

SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS, QUE SE MANIFIESTAN EN LOS  
CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON DEMENCIA; DE LA CIUDAD  
DE NEIVA

MAYRA ALEJANDRA BRAND PERDOMO

MARÍA ALEJANDRA MUÑOZ QUINTERO

EDNA LIZETH ROJAS SÁNCHEZ

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

NEIVA-HUILA

2012

SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS, QUE SE MANIFIESTAN EN LOS  
CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON DEMENCIA; DE LA CIUDAD  
DE NEIVA

MAYRA ALEJANDRA BRAND PERDOMO

MARÍA ALEJANDRA MUÑOZ QUINTERO

EDNA LIZETH ROJAS SÁNCHEZ

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de psicólogo

Asesor

ANGELA MAGNOLIA RÍOS GALLARDO

Psicóloga

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

NEIVA-HUILA

2012

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Neiva, 18 de Julio 2012

## DEDICATORIA

*A la persona que desde el momento de mi nacimiento me amó y respetó y que con sus enseñanzas y sus buenas costumbres ha contribuido en el desarrollo y la sabiduría de la persona que soy ahora.*

*Agradezco el apoyo incondicional que siempre me ha brindado con tanto cariño, afecto y humildad de la cual hace parte mi formación a nivel personal, profesional y espiritual.*

*Como muestra de gratitud te dedico este presente trabajo padre querido, por ser la persona más comprensiva y querida en mi realidad; a ti por toda la confianza que has depositado en mí y la paciencia que en algunas ocasiones creí perdida.*

*Con todo lo que he podido ser hasta hoy, gracias a ti y a Dios, para ti padre querido por ser el mejor: GUSTAVO ROJAS VARGAS, que Dios te guarde por siempre.*

*Y en memoria de mi querido abuelo que Dios te tenga en su gloria, y por todo el amor y cariño que recibí de ti en vida, a ti abuelito querido te dedico todos mis logros, FLORESMIRO DE JESUS ROJAS FLORES.*

*Edna Lizeth*

*Al culminar este proceso educativo, quiero dedicar mi trabajo, que representa un triunfo más en mi carrera por la vida a las personas más importantes:*

*A Dios por darme la fortaleza que necesito para vivir y sacar adelante todos los proyectos, por ser mi fuerza y mi protección.*

*A toda mi familia por creer en mí, en mis capacidades y ser el apoyo incondicional, convirtiéndose en la voz de aliento en mi interior, llenándome de alegría y motivación para cumplir mis metas.*

*En especial a mi mamita, a esa mujer maravillosa, que es mi ejemplo de vida, quiero agradecerle por sus oraciones, por sus consejos, por su apoyo, por su amor, depositando en mí toda su confianza, por ser la razón que guía mi ser por el camino de la felicidad y el éxito, que ha hecho con sacrificio la construcción de mis sueños. A mi padre (Q.E.P.D), quien desde el cielo me ha brindado su compañía y ha guiado mí proceder y sé que desde donde esté comparte mi felicidad y se siente muy orgulloso de lo que he logrado.*

*A mis hermanos por su apoyo incondicional, por aguantarme, quererme y ser siempre un ejemplo para mí.*

*A mi novio el mejor regalo de amor que he podido tener, mi confidente, quien paso a paso recorrió junto a mí este camino, desde el primer instante hasta el final, brindándome siempre su compañía, amor y apoyo.*

*A todos los profesores por sus conocimientos, permitido mi desarrollo profesional; a mis amigas Edna y Alejandra, por ser parte de la realización de este logro, por su paciencia, alegría y de las cuales aprendí que la amistad es un gran tesoro y me siento muy afortunada de haberlas conocido y que haga parte de mi vida. Gracias!!*

**MAYRA ALEJANDRA**

*A Dios, por haberme dado salud y fortaleza para llegar hasta este punto y lograr mis objetivos.*

*A mi madre, por sus consejos, apoyo, motivación constante y sobretodo su amor incondicional.*

*A mi padre, por ser ejemplo de perseverancia, por el valor infundado en mí para ser mejor cada día y por su amor.*

*A mis hermanos, por su comprensión y cariño verdadero.*

*A mis amigas Edna y Alejandra, por ser mis acompañantes durante este viaje.*

*Finalmente, a mi abuela, mi mayor fuente de inspiración para este proyecto.*

*A ustedes que nunca dudaron de este triunfo...*

*María Alejandra*

## **AGRADECIMIENTOS**

Las autoras presentan sus agradecimientos a todas aquellas personas que nos apoyaron y permitieron que este proyecto se hiciera realidad, en especial a los cuidadores porque sin su ayuda no hubiera sido posible.

La Docente Ángela Magnolia Ríos Gallardo, nuestra asesora de proyecto de grado, por su acompañamiento durante el desarrollo de la investigación.

Al personal administrativo del E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y el grupo de investigación Dneuropsypor brindar sus instalaciones y facilitar la información necesaria para la realización de esta investigación

Por último pero no menos importante, al docente Fabio Salazar por su colaboración, paciencia y acertada orientación.

MUCHAS GRACIAS...

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
PRESENTACIÓN	17
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
2. OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GENERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3. JUSTIFICACIÓN	24
4. ANTECEDENTES	26
5. MARCO TEÓRICO	30
5.1 CLASIFICACIÓN DE LAS DEMENCIAS	30
5.1.1 La demencia cortical	30
5.1.2 La demencia subcortical	31
5.1.3 Enfermedad de Alzheimer	31
5.1.3.1 Alteraciones cognitivas	33
5.1.3.2 Alteraciones comportamentales	34
5.2 EL CUIDADOR DEL PACIENTE CON DEMENCIA	35
5.2.1 Los cuidados y el paciente con demencia	37
5.2.2 Burn-out o síndrome del cuidador quemado	37
5.2.3 Problemas especiales de los cuidadores	38
5.3 LA FAMILIA Y EL CUIDADOR PRIMARIO	40
5.3.1 La problemática de la familia cuidadora	42
5.3.2 Relaciones familiares en cuidadores de pacientes con demencia	43
5.4 ALTERACIONES EMOCIONALES DEL CUIDADOR DEL PACIENTE CON DEMENCIA	47
5.4.1 Emociones	47
5.5 ANSIEDAD	48

	<b>Pág.</b>	
5.6	DEPRESIÓN	50
6.	ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN	53
6.1	TIPO DE ENFOQUE	53
6.2	TIPO DE DISEÑO	54
6.3	PROCEDIMIENTO	55
6.3.1	Fases	55
6.4	POBLACIÓN Y MUESTRA	56
6.4.1	Población	56
6.4.1.1	Criterios de inclusión	57
6.4.1.2	Criterios de exclusión	57
6.4.2	Muestra y tipo de muestreo	58
6.4.2.1	Elección de la muestra	58
7.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	60
7.1	INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK	60
7.1.1	Fiabilidad	61
7.1.2	Validez	61
7.2	INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK	62
7.2.1	Fiabilidad	62
7.2.2	Validez	63
8.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	64
9.	ASPECTOS ÉTICOS	68
10.	RESULTADOS	70
10.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN	70
10.2	NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN QUE PRESENTAN LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON DEMENCIA	80
10.3	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS	82
10.4	CORRELACIONES	83
10.5	KRUSKAL WALLIS CONTRASTE ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	84
11.	DISCUSIÓN	90

	<b>Pág.</b>
12. CONCLUSIONES	98
13. RECOMENDACIONES	100
BIBLIOGRAFÍA	101
ANEXOS	110

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Operacionalización de variables	64
Tabla 2. Estadísticos descriptivos	82
Tabla 3. Correlaciones entre variables ansiedad-depresión-edad del cuidador	83
Tabla 4. Kruskalwallis ansiedad-depresión por género	84
Tabla 5. Kruskalwallis ansiedad-depresión por escolaridad	85
Tabla 6. Kruskalwallis ansiedad-depresión por estado civil	86
Tabla 7. Kruskalwallis ansiedad-depresión por estrato socioeconómico	87
Tabla 8. Kruskalwallis ansiedad-depresión por ocupación	88
Tabla 9. Kruskalwallis ansiedad-depresión por parentesco	89

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Distribución porcentual según el género	70
Figura 2. Distribución de frecuencia según edad del cuidador respecto al género	71
Figura 3. Distribución de frecuencia según escolaridad	71
Figura 4. Distribución porcentual según estado civil	72
Figura 5. Distribución de frecuencia según el estrato socioeconómico	73
Figura 6. Distribución porcentual según la ocupación	73
Figura 7. Distribución de frecuencia edad pacientes	74
Figura 8. Distribución porcentual según motivo del cuidado	75
Figura 9. Distribución de frecuencia según tiempo de cuidado	75
Figura 10. Distribución de frecuencia según horas al día empleadas al cuidado	76
Figura 11. Distribución porcentual según parentesco con el paciente	77
Figura 12. Distribución de frecuencia según cambios a nivel cognitivo, afectivo y comportamental asociados al cuidado.	77
Figura 13. Distribución de frecuencia según cambios en el estado de salud asociados al cuidado	78
Figura 14. Distribución porcentual respecto a sentimiento de rabia asociado al cuidado	79
Figura 15. Distribución de frecuencia según intensidad síntomas de ansiedad	80
Figura 16. Distribución de frecuencia según intensidad síntomas de depresión	81

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
ANEXO A. Consentimiento informado	110
ANEXO B. Entrevista semiestructurada de los cuidadores	111
ANEXO C. Inventario de ansiedad Beck	113
ANEXO D. Inventario de depresión de Beck	114

## RESUMEN

El cuidado del paciente con demencia es una actividad que involucra de forma determinante a todos los miembros de la familia, pero especialmente a un cuidador designado, quien le dedica mayor tiempo y tiene sobre sí la mayor carga de responsabilidad.

El objetivo principal de esta investigación, fue determinar las manifestaciones sintomáticas de la depresión y la ansiedad presentada en cuidadores primarios de pacientes con demencia; de la ciudad de Neiva, y analizar las relaciones existentes entre dichas variables.

La muestra estuvo compuesta por 40 cuidadores, obtenida a partir de la revisión de historias clínicas del Hospital universitario de Neiva y el grupo de investigación Dneuropsy, se utilizó: Una guía de entrevista semiestructurada y los inventarios de depresión y ansiedad de Beck; y para el análisis de resultados a nivel estadístico se usó el software SPSS 15.0.

Los resultados obtenidos demuestran una frecuencia importante de aparición de los síntomas depresivos y ansiosos en cuidadores familiares de pacientes con demencia de Neiva.

Palabras clave: Cuidador, demencia, depresión, ansiedad.

## **ABSTRACT**

The care of patients with dementia is an activity that involves a determinant for all family members, but especially to a designated caregiver who devotes more time and bears the greatest burden of responsibility.

The main objective of this research was to determine the symptomatic manifestations of depression and anxiety presented in primary caregivers of patients with dementia in Neiva city, and analyze the relationships between these variables.

The sample consists of 40 caregivers, obtained from a review of medical records at University Hospital of Neiva and Dneuropsy research group was used: A semistructured interview guide and depression and anxiety inventory from Beck, and for the statistical analysis results we used the SPSS 15.0 software.

The results obtained show a frequency of occurrence of depressive and anxious symptoms in family caregivers of patients with dementia of Neiva.

