y mi deber es cuidar de ella hasta que*

*Dios así lo permita; pero el ver que su actitud es desagradecida inconforme, me agota física y emocionalmente”.*

**CUADRO N° 52**  
**Análisis ANOVA**  
**Estrategias de afrontamiento**  
**Reevaluación positiva y nivel de sobrecarga en los cuidadores de pacientes**  
**enfermos con Alzheimer.**

Estrategias de afrontamiento		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig
<b>Reevaluación positiva y nivel de sobrecarga</b>	Inter-grupos	,259	2	,130	,443	0,647
		7,907	27	,293		
	Intra-grupos	8,167	29			
	Total					

El análisis estadístico del ANOVA, muestra un nivel de significancia de **0,647**. Este resultado permite afirmar que **no hay relación** entre la **sobrecarga y la estrategia de afrontamiento de la reevaluación positiva**. Probablemente los cuidadores no utilizan esta estrategia de afrontamiento porque no les ayudara a en aliviar los malestares físicos ni emocionales: no hay posibilidad de ver positivamente la situación, porque la enfermedad de Alzheimer va avanzando; el paciente pierde la memoria cada vez y los que lo rodean sufren más las consecuencias, pues la carga es para los cuidadores.

### 5.5 Análisis de las hipótesis.

A continuación se realizó un análisis de cada una de las hipótesis planteadas en el presente trabajo de investigación y seguidamente se estableció si se rechazan o se aceptan las mismas a partir de los resultados obtenidos:

**Hipótesis 1. “Las estrategias de afrontamiento que utilizan los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer son: reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y planificación”**

De acuerdo con los resultados mostrados en el cuadro y gráfico n° 1, con la calificación de *bastante*, y tomando en cuenta el resultado de los porcentajes más alto de dicho cuadro, se puede mencionar que las estrategias de afrontamiento que mayor porcentaje de la población estudiada, en este caso los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer, utilizarían con frecuencia son: ***Reevaluación positiva 73%, búsqueda de apoyo social 70% y planificación 43%***.

Con este resultado se da respuesta a la primera hipótesis planteada, puesto que se identificó las estrategias frecuentemente utilizadas por los cuidadores y con ello ***se acepta la hipótesis*** de la presente investigación. De la misma manera se menciona que, estas estrategias serían las que el cuidador ve por conveniente utilizar en los momentos y situaciones conflictivas con el paciente enfermo de Alzheimer; pues, ante la presencia de un contexto estresante para el cuidador, éste analizaría los aspectos positivos de la situación problemática; por otro lado buscaría ayuda de los familiares, amigos cercanos, médicos especializados y así podría planificar el modo de solucionar cada conflicto que surja con el paciente.

**Hipótesis 2. “Los cuidadores de pacientes enfermos de Alzheimer, presentan niveles de ansiedad leve en relación con las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas, como ser la reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y planificación”.**

Según los resultados obtenidos en el cuadro y gráfico n° 2, se observa que los cuidadores de pacientes enfermos de Alzheimer presentan, un nivel de *ansiedad leve*, *el 43%*, de acuerdo con este resultado, se concluye que los cuidadores tienen manifestaciones de ansiedad que se reflejan en el estado emocional y físico porque tendrían sensación de malestar, insomnio, agotamiento físico, estrés y frente a una situación estresante y conflictiva con el paciente, aún pueden resolverlos, porque conservan la capacidad de razonamiento.

Se menciona entonces que la segunda hipótesis planteada *se acepta*; porque un porcentaje mayor de los cuidadores presentan ansiedad leve y esta tiene relación con las estrategias de afrontamiento, bastante utilizadas por los cuidadores: *reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y planificación*. A mayor utilización de las estrategias de afrontamiento, menos probabilidad de aumento del nivel de ansiedad en los cuidadores.

**Hipótesis 3 “Los cuidadores de pacientes enfermos de Alzheimer muestran niveles de depresión leve, en relación con las estrategias de afrontamiento frecuentemente utilizadas, como la reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y planificación.**

En el cuadro n° 19 y gráfico n° 11 se menciona que la tercera hipótesis planteada en la presente investigación *se acepta*; puesto que los cuidadores presentan *depresión leve* en un porcentaje del *47%*. El equilibrio emocional y físico sería afectado por las diferentes situaciones conflictivas con el paciente.

Las estrategias de afrontamiento muy utilizadas por los cuidadores tendrían relación, en algún modo; porque a más utilización de las estrategias *reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y planificación*, hay más posibilidad de que el nivel de depresión disminuya.

**Hipótesis 4. “Por el menor uso de estrategias de afrontamiento, como de la reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y planificación, existe sobrecarga intensa en los cuidadores de pacientes enfermos de Alzheimer”**

De acuerdo con el resultado del cuadro n° 36 y gráfico n° 20, el porcentaje mayor de la población estudiada presenta *sobrecarga intensa*. El **90%**, de los cuidadores muestran manifestaciones de agotamiento físico y emocional; puesto que los cuidadores principales realizan otras actividades como trabajar, atender a sus familias y ocuparse de los quehaceres de sus casas. Por lo mencionado, la cuarta hipótesis de la presente investigación *se acepta*.

Relacionando el resultado con las estrategias de afrontamiento, *reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y planificación*, se infiere que la utilización de estas estrategias, sería menor. Pues, a menor utilización de las estrategias de afrontamiento, existirá mayor sobrecarga en los cuidadores.

## VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1 Conclusiones.

Una vez finalizado el análisis de todos los datos obtenidos, se exponen las conclusiones de acuerdo con el orden de los objetivos propuestos a inicio de esta investigación acerca de la relación de las estrategias de afrontamiento con la ansiedad, depresión y sobrecarga en los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer:

Las *estrategias de afrontamiento* más utilizadas por los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer fueron la *reevaluación positiva*, *búsqueda de apoyo social* y *planificación*, que puntuaron en la escala bastante las que están centradas en regular la respuesta emocional y también les permite manejar adecuadamente el problema que causan malestar a los cuidadores. Ante el conflicto buscan solucionarlo haciendo un análisis de la situación estresante, lo evalúan desde un mirada positiva y buscan ayuda de sus familiares cercanos y amigos que pasan o pasaron por la misma situación para sentir contención y apoyo emocional. Finalmente planifican estrategias de solución para los problemas ya identificados y de ese modo evitar inconvenientes, estrés y malestar por ellos mismos porque el paciente enfermo se hará cada vez más dependiente de su cuidador. Por todo lo mencionado, la hipótesis de este trabajo se acepta.

El *nivel de ansiedad leve* se ha manifestado de manera general en los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer, por lo que el desempeño de sus funciones como cuidadores afecta significativamente a su estado emocional; pero, a pesar de esta manifestación de ansiedad, aún son capaces de razonar y resolver problemas que se presentan con el paciente enfermo.

Se concluye que existe relación entre las estrategias de *reevaluación positiva*, *búsqueda de apoyo social* y *planificación* y el nivel de ansiedad leve que se manifiesta en los

cuidadores; lo que demuestra que en ocasiones tiende a aumentar o disminuir según el estado emocional y según la dificultad de los problemas que tengan que enfrentar. La reacción no será igual en todos los casos, porque las etapas de deterioro en cada paciente son distintas. De tal manera, la hipótesis del presente trabajo se acepta.

Los cuidadores principales de pacientes enfermos con Alzheimer presentan ***un nivel de depresión leve*** que afecta el normal desenvolvimiento de la tarea como cuidadores; presentan manifestaciones a nivel emocional y físico tales como la angustia, tristeza, mal humor y frustración; además presentan cambios en el apetito, es decir pierden o aumentan de peso, sufriendo frecuentes dolores de cabeza, malestares estomacales. El tener un paciente enfermo con Alzheimer, el cual se deteriora cada vez más hace que el cuidador se deprima con facilidad, por lo que las funciones diarias como cuidadores no serían normales.

Existe relación entre la estrategia de *reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social y planificación* y los niveles de depresión leve que presentan los cuidadores. Lo que muestra que el nivel de depresión tiende a disminuir o aumentar según el estado anímico del cuidador, porque cada uno de ellos reaccionará de diferente manera a las situaciones problemáticas con su paciente, según su temperamento. Además, no todos los pacientes son problemáticos. La hipótesis de este trabajo se acepta.

El ***nivel de sobrecarga*** en los cuidadores ***es intenso*** en casi la totalidad de la población estudiada la misma muestra agotamiento y desgaste físico y emocional, que puede llegar al estrés crónico a causa del cuidado que puede prolongarse a lo largo de varios años, dependiendo de la fase, de la intensidad y duración de la enfermedad del paciente. Estos eventos llevan a los cuidadores a experimentar una sobrecarga intensa reflejada en su salud, que se deteriora día a día junto con la enfermedad del paciente, porque la demanda de este es mayor cuando la enfermedad avanza y empeora.

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los cuidadores no son evaluadas conscientemente por ellos; por lo que se presenta una sobrecarga intensa, al experimentar continuamente diferentes situaciones problemáticas con el paciente y no saber cómo reaccionar ante ellas. El no utilizar la estrategia adecuada en el momento oportuno, intensifica el nivel de sobrecarga en los cuidadores, lo que afecta negativamente en su salud. De esta forma se acepta parcialmente la hipótesis planteada.

## **6.2 Recomendaciones.**

Tomando en cuenta los resultados de la investigación, las recomendaciones son las siguientes:

A las autoridades:

- Implementar centros de rehabilitación dirigidos a los cuidadores, puesto que a medida que el familiar enfermo va en proceso de declinación, el cuidador se siente cada vez más afectado por ello, sería bueno que el centro esté conformado por profesionales que informen, orienten y ayuden psicológicamente a los cuidadores.
- Incluir en los hospitales, centros de apoyo psicológico a los cuidadores de pacientes enfermos con Alzheimer, con costo mínimo, para que de esa manera los cuidadores de bajos recursos tengan la oportunidad de recibir apoyo y orientación.

A los profesionales:

- A los doctores, psiquiatras y psicólogos de la ciudad de Tarija, se les insta a colaborar de forma voluntaria, sin buscar beneficio económico, a la “Asociación Alzheimer de Bolivia”, en la Ciudad de Tarija,
- Brindar a los cuidadores espacios de esparcimiento, organizando grupos donde ellos interactúen exponiendo las vivencias de cada cuidador.

A los futuros investigadores:

- Profundizar en esta temática tomando en cuenta otras variables, no mencionadas, como la influencia de las horas de cuidado en los niveles de ansiedad, depresión y en la sobrecarga en los cuidadores. También inquirir acerca de la influencia del sexo de los cuidadores en los niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga. También sería posible investigar si el hecho de ser familiar cuidador o cuidador que recibe una remuneración económica, hace diferencia en el nivel de ansiedad, depresión y sobrecarga durante la tarea.