Keywords: caregiver, dementia, depression, anxiety.

## PRESENTACIÓN

Esta investigación fue desarrollada bajo el enfoque metodológico cuantitativo, con un diseño descriptivo correlacional de corte transversal. Se describió las características sociodemográficas y los síntomas depresivos y ansiosos que se manifiestan en los cuidadores familiares de pacientes con demencia de la ciudad de Neiva; además de correlacionar las dos variables principales con algunos aspectos sociodemográficos.

Existen diversas investigaciones basadas en las alteraciones emocionales que genera cuidar a una persona con demencia, éstas evidencian el malestar psicológico que aparece en el cuidador primario asociado a las condiciones del cuidado. Por tal motivo y considerando que la enfermedad es un asunto de la familia, en su conjunto, y todos tienen su papel y responsabilidad en el cuidado de su familiar enfermo, sería óptimo que existiese entre los familiares una comunicación abierta, con el propósito de que cada miembro de la familia asuma de igual manera las respectivas tareas de cuidado y, de esta forma asegurar que el peso de dicha labor no recaiga sobre un solo cuidador, el “cuidador principal”, que generalmente suele asumir toda la responsabilidad de cuidado<sup>1</sup>.

La labor de cuidar de un paciente con demencia es una actividad que envuelve a todos los miembros de la familia, pero generalmente es una persona la encargada de dedicar gran parte del tiempo y llevar consigo la mayor carga de responsabilidad. Por tal motivo, se vio necesario e indispensable realizar un estudio cuyo objetivo principal es determinar las manifestaciones sintomáticas de la depresión y la ansiedad que se presentan en los cuidadores primarios de pacientes con demencia; de la ciudad de Neiva. De aquí la importancia de centrarse en la situación que empieza a vivir este individuo desde el primer momento que asume el rol de cuidador.

El incremento del diagnóstico de personas con algún tipo de demencia, especialmente en la ciudad, motivó la selección de la población con el fin de resolver algunos interrogantes al respecto. Para efectos del presente estudio, se

---

<sup>1</sup>ROING, Vicenta. ABENGÓZAR, Carmen Y SERRA Emilia. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. En: Anales de psicología. [En línea]. Vol. 14 No. (1998). [Consultado 28. May. 2012]. Disponible en <[http://www.um.es/analesps/v14/v14\\_2/08-14-2.pdf](http://www.um.es/analesps/v14/v14_2/08-14-2.pdf)>

seleccionó la muestra por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia, compuesta por 40 cuidadores informales primarios de pacientes con demencia atendidos en el Hospital universitario de Neiva y en el grupo de investigación Dneuropsy, teniendo en cuenta los criterios de inclusión específicos del estudio.

Para dar cumplimiento con los objetivos propuestos en esta investigación, los cuales se centran en determinar las manifestaciones sintomáticas de la depresión y la ansiedad así como describir los aspectos sociodemográficos que se presenta en los cuidadores primarios de pacientes con demencia, se hizo uso de herramientas de medición estandarizadas como los cuestionarios de Ansiedad y Depresión de Beck y además una encuesta sociodemográfica con algunos datos de identificación del cuidador, e igualmente algunas características generales del cuidado como instrumento anexo.

Los resultados obtenidos en la investigación muestran una presencia específica tanto de síntomas depresivos como ansiosos en los cuidadores familiares de pacientes con demencia, con una relación altamente significativa entre sí; además algunas características sociodemográficas como la edad, escolaridad, el parentesco, la ocupación, y el estrato se relacionan con la sintomatología estudiada.

A partir de este estudio se podrá enfatizar en la importancia que tiene la atención del cuidador de pacientes con demencia, en cuanto a la promoción de actividades adecuadas con el fin de evitar problemas de salud física y mental de los cuidadores informales primarios de dichos pacientes y por ende mejorar su calidad de vida. De la misma forma, abre las puertas para nuevas investigaciones sobre cuidadores, por esta razón, es evidente que su relevancia permite soportar teóricamente investigaciones venideras enfocadas en dicha problemática.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es evidente que con el paso de los años la sociedad en general ha sido testigo de cómo la demencia se ha convertido en el síndrome característico de los adultos mayores dado su incidencia a nivel mundial, es decir, está asociada con la edad especialmente en la franja poblacional de los 60 años en adelante. En esta etapa del ciclo vital, los trastornos cognitivos relacionados con la edad avanzada cobran relevancia, como es el caso de la demencia, entendida ésta como un síndrome clínico que se caracteriza por tener un inicio insidioso con trastornos cognoscitivos y de comportamiento, y deterioro progresivo que eventualmente interfiere con las actividades de la vida diaria que son apropiadas para la edad del paciente<sup>2</sup>. Al llegar a este punto del deterioro funcional, es de vital importancia que el paciente cuente con los cuidados necesarios para mejorar las condiciones de vida y éstos, en su mayoría, son proporcionados por un familiar o pariente que se hace responsable de dichas labores.

Por esta razón, se debe tener en cuenta que la demencia tiene un curso progresivo que varía de una persona a otra, dependiendo de la etapa y su clasificación. Puede decirse que los síntomas se hacen más evidentes a medida que transcurre el tiempo, interfiriendo con ello, en las actividades diarias del paciente como sus labores en el hogar, el trabajo y la socialización. Asimismo, la pérdida de autonomía que surge en estas personas, llega a convertirse en un verdadero problema y por esta razón requiere cuidado permanente.

En este sentido conviene decir que “uno de los aspectos más relevantes de este padecimiento es que no solo afecta a la persona que la sufre sino también a su familia y especialmente a su cuidador por lo que se forma un lazo de dependencia entre los mismos y debido a esto las repercusiones a nivel físico, emocional y psicológico que se producen pueden llegar a afectarlo significativamente”<sup>3</sup>.

En muchas ocasiones al tratar de establecer una definición del cuidador de personas con demencia, resulta ser una búsqueda casi tediosa, en relación a que

---

<sup>2</sup>MESULAM, M. Alzheimer Disease and Dementia: Clinical Neurobiological Perspectives. ARANGO, J. FERNÁNDEZ, S. ARDILA, A. En: Las demencias, aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento: demencias, conceptos, criterios diagnósticos y clasificación. Ed. El manual moderno. 2003. p. 16.

<sup>3</sup> ROING, María Vicenta, ABENGÓZAR, María Carmen y SERRA, Emilia. Op.cit., p. 2-3

ella abarca diferentes aspectos, pero entre lo más cercano al objetivo, se puede decir, que “el cuidado de estos pacientes es generalmente dejado a cargo del cónyuge, de los hijos y en especial, si ellos son mujeres<sup>4</sup>”. Asimismo, dicho cuidador debe emplear gran parte del día en el desarrollo de las labores y la mayoría de las veces no es remunerada económicamente. Por eso, se cree que ésta persona es el principal responsable de asumir el cuidado del paciente, por lo que es considerado en la presente investigación como una segunda víctima del padecimiento, ya que “desarrolla una serie de síntomas emocionales debido a las exigencias que genera el cuidado del paciente. Esta labor puede afectar notoriamente el desempeño de sus tareas y especialmente su bienestar personal. En consecuencia, no son concientes de esto, pues se encuentran inmersos en lo que ellos identifican como los deberes del cuidador olvidándose así, de vivir su propia vida”<sup>5</sup>.

Es necesario comprender que los casos de demencia a nivel mundial van en aumento, hasta el punto de considerarse como un problema de salud pública. Por tal motivo se ha tenido en cuenta la prevalencia global de la demencia, en la cual “se estima que unos 26.4 millones de personas en el mundo padecen de esta condición médica y la incidencia está dada por la aparición de 4.6 millones de casos de demencia al año”<sup>6</sup>. Por otro lado, se tiene conocimiento que “En Colombia el 2% de la población mayor de 65 años sufre de demencia”<sup>7</sup>. Al tratar de relacionar las estadísticas y datos epidemiológicos, en Neiva, se dice que hasta “el periodo 2003 a 2005 la prevalencia de casos de demencia global era de un 23.6%”<sup>8</sup>. Esta alta tasa de incidencia hace de este fenómeno un tema de gran preocupación para los profesionales de la psicología, dado el poco conocimiento que se tiene en torno a esta problemática, pues si bien se ha trabajado sobre

---

<sup>4</sup> PEREDA, C; ACTIS, W Y PRADA, M. Cuidadores de personas mayores. Perspectiva del apoyo informal en España.

<sup>5</sup> RÍOS GALLARDO, Ángela Magnolia. Epidemiología en Demencias; Revisión Bibliográfica. Universidad Surcolombiana. Grupo de Investigación DNEUROPSY. Colombia: Neiva. 2008.

<sup>6</sup> GOODING et al 2006. Prevalencia de las Demencias en la Población Mayor de 60 Años en el Municipio de Neiva. 2003-2005.

<sup>7</sup> LOPERA, Francisco. Citado por: LA NACIÓN. Alzheimer tendría cura y sería colombiana. Colombia: Neiva, 2012. Disponible en: <<http://www.lanacion.com.co/2012/06/05/alzheimer-tendria-cura-y-seria-colombiana/>>

<sup>8</sup> Ibid

datos epidemiológicos, no se ha abordado el tema de los cuidadores de estos pacientes.

Asistir a un familiar con demencia plantea una serie de desafíos importantes a sus cuidadores, muchos de los cuales, experimentan un grado de estrés y de carga emocional que afecta a su salud física y mental. Tal afectación es tan grande que incluso puede deteriorar su capacidad para proporcionar el cuidado de una forma adecuada. Se cree que, cuando un integrante de la familia padece de alguna demencia, todos los restantes miembros de ésta van a tener que aportar algo de su vida personal en alguna medida. Es por tal motivo que, conviene valorar la situación dada en torno a la problemática desde la perspectiva de cada familia, dado que, “cada día trae nuevos desafíos, porque la persona encargada de proporcionar los cuidados tiene que enfrentarse a los cambios en el nivel de capacidad y a los nuevos patrones de conducta de la persona que está atravesando por algún tipo de deterioro en sus funciones a causa de una demencia”<sup>9</sup>.

Con respecto a las alteraciones a nivel emocional que sufre el cuidador de pacientes con demencia, se puede inferir que esta es la esfera que se ve más afectada, por lo cual, es en este punto que se ha centrado el trabajo de investigación. Las afectaciones más frecuentes que se manifiestan en el cuidador, son entre otras, “El estrés psicológico que surge cuando una persona, en la interacción con su entorno, percibe una discrepancia o desequilibrio (real o no) entre las demandas de una situación y los recursos que posee para hacer frente a ellas”<sup>10</sup>. Ésta realidad es evidente específicamente cuando los pacientes se encuentran en los últimos estadios de la enfermedad pues ya no se valen por sí mismos y su cuidador familiar es quien tiene que desgastarse física, emocional y psicológicamente ideando toda la serie de planes y acciones que tiene que emprender diariamente para que el paciente a pesar de padecer de demencia, tenga la posibilidad de llevar una mejor vida. En cierto modo, la persona que toma las riendas del cuidado de su familiar deja de pensar en su vida para preocuparse por la de otra persona que lo necesita, por lo que de alguna manera estaría aplazando sus proyectos indefinidamente o quizás para siempre.

---

<sup>9</sup> INSTITUTO NACIONAL PARA EL ENVEJECIMIENTO. Guía para quienes cuidan a personas con Alzheimer. [en línea] (2010) Disponible en <http://www.nia.nih.gov/Espanol/Publicaciones/GuiaCuidar/>

<sup>10</sup>ARANGO, J; FERNÁNDEZ, S. Y ARDILA, A. Op. Cit., 2003. p. 435.

Por todo lo manifestado, entre las muchas definiciones que se le ha otorgado al término cuidador principal y para los intereses del trabajo de investigación, se puede coincidir con Dwyer, Lee y Jankowski cuando definen a éste tipo de personas como “aquellos individuos que dedican la mayor parte del tiempo medido en número de horas al día, al cuidado de dicho enfermo”<sup>11</sup>. Es precisamente a partir de este supuesto que surgió la siguiente pregunta con miras al desarrollo del proyecto, **¿Cuáles son los síntomas ansiosos y depresivos, que se manifiestan en los cuidadores primarios de pacientes con demencia; de la ciudad de Neiva?**

---

<sup>11</sup> LEE, Dwyer y Jankowski (1994). En: La sobrecarga en los Cuidadores Principales de Enfermos de Alzheimer. Servicio de publicaciones de la universidad de Murcia, España. Vol 14, N° 2 1998.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar las manifestaciones sintomáticas de la depresión y la ansiedad que se presentan en los cuidadores primarios de pacientes con demencia; de la ciudad de Neiva.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

\*Describir los aspectos sociodemográficos de los cuidadores primarios de pacientes con demencia.

\*Identificar los síntomas ansiosos que presentan los cuidadores primarios de pacientes con demencia, asociados al cuidado.

\*Identificar los síntomas depresivos presentados por los cuidadores primarios de pacientes con demencia, asociados al cuidado.

\*Comparar los síntomas ansiosos y depresivos con respecto a las características sociodemográficas del cuidador.

\*Establecer la percepción que tienen los cuidadores con respecto a las características generales del cuidado.

### 3. JUSTIFICACIÓN

Gracias a la revisión de literatura que se realizó acerca de los cuidadores de pacientes con demencia a nivel internacional, nacional y regional se encontraron algunos aportes teóricos de investigaciones realizadas que dieron un valioso soporte al interés investigativo.

Es indispensable tener en cuenta que éste estudio es muy importante debido al vacío que existe en lo que tiene que ver con los cuidadores, ya que en la mayoría de los casos se le da prioridad al paciente por lo que se deja de lado el estado físico y emocional del cuidador que también se ve afectado por la responsabilidad que genera hacerse cargo de estas personas pues requieren de mucha atención y cuidados especiales.

El interés en este proyecto surgió de la necesidad existente de enfocarse en los cuidadores directos del paciente, es decir, aquellos que conviven la mayor parte del día con ellos y en muchas ocasiones terminan siendo miembros de la familia o parientes cercanos.

Uno de los aportes de la investigación está en lo que tiene que ver con los proyectos e investigaciones futuras que se puedan relacionar de manera directa o indirecta con el tema abordado, en este caso los cuidadores de pacientes con demencia, ya que sirve como soporte, pues la carga física, emocional y psicológica no solo aparece en personas que tienen bajo su responsabilidad pacientes con esta enfermedad neurodegenerativa, sino que existen muchas otras que requieren de la presencia de un cuidador permanente para ejecutar estrategias que permitan mejorar su calidad de vida.

Por otro lado, en el ámbito psicológico, esta investigación puede contribuir a la obtención de nuevos conocimientos sobre cuidadores, así como datos enfatizados en la caracterización de los síntomas emocionales entre los que se encuentran los rasgos depresivos y ansiosos, debido a que son temas altamente abordados por la psicología, así como la repercusión que tienen estos sobre su vida y las relaciones interpersonales.

Por último pero no menos importante es que ésta investigación amerita la indagación realizada, debido a que se han generado muchas investigaciones acerca de la enfermedad como tal pero en algunas se ha relegado el papel del

cuidador, restándole importancia; es por eso que identificar con claridad los síntomas mencionados anteriormente permitirá darle un lugar a los cuidadores dentro del tratamiento que se realice con estos pacientes y los datos obtenidos en la misma serán relevantes para el personal de salud encargado del manejo de pacientes con demencia, ya que se necesita un trabajo multidisciplinario conformado por profesionales como médicos, neurólogos, psicólogos, enfermeros entre otros, para que implementen en sus planes de tratamiento estrategias enfocadas no solo en el mejoramiento de los síntomas físicos sino también en los psicológicos y sociales, a nivel individual y familiar para sobrellevar la enfermedad de manera integral sin dejar pasar por alto aspectos relevantes.

Es así como la realización de este estudio fue motivada por la escasa información encontrada sobre el tema a nivel del Huila, además el hecho de tener la oportunidad de ser testigos del padecimiento y la carga emocional que tienen aquellos cuidadores directos como lo son los familiares de pacientes con demencia, cuyas repercusiones han sido tomadas en cuenta, por lo cual surge el interés profesional de indagar más a fondo sobre dicha problemática que cada día se vuelve más común en la sociedad. Por esto, es importante que los profesionales de psicología estén en contacto permanente con esta clase de información tan útil que permitirá detectar y por ende tener un mejor manejo hacia los cuidadores por medio de la identificación de los diferentes síntomas depresivos y ansiosos implicados en el asunto.

#### 4. ANTECEDENTES

Las investigaciones realizadas acerca de cuidadores en Colombia se han centrado principalmente en pacientes con enfermedades como Alzheimer, Esquizofrenia y Cáncer, especialmente en áreas como la enfermería, medicina y en menor grado psicología.

Entre los estudios encontrados a nivel internacional está el realizado en España en donde la psicología tiene un lugar importante, por lo cual, los estudios acerca de cuidadores ha sido trabajado ampliamente y estos son algunas de las investigaciones:

Se destaca la investigación realizada en la universidad de Salamanca denominada "*El cuidador primario de familiares con dependencia: calidad de vida, apoyo social y salud mental*"<sup>12</sup> el cual aporta información valiosa en la medida en que describe las características del cuidado informal de los ancianos y la relación de dependencia que se genera por la misma condición.

En el año 2002 la universidad de Alicante realizó un estudio llamado "*Familia y cuidados de salud. Calidad de vida en cuidadores y repercusiones sociofamiliares de la dependencia*"<sup>13</sup>, dirigido por María Victoria Delicado Useros. Enfocado en las diferentes perspectivas que existen acerca del cuidado informal de la salud en donde expone la importancia que tiene el apoyo económico y social que aporta la familia en situaciones de carencia que se presentan y concluyó que son en mayor medida las mujeres quienes se encargan de asumir la responsabilidad de cuidar a sus familiares cuando se encuentran en situación de enfermedad. Uno de los objetivos de la investigación era describir las características sociodemográficas de los cuidadores y del entorno familiar de pacientes cuya enfermedad los deja confinados en sus hogares.

Por otro lado, se realizó el hallazgo de un valioso estudio en México, de la Universidad Nacional Autónoma titulado "*Estudio de red personal en cuidadores*

---

<sup>12</sup> PÉREZ, A. El cuidador primario de familiares con dependencia: calidad de vida, apoyo social y salud mental. Universidad de Salamanca. España. 2006. Disponible en: <<http://www.laalamedilla.org/Investigacion/CD%20Tesis/Tesis%20Anibal/tesina%20cuidadores06.pdf>>. consultado [30 de Noviembre 2010].

<sup>13</sup> DELICADO, V. Familia Y Cuidados De Salud. Calidad De Vida En Cuidadores Y Repercusiones Sociofamiliares De La Dependencia: Ediciones Universidad de Alicante. Facultad de Psicología. Consultado el [3 de febrero de 2010]. Disponible en: <[www.imsermayores.csic.es/SENIOR/BASIS/Senior/Web/docu](http://www.imsermayores.csic.es/SENIOR/BASIS/Senior/Web/docu)>.

*de pacientes con Alzheimer*” en donde el objetivo era estudiar la red social del cuidador principal del enfermo de Alzheimer para generar alternativas de acción enfocadas a su reconstrucción, fortalecimiento y ampliación.<sup>14</sup>

A su vez se encontró el estudio denominado “Variables asociados con ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes con enfermedades neurodegenerativas” realizado en México por Rodríguez Agudelo y colaboradores, en donde se concluyó que el género, escolaridad y parentesco parecen ser variables relacionadas con niveles de ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes con enfermedades neurodegenerativas<sup>15</sup>.

A nivel nacional se resalta la monografía hecha por la profesora Natividad Pinto Afanador, y Cols; en la Universidad Nacional en el año 2002 titulada “*El reto de los cuidadores: familiares de personas en situación crónica de enfermedad*”<sup>16</sup> en la cual describen los roles que deben asumir los familiares como cuidadores y dan una serie de pautas que indican los cuidados que se deben tener en cuenta con el paciente y con su cuidador.

Otra de las investigaciones encontradas es el estudio realizado por Carmen de la Cuesta Benjumea, en la facultad de enfermería de la universidad de Antioquia (Medellín-Colombia) llamado “*Cuidado Artesanal*”<sup>17</sup> el cual permite tener una nueva perspectiva acerca del cuidado de los pacientes con demencia y todas sus implicaciones. El estudio fue llevado a cabo en la Universidad de Antioquia y consistió en 22 entrevistas a 18 cuidadores familiares y 23 horas de observación participante en grupos de apoyo y domicilios de familiares. Se determinó, que el cuidado se hace empíricamente, y los cuidadores familiares artesanalmente logran el cuidado, por lo cual la investigadora concluye que el cuidado es artesanal, porque “lo hacen con las manos, lo crean cada día, está impregnado de

---

<sup>14</sup> TERAN, M. Estudio de red personal en cuidadores de pacientes con Alzheimer. Universidad Nacional Autónoma de México. Consultado [26 de Noviembre 2010]. Disponible en:< <http://revista-redes.rediris.es/webredes/vmesahispana/apoyo.pdf>>.

<sup>15</sup> RODRIGUEZ, Agudelo et al. Variables asociadas con depresión y ansiedad en cuidadores de pacientes con enfermedades neurodegenerativas. [en línea] Vol. 15, No. 1: 25-30; 2010. Consultado [30 mayo de 2012]. Disponible en: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2010/ane101f.pdf>>

<sup>16</sup> AFANADOR, Natividad. El Reto De Los Cuidadores: Familiares De Personas En Situación Crónica De Enfermedad. Consultado [26 de Noviembre 2010], Disponible en: <[www.enfermeria.unal.edu](http://www.enfermeria.unal.edu)>

<sup>17</sup> DE LA CUESTA, Carmen; Cuidado artesanal; Universidad de Antioquia. Colombia: Medellín. 2003.

inteligencia e ingenio, con el se preserva la vida y la dignidad de sus familiares enfermos”.

También, se halló un estudio realizado en el año 2004 por la estudiante Margarita María Gómez Gómez titulado *“Impacto en la biografía de los cuidadores de pacientes con demencia”*<sup>18</sup> en la facultad de enfermería de la Universidad de Antioquia, dentro de sus objetivos estaba describir y analizar el impacto que deja la demencia especialmente en la fase final considerada la más crítica en la biografía del cuidador principal. El estudio tuvo un corte cualitativo que pretendía comprender el significado que tiene para los cuidadores la responsabilidad de hacerse cargo de un paciente con demencia por medio del análisis de aquellas situaciones que le permitían tener control sobre sus vidas o por lo contrario perderlo entre otros aspectos importantes.

Dentro la revisión bibliográfica es de gran valor, tener en cuenta los estudios realizados a nivel regional, ya que estos dan una aproximación al panorama investigativo, por esta razón, hay que destacar la investigación realizada sobre cuidadores, en la Universidad Surcolombiana, facultad de salud llamada *“Características sociodemográficas, síntomas depresivos y ansiosos en los cuidadores familiares de pacientes oncológicos; ubicados en la unidad de cancerología de la E. S. E. hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva”*. A partir de este estudio realizado se pudo identificar que existen síntomas depresivos y ansiosos significativos en los cuidadores de pacientes oncológicos, al igual que el que el 77% de estos cuidadores son de género femenino, mientras que el 23% lo son del masculino. Además las mujeres presentan una asociación estadísticamente significativa con la aparición de dichos síntomas, en donde gracias a los resultados logrados en este estudio se proporciona la base teórica para diseñar e implementar estrategias psicoterapéuticas<sup>19</sup>.

La investigación realizada por estudiantes de psicología en el año 2006 llamada *“Funcionamiento familiar en pacientes con demencia tipo Alzheimer de la ciudad*

---

<sup>18</sup> GOMEZ, Margarita. Impacto en la biografía de los cuidadores de pacientes con demencia. Universidad De Antioquia. Enfermería. 2004.

<sup>19</sup> VALLEJO, G Y RONCANCIO, V. Características sociodemográficas, síntomas depresivos y ansiosos en los cuidadores familiares de pacientes oncológicos; ubicados en la unidad de cancerología de la E. S. E. hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. Universidad Surcolombiana: Psicología. Colombia. 2006.

de Neiva”<sup>20</sup>. Se puede incluir dentro de los antecedentes debido a la relación que tiene con el tema por el hecho de enfocarse en los familiares que como se ha dicho anteriormente, son los que se convierten en los cuidadores de pacientes con demencia. Entre los resultados obtenidos se encontró que existe un funcionamiento familiar adecuado con el paciente especialmente en la etapa leve o moderada.

En el 2009 en la universidad Surcolombiana, en la facultad de salud, programa de psicología se llevo a cabo un estudio sobre la “*Relación de las variables ansiedad y depresión con la calidad de vida en pacientes con tratamiento para cáncer gástrico de la unidad de cancerología de Neiva 2007-2008*”<sup>21</sup>. Su propósito era determinar la relación de la ansiedad y la depresión con la calidad de vida de estos pacientes, lo cual fue evaluado con la escala de Zung. Los resultados muestran que en la correlación de Pearson, la depresión no afecta la calidad de vida de pacientes con cáncer gástrico, a diferencia de las variables ansiedad que presentó relaciones significativas con cada una de las dimensiones de la calidad de vida; lo que quiere decir que a mayor ansiedad menor calidad de vida.

Finalmente cabe destacar el estudio realizado en el año 2010, titulado “*Sobrecarga, depresión y ansiedad en cuidadores informales primarios de pacientes con trastorno Bipolar*”<sup>22</sup>, en la universidad Surcolombiana del programa de Psicología, en donde su objetivo era medir los niveles de sobrecarga, depresión y ansiedad de 50 cuidadores informales primarios de pacientes con TAB de la ciudad de Neiva, en donde se concluye que los cuidadores presentan síntomas afectivos relacionados a la percepción de carga del cuidador de pacientes bipolares así como se pudo identificar que existe relación entre la percepción de sobrecarga y los síntomas de depresión y ansiedad en los cuidadores de pacientes con TAB.

---

<sup>20</sup> SAENZ, J Y USECHE, S. Funcionamiento familiar en pacientes con demencia tipo Alzheimer de la ciudad de Neiva. Universidad Surcolombiana: Psicología. Colombia. 2006.

<sup>21</sup>ARTUNDUAGA. A, BUSTOS. E y HERNÁNDEZ. I. Relación de las variables ansiedad y depresión con la calidad de vida en pacientes con tratamiento para cáncer gástrico de la unidad de cancerología de Neiva 2007-2008. Universidad surcolombiana: Psicología. Colombia. 2009.

<sup>22</sup>SOTO, Oscar y GARCIA, Lorena. Sobrecarga, depresión y ansiedad en cuidadores informales primarios de pacientes con trastorno Bipolar. Universidad Surcolombiana: Psicología. Colombia. 2010.

## 5. MARCO TEÓRICO

Esta revisión de literatura se hizo con el fin de darle claridad y sentido al interés investigativo a través de definiciones, conceptos y proposiciones que así lo permitan por su coherencia y por la veracidad de la información, además de la relación directa que tiene con el tema desarrollado de manera integral por lo cual se hizo necesario sentar un precedente a nivel teórico.

Teniendo en cuenta la topografía lesional de las demencias se destacan tres de ellas para el interés de investigación: la demencia cortical y la demencia subcortical, al igual que la enfermedad de Alzheimer.

### 5.1 CLASIFICACIÓN DE LAS DEMENCIAS

**5.1.1 La demencia cortical.** “Se caracteriza por la afectación de funciones que dependen del procesado neocortical asociativo. Los síntomas indican déficit en el procesado sensorial cortical (inatención, agnosias, alucinaciones), en la organización superior motriz cortical (apraxias), en el procesado del lenguaje (afasias), en el almacenamiento de la información (amnesias) y en la integración global de la conducta final del sujeto al medio (alteración conductual).”<sup>23</sup>

La aparición progresiva de los síntomas mencionados anteriormente pueden evidenciar las discapacidades a las que se enfrenta el individuo que la padece así como las personas encargadas de su cuidado.

Se puede hablar de una división en dos zonas como: el córtex asociativo posterior y el córtex asociativo anterior. Adicionalmente, el córtex sensorial se encarga de enviar aferencias importantes hacia el sistema del córtex entorrinal-hipocampo para almacenamiento en la memoria, el cual es indispensable para fijar nuevos recuerdos. Las alteraciones en el córtex asociativo posterior producen la aparición de las afasias, apraxias y agnosias. Por otro lado, las alteraciones que se producen en el córtex asociativo anterior generan cambios evidentes en la conducta y en la personalidad previas al sujeto que padece la demencia.

---

<sup>23</sup> ALBERCA, R Y LÓPEZ-POUSA, S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 3 Ed. Madrid. España: Panamericana. 2002. p. 61

**5.1.2 La demencia subcortical.** “Designa el deterioro cognitivo que aparece en las enfermedades de las regiones subcorticales (estriado, tálamo, sustancia blanca subcortical, núcleos del tronco, cerebelo)”<sup>24</sup> Dentro de los síntomas característicos se encuentran la bradipsiquia, apatía, dismnesia, alteraciones frontales, trastornos motores marcados junto con ausencia de signos corticales. Asimismo, aparece una liberación afectiva que contienen episodios de llanto o de risa, entre otros. En lo que respecta a la pérdida de la memoria se considera que es tardía o moderada. Dentro de las enfermedades que se pueden asociar en este tipo de demencia son la enfermedad de Huntington, el Parkinson o la enfermedad de Binswanger.

**5.1.3 Enfermedad de Alzheimer.** Al principio, la EA fue considerada como una demencia presenil y, aunque su frecuencia fue baja durante la primera mitad del siglo XX, se ha convertido en las últimas décadas en uno de los problemas sanitarios más importantes debido a las repercusiones sociales y económicas que conlleva.<sup>25</sup> Por esta razón, se puede decir que dicha enfermedad se ha vuelto propia de la vejez, ya que a medida que transcurren los años la esperanza de vida es mucho mayor lo que disminuye la posibilidad de tener un envejecimiento adecuado y por el contrario se crean más complicaciones y discapacidades que hacen a los adultos mayores dependientes de otras personas para su cuidado. Asimismo, se debe entender que el desarrollo de la Demencia es progresivo y afecta a las personas que la padecen en grados diferentes, es decir, no todos los síntomas se expresan de igual forma sino que dependen de variables como la edad, el género, los estilos de vida, entre otros importantes.

Clínicamente, la EA se caracteriza por un inicio insidioso y un deterioro cognitivo y funcional progresivo así como por la aparición, en el transcurso de la enfermedad, de modificaciones en el estado de ánimo y de alteraciones psicóticas y de la conducta.<sup>26</sup> Esta enfermedad puede causar cambios en la personalidad del individuo así como grandes dificultades en lo que concierne a la realización de tareas cotidianas que antes no generaban inconvenientes e incapacidad para

---

<sup>24</sup> *Ibid.* p. 61

<sup>25</sup> ALBERCA, Roman y LOPEZ-POUSA, Secundino. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. 3 ed. Buenos Aires. Argentina: Panamericana, 2006. p. 147

<sup>26</sup> *Ibid.*

tomar decisiones. Todas estas manifestaciones dependen de la etapa en que se encuentre el paciente y como se dijo anteriormente hay variaciones considerables de una persona a otra; a medida que avanzan los estudios acerca de ésta condición y las estrategias de tratamiento para mejorar la calidad de vida, se ha podido establecer que luego del diagnóstico los pacientes pueden vivir muchos años hasta que finalmente mueren de alguna complicación.

La EA resulta lamentable para quien la padece así como para su núcleo familiar y social, es indiscutible los sentimientos de tristeza e impotencia que surgen a medida que la persona va perdiendo poco a poco la capacidad de recordar eventos, fechas, nombres y los rostros de sus seres queridos hasta no recordar sino uno que otro acontecimiento de su pasado y de forma incoherente, por lo cual, sería necesario un acompañamiento a los miembros de la familia para afrontar mejor esta nueva situación que se puede prolongar por varios años por lo que se considera que la labor del psicólogo es indispensable a nivel individual y social debido a que el diagnóstico de esta enfermedad puede producir cambios significativos a nivel psicológico sobre el paciente y su familia dependiendo de la cercanía y de los lazos afectivos que se mantengan lo que determina el impacto causado en cada uno de ellos.

La evidencia ha demostrado que la edad es un factor de riesgo para la presentación de la EA aunque no se tienen datos claros en edades avanzadas como las personas mayores de 90 años; también existe una incidencia mayor en mujeres que en hombres.<sup>27</sup> Estos aportes parecen ser consistentes, sin embargo, no se debe descartar la información que indica la aparición de la EA en edades tempranas y la influencia de los factores genéticos y ambientales.

Entre los factores de riesgo de la EA se han encontrado algunos no modificables como la edad avanzada, sexo femenino, el genotipo del gen de la ApoE, traumas cerebrales o historia familiar de demencia y otros modificables como los niveles elevado en plasma de homocisteína y factores genéticos como estilos de vida, actividad física y alimentación.<sup>28</sup> La psicología tiene mucho campo de acción especialmente en lo que tiene que ver con los estilos de vida ya que al ser modificables, se pueden implementar una serie de estrategias para concienciar a las personas a través de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad para que se conviertan en entes activos y comprendan los riesgos a los que se

---

<sup>27</sup> *Ibid.* p. 152

<sup>28</sup> *Ibid.* p. 176

encuentran expuestos como las posibles medidas preventivas que se pueden llevar a cabo no solo para la EA sino para todas las enfermedades que se vean determinadas también por factores psicosociales teniendo presente que aún se desconoce con exactitud la causa de esta y la posible cura. Asimismo, se debe tener en cuenta que este padecimiento esta caracterizado por una serie de alteraciones que se describirán a continuación:

**5.1.3.1 Alteraciones cognitivas.** La memoria, el lenguaje y la orientación, son los tres procesos psicológicos que se alteran precozmente.<sup>29</sup> En la mayoría de los casos se sabe que las personas se preocupan cuando empiezan a tener problemas con su memoria y presentan olvidos frecuentes que todavía no le impiden desarrollar sus actividades diarias con normalidad pero aparecen ciertas dificultades mantener las relaciones interpersonales o desenvolverse adecuadamente en el trabajo si lo tiene por lo que demanda un mayor esfuerzo a nivel cognitivo.<sup>30</sup> Algunos de los signos más notorios son el olvido de nombres, la pérdida de objetos, incumplir citas entre otros.

Otro de los aspectos característicos es la aparición de la afasia<sup>31</sup> considerada como una alteración en la capacidad para utilizar el lenguaje, es un déficit en la comunicación verbal, esto se refleja en la incapacidad que presenta el enfermo para hallar algunas palabras, continuar con una conversación, denominar objetos o nombrar personas. Estas dificultades hacen que las personas alrededor del paciente tengan que estar repitiendo continuamente las cosas para lograr una mejor comprensión generando un ambiente tenso y frustrante.

En cuanto a la desorientación temporal y espacial que es otro elemento esencial para el diagnóstico de la EA, se evidencian situaciones en las que se olvida el día en que viven y la desorientación espacial se debe en parte a una afectación que impide al paciente aprender nuevas rutas<sup>32</sup>. Los adultos mayores que sufren la EA muchas veces al salir a la calle se extravían olvidando su lugar de residencia, les

---

<sup>29</sup> *Ibíd.* p. 226

<sup>30</sup> *Ibíd.*

<sup>31</sup> BEIN Y OVCHAROVA. 1970. Citado por: ARDILA, Alfredo y ROSELLI, Mónica. Neuropsicología clínica, tomo I. Bogotá. Colombia: Prensa creativa. p. 95.

<sup>32</sup> ALBERCA Y LOPEZ-POUSA. Op cit. p. 228.

cuesta llegar de nuevo al hogar así como empiezan a confundir las horas del día por lo que es común que a la hora del almuerzo expresen ganas de irse a dormir porque según ellos ya es la hora de acostarse.

En general, las funciones ejecutivas están muy alteradas en la fase de demencia grave, de forma que la amnesia es total, la afasia es importante y la apraxia, agnosia y alteración ejecutiva evidentes, hasta el punto de que se ponen de manifiesto en una exploración rutinaria.<sup>33</sup> Después de que aparecen toda esta serie de manifestaciones, el detrimento es mayor y avanza a pasos más rápidos por lo cual se ven afectadas todas las dimensiones del individuo incapacitándolo hasta para las tareas más sencillas como lo es el vestirse, asearse, alimentarse y todo lo que tiene que ver con el autocuidado por lo cual se requiere de la ayuda de otros especialmente de sus familiares quienes permanecen más tiempo a su lado o finalmente conducen a la persona a un centro geriátrico para que allí se le preste la atención que se requiera.

### **5.1.3.2 Alteraciones comportamentales**

#### **Agitación, violencia y agresión**

Se considera como un estado importante de tensión, con ansiedad que se manifiesta a través de una gran actividad de movimientos y conductas molestas.<sup>34</sup> Esta condición resulta bastante peligrosa no solo porque el paciente puede llegar a autolesionarse sino también por el daño que pueda causar en el medio donde se encuentre así como a otras personas, especialmente las que se encuentren a su cargo. Sin embargo, se debe tener presente que el paciente no puede hacer nada al respecto debido a que la agitación es un síntoma comportamental propio de la enfermedad de Alzheimer. Dentro de los signos que pueden presentar las personas están la ansiedad, hiperactividad, cólera y confusión; lo que puede traer consigo gritos, golpes y discusiones. Por lo anterior, es de vital importancia que el cuidador primario e igualmente sus familiares se informen acerca del progreso de la enfermedad para que esta clase de síntomas no los tome por sorpresa y haya un mejor entendimiento de la misma y por ende de su familiar enfermo, ya que

---

<sup>33</sup> *Ibíd.* p. 228-229.

<sup>34</sup> PEÑA-CASANOVA, Jordi. Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer. Ed. Fundación "la caixa" Barcelona. España. 1999.

esta clase de eventos hacen que se generen molestias físicas y mentales a los involucrados.

## 5.2 EL CUIDADOR DE PACIENTE CON DEMENCIA

Los cuidadores en este caso principales son aquellas personas que asumen la mayor parte de responsabilidad en el cuidado del paciente con demencia, generalmente conlleva a una gran carga física y psíquica, se hace responsable de la vida del enfermo, no tiene tiempo para sí mismo y en muchos casos su proyecto de vida se ve paralizado durante algunos años<sup>35</sup>.

Algo importante que cabe destacar es que las labores del cuidado de personas enfermas no siempre provocan estados alterados del comportamiento, estado físico y emocional, al igual que no siempre todos los cuidadores experimentaran los sentimientos negativos que se asocian con dicho cuidado. De todos modos, al realizar un esfuerzo mayor por darle un mejor cuidado posible a un familiar o amigo, los cuidadores en muchas ocasiones sacrifican sus propias necesidades tanto físicas como emocionales. Además, las vivencias que se generan del cuidado pueden llevar a una situación límite, incluso a las personas más capaces. Los sentimientos resultantes tanto de ira, ansiedad, tristeza, aislamiento, agotamiento y también la sensación de culpa por albergados pueden ser una carga muy pesada.

En ese orden de ideas, el cuidador a quien le queremos dar la importancia que se merece por ser aquella persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo ya sea supervisándolo en su domicilio y en su vida diaria, lo que en muchas ocasiones le genera interrupción en su ritmo habitual, limitando su vida social y familiar, lo que con el tiempo trae repercusiones negativas en su salud.

---

<sup>35</sup> HERNÁNDEZ, S. Alzheimer un reto de presente y futuro: la problemática social y familiar de la enfermedad de Alzheimer, los cuidados con nombre de mujer. Asociación familiares enfermos Alzheimer a curuña (AFACO).

Disponible en: <[http://www.afaco.es/pdf/publicaciones/alzheimer\\_un\\_reto\\_presente\\_y\\_futuro.pdf](http://www.afaco.es/pdf/publicaciones/alzheimer_un_reto_presente_y_futuro.pdf)>  
Consultado: [04 de Diciembre 2010].

Todas las personas tienen en algún momento sentimientos negativos que surgen y desaparecen con el tiempo, esos sentimientos cobran una mayor intensidad cuando la persona asume la labor de cuidar a un enfermo, y hace que ellos se sientan totalmente fatigados, que lloren con frecuencia, que se altere su estado físico y/o comportamental o que se enojen fácilmente con su ser querido o con otras personas, estos efectos pueden ser una señal de advertencia de inestabilidad<sup>36</sup>

Según Astudillo y Mendinueta<sup>37</sup> todo cuidador tiene unos derechos:

\*El derecho a dedicar tiempo y actividades a nosotros mismos sin sentimientos de culpa.

\*El derecho a experimentar sentimientos negativos por ver al enfermo o estar perdiendo a un ser querido.

\*El derecho a resolver por nosotros mismos aquello que seamos capaces y el derecho a preguntar sobre aquello que no comprendamos.

\*El derecho a buscar soluciones que se ajusten razonablemente a nuestras necesidades y a las de nuestros seres queridos.

\*El derecho a ser tratados con respeto por aquellos a quienes solicitamos consejo y ayuda.

\*El derecho a cometer errores y ser disculpados por ello.

\*El derecho a ser reconocidos como miembros valiosos y fundamentales de nuestra familia, incluso cuando nuestros puntos de vista sean distintos.

\*El derecho a querernos a nosotros mismos y a admitir que hacemos lo que es humanamente posible.

\*El derecho a admitir y expresar sentimientos, tanto positivos como negativos.

\*El derecho a “decir no” ante demandas excesivas, inapropiadas o poco realistas.

\*El derecho a seguir la propia vida.

El cuidador familiar por lo general es quien suministra atención continua a un paciente con demencia, debido a la dependencia de este; pero al igual que el paciente esta persona en muchas ocasiones empiezan a desencadenar diferentes problemas a nivel tanto personal como familiar y social, por la sobrecarga que genera el cuidar de dicho paciente. Lo que se quiere resaltar con todo esto es la

---

<sup>36</sup> Disponible en: <<http://nccam.nih.gov> National Institute for Complementary and Alternative Medicine>. Consultado [04 de Diciembre del 2010].

<sup>37</sup> ASTUDILLO, W; MEDINUETA, C. Necesidades de los cuidadores del paciente crónico: derechos de los enfermos y cuidadores. P. 250. Disponible en: <[http://epssalud.com.ar/Pdfs/Paliativo\\_Astudillo\\_Necesidades\\_Cuidadores.pdf](http://epssalud.com.ar/Pdfs/Paliativo_Astudillo_Necesidades_Cuidadores.pdf)> Consultado: [05 de Diciembre 2010].

importancia que se les debe dar a estas personas ya que en ocasiones se deja de lado, dándole mayor relevancia al enfermo.

**5.2.1 Los cuidados y el paciente con demencia.** Existe una serie de factores que de una u otra manera pueden contribuir a alterar los estados emocionales además de los físicos y comportamentales en los cuidadores.

Son muchas las investigaciones que han comprobado que las personas que se dedican a cuidar a pacientes con demencia, en una etapa avanzada, tienen el doble de probabilidades de alterar los estados nombrados anteriormente, por ejemplo en el campo emocional tienden a deprimirse con más frecuencia que otras personas que no ocupan esta labor. “Mientras más grave sea el estado de dependencia, como el que provoca las demencias, más probable será que el cuidador sea víctima de la depresión y de otras alteraciones a nivel psicológico, por esto es indispensable que los cuidadores, sobre todo los que se ven en este caso, reciban apoyo oportuno, continuo y seguro”<sup>38</sup>.

**5.2.2 Burn-out o síndrome del cuidador quemado.** El síndrome del cuidador quemado o burn-out fue primeramente descrito en Estados Unidos en 1974<sup>39</sup> Consiste en un profundo desgaste emocional y físico que experimenta la persona que convive y cuida a un enfermo crónico incurable tal como el enfermo de Alzheimer. El cuidador que puede sufrirlo es aquel que llega a dedicarle casi todo su tiempo (incluso dejando de trabajar para cuidarle), generalmente en solitario durante ya muchos años y con estrategias pasivas e inadecuadas de resolución de problemas.

Este síndrome es la consecuencia de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas enfermas. Se produce un

---

<sup>38</sup> Ibíd

<sup>39</sup> GARCÍA PIÑAL, 2004, Flórez, 1996. Burn-out o síndrome del cuidador quemado, citado por RODRIGUEZ, A. Sobrecarga psicofísica en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer causas, problemas y soluciones. Disponible en: <<http://www.psicologia-online.com/colaboradores/delalamo/alzheimer.shtml>> Consultado [04 de diciembre 2010].

desequilibrio prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto, entre demandas personales excesivas para unos limitados recursos de afrontamiento disponibles<sup>40</sup>.

Este síndrome se considera producido por el estrés continuo que en muchas ocasiones se puede volver crónico, en un batallar diario contra la enfermedad donde se realizan tareas monótonas y repetitivas, con una sensación de falta de control sobre el resultado final de dicha labor, y que puede agotar las reservas psicofísicas del cuidador, en un llamado a ser rescatado de todos los problemas que se generan.

Incluye desarrollar actitudes y sentimientos negativos hacia los enfermos a los que se cuida, desmotivación, depresión, angustia, trastornos psicossomáticos, fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo, irritabilidad, despersonalización y deshumanización, comportamientos estereotipados con ineficiencia en resolver los problemas reales, agobio continuo con sentimientos de ser desbordado por la situación que genera dichos cuidados.

**5.2.3 Problemas especiales de los cuidadores.** Según José Mingote y Santiago Pérez<sup>41</sup> todo cuidador en una fase de desgaste presenta la siguiente sintomatología:

**Manifestaciones mentales:** Sentimiento de vacío, agotamiento vital, fracaso o impotencia personal, baja autoestima y pérdida de la realización, es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad de concentración, olvidos, sentimientos depresivos y una baja tolerancia a la frustración.

**Manifestaciones físicas:** cefaleas, insomnio, hipertensión arterial, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, fatiga crónica.

**Manifestaciones conductuales:** conductas adictivas y evitativas o de escape de la realidad, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo de los enfermos y compañeros, frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia.

---

<sup>40</sup> MINGOTE, J, PEREZ, S. Estrés en la enfermería, el cuidado del cuidador. Madrid España: Díaz de santos, S.A, 2003, p 68.

<sup>41</sup> Ibíd. p 81-82.

\*Primer grado: Pérdida de autocrítica, autocomplacencia excesiva y elevada competitividad interpersonal, problemas de relaciones sociales y familiares, actitudes negativas como hipercriticismo y mordacidad.

\*Segundo grado: Progresivo deterioro físico y emocional, alteraciones del sueño, apetito, sexuales y pérdida de la energía, desmotivación hacia el trabajo.

\*Tercer grado: Ansiedad, depresión, intensificación de los rasgos neuróticos de carácter, somatizaciones, trastornos de conducta, conflictos familiares, aislamiento social.

Por lo anterior se dice que muchas de las alteraciones pueden persistir aun después de que el paciente sea ingresado a un centro especializado, pues la decisión de ingresar al ser querido a dicho centro es muy angustiada. “Si bien muchos cuidadores logran descansar y recuperarse, la soledad, los sentimientos de culpa y la supervisión de la atención que se le brinda en el centro al ser querido pueden ser nuevas fuentes de estrés. Muchos cuidadores se sienten deprimidos al ingresar al paciente, y algunos se siguen sintiendo deprimidos por mucho tiempo”<sup>42</sup>.

A veces se cree que el estrés resultante de la atención al paciente desaparecerá una vez que se interrumpa el cuidado directo. Sin embargo, “los investigadores han comprobado que algunas personas que eran cuidadores siguen padeciendo de depresión y soledad incluso tres años después del fallecimiento del familiar enfermo. Al tratar de recuperar la normalidad, es posible que los "ex cuidadores" necesiten ayuda para dichas alteraciones”<sup>43</sup>.

La familia que tiene a su cargo un anciano demente tiene dedicación total; no existe días o noches, festivos o laborales. La presencia del enfermo se impone como una realidad imposible de soslayar: su deambulacion sin un rumbo claro, su farfuleo constante, la dificultad para establecer una comunicacion con sentido, sus déficit de autonomía, la atención permanente a las funciones vitales, son aspectos que se manifiestan como un continuo sin fin, la familia o cuidador principal, no pueden escaparse de esta realidad, no existe un horario que le permita

---

<sup>42</sup> Ibíd. p. 83-84.

<sup>43</sup> Ibíd.

desconectar y librarse de esta realidad. Así pues, son comprensibles los estados de agotamiento y decaimiento de los cuidadores<sup>44</sup>.

El otro elemento diferencial importante es el vínculo emocional del cuidador con el anciano demente, el hecho de que sea un familiar: un padre, una madre, un esposo (a), hija, presupone que entre estos y el familiar cuidador existe unos vínculos afectivos de mucho años, con patrones de relación que no solamente se deterioran sino que casi siempre se invierten, el estrés que genera este cambio es sin duda el elemento más singular al que se enfrenta el cuidador familiar.<sup>45</sup>

### **5.3 LA FAMILIA Y EL CUIDADOR PRIMARIO**

Para efectos de el presente estudio se hace necesario resaltar la necesidad que existe de dejar clara la concepción actual de familia, teniendo en cuenta que dentro de los criterios de inclusión está el parentesco que tiene el cuidador con el paciente, debido a que se considera como familiar no solo a aquellos que comparten algún grado de consanguinidad con el mismo, sino también los que por motivos afectivos se considera que tienen algún tipo de parentesco.

Dicho de esta forma, se entiende que “El valor de la uniformidad que nace con la modernidad ha orientado la manera de entender la institución familiar, como aquella conformada a partir del vínculo legal del matrimonio, la célula básica de la sociedad, conformada por padre, madre e hijos, considerado como el modo más racional y, por lo tanto más válido para todos, el modelo de familia universal”<sup>46</sup>. Lo

---

<sup>44</sup> ALBERCA, R; LOPEZ, S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias: Demencias y familiares cuidadores. Deterioro, sobrecarga y apoyo social. Tercera edición. Buenos Aires. Argentina: Editorial médica panamericana, 2006. p. 110.

<sup>45</sup> *Ibíd*; p 111.

<sup>46</sup> ARAQUE, Francis y RODRIGUEZ, Xiomara. Familias y discurso escolar. En: Omnia. [en línea] Vol. 14, N° 002 (2008). Consultado [23 Mayo 2011]. Disponible en: <<http://docs.google.com/viewer?url=http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/737/73714203.pdf&chrome=true>>.

anterior, refleja el carácter tradicional que se tiene acerca de la concepción de la familia pero resulta evidente que a medida que transcurren los años, dicho concepto ha tomado un carácter dinámico debido a las cambiantes condiciones de la época moderna. Por esto, actualmente el ser humano está en condiciones de elegir libremente con quien conformar una familia, de qué manera y en general, es libre de brindar sus afectos a quien desee con el fin de alcanzar armonía y felicidad.

“El modelo universal es considerado lo normal, lo requerido por la naturaleza humana para su desarrollo natural desde sus primeros años de existencia. Lo contrario o lo que se aleje del modelo natural se califica como familias atípicas, incompletas, inestructuradas e indeseables para la formación de las personas en su infancia”<sup>47</sup>. Este tipo de pensamiento está menos arraigado en la actualidad, debido a que hoy en día no es extraño encontrar familias que difieren en gran medida de la concepción tradicional que se tiene y para la realización del presente trabajo de grado, es indispensable aclarar que la consanguinidad de los cuidadores con el paciente que padece Demencia no se considera un requisito, ya que se ha evidenciado que en muchos casos este rol es asumido por personas para quienes el significado de la palabra familia no necesariamente está referido a la consanguinidad sino que se basa en la convivencia, en los sentimientos y la solidaridad.

Dicho de esta forma, “el concepto de familia se escapa de ser solamente intelectual y se ubica en una lógica de funcionamiento de una persona o grupo de personas bajo la pasión de vivir juntos y compartir el relacionar afectivo en un lugar”<sup>48</sup>. Esto quiere decir que dependiendo del tipo de familia del que se haga parte, se tendrá una lógica propia de funcionamiento e integración que deja atrás las concepciones que determinan la existencia de un único modelo de familia.

---

<sup>47</sup> Ibíd.

<sup>48</sup> Ibíd.

**5.3.1 La problemática de la familia cuidadora.** “Las enfermedades crónicas propias de la vejez, especialmente las demencias, han situado a la familia actual en una situación problemática para atender a sus mayores.”<sup>49</sup> Esto se puede deber al aumento que hay actualmente en la esperanza de vida de la población mundial lo que facilita la prevalencia de las demencias en los adultos mayores por lo cual en pocos años se verán casos seguidos de demencia en las familias. Por esto, es vital que las personas en general no solo las que tienen familiares que padecen dicho síndrome se informen y conozcan las implicaciones y repercusiones que trae esta enfermedad para tener mejores herramientas de afrontamiento ya que afecta el equilibrio de todos los miembros de la familia.

Uno de los aspectos más importantes a la hora de diagnosticar un caso de demencia en una familia, es identificar quien es el cuidador principal, aquel que a partir de ese momento se hará cargo de las responsabilidades que trae consigo el padecimiento de algún tipo de demencia, pues se debe tener en cuenta que esto se traduce en una carga para dicho cuidador quien generalmente tiene un vínculo afectivo con el paciente dado también su grado de parentesco.

“La familia es la principal institución sobre la que recae la tarea de cuidar; numerosos estudios confirman que este escenario es general en la mayoría de en países, si bien lo que difiere es el grado de ayudas y recursos asociados.”<sup>50</sup>

En muchas ocasiones, las familias toman la decisión de cuidar a su familiar con demencia en el hogar de uno de sus miembros ya que acceder a un centro geriátrico generaría costos más elevados, pero en ocasiones el paciente no cuenta con una red familiar conocida o cercana, y en estos casos la llegada a estas instituciones son lo más conveniente.

En cuanto al apoyo que recibe el cuidador principal del enfermo, se dice que éste puede o no recibir algún tipo de remuneración económica por parte de los demás familiares cercanos interesados en el bienestar de su ser querido pero esto se da en la medida en que cada uno de ellos tenga los medios necesarios para poder contribuir activamente, ya que las personas de escasos recursos tendrán más dificultades para hacerlo. Sin embargo, un factor importante a la hora de encargarse del cuidado, es la obligación a nivel moral que influye para querer

---

<sup>49</sup> ALBERCA, R Y LÓPEZ-POUSA, S. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS. 3 Ed. Madrid: Panamericana. 2002. p. 101

<sup>50</sup> Íbid

asumir dicha responsabilidad pues existe un lazo afectivo fuerte ya sea porque es el deber del hijo, del cónyuge u otro tipo de parentesco.

Como bien se ha dicho, el hecho de cuidar a una persona en estado de demencia las veinticuatro horas del día durante las cuales se le brinda al paciente toda la atención que requiere y de manera continuada. “Entre los factores de riesgo más relevantes se destaca la soledad, en la que el cuidador está desprotegido frente a las intensas demandas del enfermo, con un vínculo emocional importante que le impide general mente plantearse los cuidados de otra forma”.<sup>51</sup>

Se habla de soledad debido a que aunque todos aporten algo de sus vidas al cuidado de su familiar, es el cuidador principal el que se entrega totalmente al cumplimiento de las labores que éste nuevo rol implican por lo cual, puede sentirse en desventaja haciendo la comparación con los demás, ya que debe abstenerse de hacer muchas cosas por la falta de tiempo y por el desgaste que viene acumulando provocando agotamiento y decaimiento; pues las tareas de cuidado no dan días libres, son una constante.

### **5.3.2 Relaciones familiares en cuidadores de pacientes con demencia.**

Evidentemente la demencia afecta a muchas personas además de quien la padece. Sin duda alguna los familiares son los que sufren de una u otra manera los efectos de la enfermedad, pues ellos conviven diariamente con el enfermo y la situación que se genera en el ambiente familiar va a repercutir en el deterioro del cuidador de el enfermo como en el deterioro de la vida personal de cada uno de los integrantes de la familia<sup>52</sup>.

De acuerdo con esto, la familia como un ente socializador primario, se verá profundamente afectada dado el caso de que alguno de sus miembros presente la enfermedad, debido a que sus implicaciones se manifestaran en la cotidianidad familiar y afectara su funcionamiento.

---

<sup>51</sup> Íbid P. 102

<sup>52</sup> OROZCO de Gómez, María Eugenia; Papel del Psicólogo ante el enfermo de Alzheimer; Memoria y Demencias; Volumen 1; Grupo Dneuropsy; Universidad Surcolombiana. Colombia. Neiva. 2005.

Se cree necesario darle una mirada a las relaciones familiares del enfermo y del cuidador debido a que en la esfera familiar y las respectivas relaciones con sus miembros es el medio en donde se manifiestan la presencia de los estados emocionales más frecuentes en los cuidadores de pacientes con demencia que es nuestro objetivo de estudio en esta investigación.

Evidentemente la relación de ayuda hacia el enfermo afecta directamente a las relaciones tanto familiares como sociales del cuidador, ya que normalmente coinciden sus actividades con las atenciones prestadas al enfermo. En este apartado nos dedicaremos a señalar las repercusiones que tiene esta nueva situación de cuidado en las relaciones del cuidador con los demás miembros de la familia.

Se puede argumentar que “los principales factores que influyen en la relación familiar son en primera instancia la personalidad del cuidador, la historia de la relación con el enfermo, el género del cuidador y el apoyo y amplitud de los lazos familiares”<sup>53</sup>.

La personalidad del cuidador es en definitiva un factor importante, así como la relación simbiótica o estrecha que se mantiene con la persona enferma y los acontecimientos o circunstancias que se presentan en la relación antes o después de la enfermedad.

De esta manera si el cuidador ha mantenido una relación ambivalente o poco satisfactoria con el enfermo antes de que se presentase la enfermedad, muy probablemente se podría predecir que se generara en la relación cierta tensión que de cierta manera afectara el estado emocional del cuidador así como la armonía familiar del mismo.

“La presencia de la enfermedad en determinado momento pone a prueba a toda la familia lo que refuerza los lazos preexistentes de solidaridad familiar”<sup>54</sup>.

---

<sup>53</sup> ALBERCA, R LÓPEZ, S. Op. cit., p. 111.

<sup>54</sup> PEREDA C, ACTIS W y PRADA M. Cuidadores de personas mayores. Perspectivas del apoyo informal en España. Colectivo ioê p. 238.

En algunos casos éste hecho crea círculos de apoyo con respecto al cuidador lo que generaría una unión de la familia. Pero en otros casos sucede lo contrario, en donde justamente la enfermedad contribuye a separar o desunir los vínculos familiares que se tenían anteriormente con el resto de los miembros de la familia.

“Este fenómeno genera una disminución de la comunicación, puesto que los contactos que tiene la familia con el enfermo son mínimos en donde no se forma ninguna alteración en las relaciones familiares y todo volverá a la normalidad cuando este supere su enfermedad o en algunos casos de enfermedad terminal cuando este muera”<sup>55</sup>. Pero cuando la división de la familia se produce a consecuencia de que unos miembros de la familia cooperan con el enfermo y otros no, el problema es diferente de la manera en que el desentendimiento de los familiares causa sufrimiento al cuidador, lo que origina un ambiente familiar hostil y ambivalente que probablemente cuando la persona enferma o necesitada de cuidados no esté presente ya sea por su muerte o por desaparición de la enfermedad, la relación familiar ya no volverá ha ser como antes.

El autor Bowlby (1969)<sup>56</sup> en sus trabajos sobre separación – privación de los vínculos de apego del niño respecto a sus padres, explica las etapas de este proceso: angustia de separación, depresión y desvinculación.

Podría decirse que estas mismas etapas se aplicarían a las relaciones cuidador – enfermo en la medida en que estaríamos hablando de duelo, separación y pérdida de la persona que son en realidad las experiencias que atraviesa la familia y el cuidador.

En relación con esto se encuentra que el sentimiento de culpa como una de las fases o etapas en relación con el deterioro del enfermo va unido con el sentimiento de impotencia de no poder hacer algo para evitar el deterioro del enfermo y en dado caso la muerte.

En diferentes casos se podría encontrar a cuidadores con una conciencia moral excesivamente rígida en donde se le impedirá sacar su furia, frustración y agresividad que le origina el deterioro del enfermo, dirigiendo las implicaciones de esta represión hacia el mismo cuidador lo que generaría a su vez síntomas

---

<sup>55</sup> BOWLBY. Factores que influyen en la relación familiar-enfermo. Citado por: R.Alberca, S. Lopez. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Demencia y familiares cuidadores. 3ra edición. Editorial medica panamericana. Buenos aires. 2006. p. 111.

<sup>56</sup> Ibid.

depresivos que afectaran su relación con el enfermo y con los demás miembros de la familia que a su vez afectara su salud tanto física como psicológica y sus relaciones sociales.

En lo que concierne al género del cuidador, los hallazgos indican que es muy común que las mujeres estén más en contacto con las tareas del cuidado, en realidad esta situación les produce exaltación y supera sus límites debido a que se presenta la situación de decidirse entre sus deseos o la responsabilidad de cuidar a un enfermo en donde sus posibilidades son superadas por las circunstancias generando de esta manera síntomas de agotamiento debido a la angustia y la inquietud<sup>57</sup>. Se evidencia que a menudo las mujeres dejan su trabajo o lo reducen lo que podría generar menores ingresos en la familia además de encerrar a la cuidadora en la casa impidiéndole salir a trabajar y relacionarse con otras personas lo cual perjudicaría notoriamente su prestigio e imagen social y de esta manera se presentarían conflictos en el hogar.

Con respecto a los hombres, que en contraste se encuentran en menor contacto con las tareas de cuidado, también se pueden presentar síntomas de depresión<sup>58</sup>. Debido a que si no están jubilados debería tomar la decisión de abandonar su trabajo, lo que se reflejaría como una pérdida de su estatus social y además de esto los sentimientos de impotencia que le generan cuidar a un enfermo con demencia generarían también aquellos síntomas.

Sin duda alguna, los lazos familiares son muy importantes y se deben tener en cuenta pues cuanto mayor sean los vínculos familiares que se mantengan con el cuidador y su familia mayor apoyo podrá recibir y de la misma manera será menor su estado de tensión, al poder delegar en otro una parte de la ayuda y de esta manera la dinámica de las relaciones familiares serían menos tensas.

En este orden de ideas observamos que las relaciones de una familia que enfrenta una situación especial como el que uno de sus integrantes padezca algún tipo de demencia se enfrenta a diversos cambios y la presencia de numerosos momentos en los cuales pueden aparecer conflictos y tensiones entre sus miembros.

De acuerdo a esto mencionamos la importancia de describir y analizar las relaciones del enfermo y el cuidador con su familia para determinar los diferentes

---

<sup>57</sup> ALBERCA, R y LÓPEZ, S. *Ibid.*, p. 112.

<sup>58</sup> PEREDA C, ACTIS W y PRADA M. *Op. cit.*, p. 241.

estados emocionales presentados en los cuidadores que posiblemente generan malestar y desasosiego en los mismos como en sus familiares.

#### **5.4 ALTERACIONES EMOCIONALES DEL CUIDADOR DEL PACIENTE CON DEMENCIA**

La reacción que se genera a nivel familiar ante la aparición de una demencia, en la mayoría de los casos indica en primera medida una incapacidad para interpretar los primeros signos del deterioro y por otra se evidencian las dificultades para asimilar y aceptar dicha situación. En la medida en que los signos de deterioro en el enfermo se hacen más intensos y evidentes de esta misma manera se hacen presentes las reacciones emocionales tales como la depresión y la ansiedad en los familiares.

El conocer el diagnóstico genera un impacto a nivel familiar el cual posiblemente es evidenciado en angustia, inquietud y desesperación, ante una enfermedad que no tiene cura, en donde se afirmara un progresivo deterioro de la personalidad del enfermo y que este proceso durara mucho tiempo con un final inevitable, que puede predecirse con anterioridad<sup>59</sup>. Continuando un proceso mediante el cual a lo largo del tiempo se hace evidente una serie de amenazas que tienden aumentar en su intensidad y con ellas el nivel de ansiedad que puede llegar a alcanzar el familiar cuidador.

**5.4.1 Emociones.** Las emociones son una respuesta individual interna que informa de las probabilidades de supervivencia que ofrece cada situación. En cada instante se experimenta algún tipo de emoción o sentimiento. El estado emocional varía a lo largo del día, en función de lo que ocurre y de los estímulos que se perciben. No obstante las emociones son experiencias muy complejas y para expresarlas se utilizan una gran variedad de términos, además de gestos y actitudes. Se puede decir, que las emociones no son entidades psicológicas simples, sino una combinación compleja de aspectos fisiológicos, sociales, y psicológicos dentro de una misma situación polifacética, como respuesta orgánica a la consecución de un objetivo, de una necesidad o de una motivación por ejemplo supervivencia.

---

<sup>59</sup> Óp. cit pág. 105

De tal forma que todas las reacciones emocionales están acompañadas por alteraciones fisiológicas momentáneas, como en el caso del aumento del ritmo del corazón durante un acceso de ira. El miedo, por ejemplo, puede desencadenar manifestaciones violentas, como el temblor de los miembros o una momentánea pérdida de voz.

## 5.5 ANSIEDAD

El autor Tobal define la ansiedad “como una respuesta emocional o patrón de respuestas (triple sistema de respuestas) que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto (respuestas anticipatorias), tales como pensamientos, ideas, imágenes, entre otros, que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. El tipo de estímulos (interno o externo) capaces de evocar la respuesta de ansiedad estará, determinada por las características del sujeto, existiendo diferencias individuales en cuanto a la propensión a manifestar reacciones de ansiedad ante las diversas situaciones”<sup>60</sup>.

Teniendo en cuenta la opinión del autor, el triple sistema de respuesta está compuesto por<sup>61</sup>:

\*Síntomas subjetivos, cognitivos o de pensamiento: Los cuales son expresados por preocupación, inseguridad, Miedo o temor, aprensión, pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad), anticipación de peligro o amenaza, dificultad de concentración, dificultad para la toma de decisiones, sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.

---

<sup>60</sup> TOBAL, J.J. (1990). La ansiedad. En J. MAYOR y L. PINILLOS. *Tratado de Psicología General* (Vol. 3). *Motivación y emoción*. 309-344. Madrid: Alhambra.

<sup>61</sup> *Ibíd.*, pág. 62-63

\*Síntomas motores u observables: Manifestados con hiperactividad, paralización motora, movimientos torpes y desorganizados, tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal, así como conductas de evitación.

\*Síntomas fisiológicos o corporales:

Síntomas cardiovasculares: como palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.

Síntomas respiratorios: como sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.

Síntomas gastrointestinales: Náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.

Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.

Síntomas neuromusculares: Tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.

Síntomas neurovegetativos: Sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

Según el DSM-IV.TR<sup>62</sup> La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica.

Los rasgos característicos de un trastorno de ansiedad por estrés agudo que sería el trastorno más cercano que se puede desencadenar en una persona que cuida de un paciente con demencia en donde ha experimentado o a presenciado acontecimientos que amenazan su integridad física en donde responde con temor, desesperanza u horror intensos. Durante o después de dichos acontecimientos la persona presenta sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional, reducción del conocimiento de su entorno, desrealización, despersonalización, amnesia disociativa; El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación

---

<sup>62</sup> CANO, A. Criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad DSM-IV TR. Disponible en: <[http://www.ucm.es/info/seas/ta/diag/Trastornos\\_de\\_ansiedad\\_segun\\_la\\_DSM.pdf](http://www.ucm.es/info/seas/ta/diag/Trastornos_de_ansiedad_segun_la_DSM.pdf)> Consultado [21 de Mayo de 2011].

de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático, presencia de síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (p. ej. dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora), a su vez estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables.

## 5.6 DEPRESIÓN

De la misma manera que el enfermo va entrando en las fases más avanzadas de la demencia y por lo cual su deterioro va progresando, el sentimiento de pérdida en el familiar cuidador van adquiriendo cada vez más relevancia y los sentimientos depresivos van a ir sustituyendo a los síntomas iniciales de angustia y ansiedad<sup>63</sup>.

De acuerdo a esto la depresión es definida en términos de la presencia de síntomas como el decaimiento del ánimo con reducción de la energía que conduce a mayor fatiga y disminución de la actividad, pérdida de interés y goce, reducción de la concentración y atención, frecuente cansancio, perturbación del sueño y del apetito, decaimiento de la autoestima y confianza en sí mismo, ideas de culpa y minusvalía, perspectiva pesimista acerca del futuro y actos de daño hacia sí mismo. Además de la presencia de un marcado retraso psicomotor, agitación y pérdida del apetito sexual<sup>64</sup>. La enfermedad depresiva continúa siendo el trastorno mental más común (organización mundial de la salud) OMS y se reporta un incremento en ella. Siendo esta una enfermedad costosa en términos de mortalidad, discapacidad, incapacidad laboral y grado de angustia para quienes la padecen y sus familiares.

---

<sup>63</sup> Óp. Cit. , p. 106

<sup>64</sup> CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES (CIE- 10) Apartado de trastornos mentales y del comportamiento. Código F33.

Según la opinión del autor Beck<sup>65</sup>, la depresión varía en las personas debido a que los síntomas de los cuadros depresivos que se manifiestan, cambian en intensidad cuantitativa. De acuerdo con este postulado los síntomas de la depresión se pueden reducir a cuatro grandes grupos.

- a. Síntomas anímicos: son aquellos síntomas en donde la tristeza es manifestada por sentimientos como el abatimiento, la infelicidad e irritabilidad. En algunos casos graves la persona puede llegar a negar los sentimientos de tristeza hasta ser incapaz de tener algún tipo de sentimiento.
- b. Síntomas motivacionales: en este grupo de síntomas los pacientes muestran apatía, indiferencia y desinterés. Estos síntomas en estados graves, pueden producir retardo psicomotor como el enlentecimiento de las respuestas motrices y en estados extremos puede producir estupor depresivo caracterizado por mutismo e inactividad total.
- c. Síntomas cognitivos: generalmente cuando una persona se encuentra en depresión suele realizar una valoración negativa de su entorno y de sí mismo. Por esta razón la baja autoestima sería uno de los síntomas característicos de estos pacientes. Presentando así una visión pesimista de su futuro que en casos graves puede llevar al individuo al suicidio.
- d. Síntomas físicos: estos síntomas habituales en la depresión, en donde los pacientes pueden padecer cambios físicos como pérdida de sueño, fatiga, pérdida del apetito, disminución de la actividad sexual, frecuentes dolores de cabeza, dolores musculares, vomito, estreñimiento, micción dolorosa, visión distorsionada, entre otros por los que suelen ir a consulta médica.

Dentro del enfoque cognitivo el cual se conduce esta investigación, se cita a Beck con su descripción cognitiva original para el desarrollo y mantenimiento de la depresión como un modelo directo, en donde considera que todos los síntomas depresivos son mantenidos por un contenido de pensamiento generalmente negativo en relación con el sí mismo, el ambiente y el futuro<sup>66</sup>. Este contenido negativo de pensamiento era el resultado de un estilo de tendencia negativa del procesamiento de la información, que se consideran comprensibles en términos de estructuras cognitivas estables o esquemas que representan el historial pasado de aprendizaje del individuo. Estas estructuras podrían ser reglas de conducta,

---

<sup>65</sup> BECK, A. citado en: LUGE, C. Valoración de los trastornos-depresivos en la mujer histerectomizada. 2004 p. 21.

<sup>66</sup> LYDDON, William y JONES, John. Terapias cognitivas con fundamento empírico. Aplicaciones actuales y futuras. Editorial manual moderno. Colombia. 2002. p. 19.

suposiciones básicas o creencias nucleares que podrían permanecer silenciosos durante largos periodos de tiempo, pero se podrían activar por acontecimientos desencadenantes particulares, como pérdida real o percibida de un ser amado o la pérdida de estatus. Una vez estos esquemas sean desencadenados, se aplicaran cada vez más a situaciones o sucesos y el ánimo depresivo podría conducir a un síndrome depresivo complejo.

La depresión se encuentra dentro del grupo de los trastornos del estado de ánimo y se denomina trastorno depresivo mayor. Para diagnosticar una depresión hace falta la presencia de cinco o más de los síntomas (que se presentaran a continuación) durante un periodo de dos semanas que represente un cambio con respecto al funcionamiento previo del individuo<sup>67</sup>.

Los síntomas según el DSM-IV son:

- \* Estado de ánimo depresivo durante la mayor parte del día, casi todos los días, según lo indique el propio individuo u observaciones hechas por los demás
- \* Interés o placer notablemente disminuido en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día; casi todos los días
- \* Pérdida significativa de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o disminución o incremento del apetito casi cada día
- \* Insomnio o hipersomnia casi todos los días
- \* Agitación o retraso psicomotor casi todos los días
- \* Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
- \* Sentimientos de minusvalía o culpa excesivos o inapropiados, casi todos los días
- \* Disminución en la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión casi todos los días
- \* Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o intento de suicidio o plan específico para cometerlo

Los síntomas no satisfacen los criterios de un episodio mixto y provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

---

<sup>67</sup> LYDDON, William y JONES, John. Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association, 1994.

## 6. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN

La siguiente investigación se desarrolló aplicando el enfoque metodológico cuantitativo, con un diseño descriptivo correlacional, no experimental y transversal.

### 6.1 TIPO DE ENFOQUE

El enfoque con el que se llevó a cabo la investigación es cuantitativo, debido a que es a través de éste como se podría llegar a objetivar el fenómeno estudiado, dentro de los objetivos está cuantificar los datos obtenidos y poder hacer un razonamiento de los mismos para dar respuesta a preguntas de interés investigativo generando hipótesis descriptivas que sirvan como punto de partida a otras investigaciones para ser probadas en el futuro mediante estudios especializados<sup>68</sup>. Se debe rescatar que los métodos cuantitativos son potentes en lo que respecta a la validez externa al contar con una muestra representativa de la población lo que da la posibilidad de hacer inferencias a ésta a través de una muestra, de manera segura y precisa.<sup>69</sup> Todo esto con el fin de dar a conocer una problemática que actualmente es más común de lo que parece, pero de la cual no se tiene claridad ni mayor conocimiento siendo de vital importancia que se dé a conocer la relación que hay entre las distintas variables para responder mejor en el futuro a las necesidades que se presenten respecto al tema.

---

<sup>68</sup> HERNÁNDEZ, S; FERNÁNDEZ, C Y BAPTISTA, L. Metodología de la investigación. Tercera edición. McGraw Hill. México. 2003

<sup>69</sup> *Ibíd.*

## 6.2 TIPO DE DISEÑO

El estudio es de tipo descriptivo correlacional. El objetivo es obtener información acerca del estado actual de fenómenos de interés, así como especificar propiedades características y rasgos importantes del fenómeno que se analice.<sup>70</sup> En este diseño se carece de control sobre las variables independientes, es decir no hay manipulación experimental ni asignación aleatoria de los grupos, además por ser *ex post facto*, se pretende comprender las relaciones entre los fenómenos tal como ocurren en la naturaleza, sin la intervención del investigador.<sup>71</sup> Y correlacional por que este tipo de estudio tiene como propósito establecer el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables en un contexto en particular,<sup>72</sup> es decir, el ambiente en el cual se desenvuelven los cuidadores.

El corte del estudio es transversal, ya que se recolectan datos en un solo momento en un tiempo único, y su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interpretación en un momento dado.<sup>73</sup> Ya que dentro del interés profesional está el abarcar el desarrollo de la investigación en un periodo corto de tiempo, a través de la descripción de las variables implicadas en el estudio y su relación. Es importante tener en cuenta que el diseño de este estudio es no experimental por lo tanto lo que pretende es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para luego analizarlos.<sup>74</sup>

Estos parámetros investigativos permiten relacionar y describir las características emocionales enfocadas en los síntomas de ansiedad y depresión en los cuidadores primarios de pacientes con demencia de la ciudad de Neiva, así como

---

<sup>70</sup> POLIT, D. Y HUNGLER, B. Investigación científica en ciencias de la salud. Cuarta edición. México. McGraw Hill. 1994. p 188

<sup>71</sup> *Ibíd.* P 187-188

<sup>72</sup> HERNÁNDEZ, S; FERNÁNDEZ, C Y BAPTISTA, L. Metodología de la investigación. Cuarta edición. McGraw Hill. México. 2008. p 208

<sup>73</sup> *Ibíd.*

<sup>74</sup> *Ibíd.* p 205

obtener una caracterización general a través de la exploración a nivel sociodemográfico.

## **6.3 PROCEDIMIENTO**

### **6.3.1 FASES**

**Fase 1:** En primer lugar, se hizo la elección del tema a investigar como trabajo de grado teniendo en cuenta el interés que surgió en cada una de las investigadoras por abordar una temática tan conocida pero poco tratada en la región, ya que generalmente el eje central son los pacientes que padecen algún tipo de demencia o enfermedad de Alzheimer, y se relega un poco el importante papel que desarrollan los cuidadores primarios, en este caso, familiares, quienes suelen manifestar malestar psicológico a raíz de dicha labor.

**Fase 2:** En esta etapa, se procedió a realizar el anteproyecto que consta del planteamiento del problema, donde se delimitó la población a estudiar, por lo cual se revisaron artículos y estudios relacionados con cuidadores para sustentar y plantear los objetivos de investigación, así como la justificación y antecedentes más importantes a nivel regional, nacional e internacional.

**Fase 3:** Dentro de ésta etapa se elaboró el marco conceptual a través de la recopilación de material bibliográfico como libros, artículos científicos, trabajos de grado, bases de datos, entre otros.

**Fase 4:** En esta etapa se elaboró la metodología, la operacionalización de las variables, se seleccionó el tipo de muestreo el tamaño de la población y sus características, así como se realizó la elección de las técnicas e instrumentos utilizados para medir los síntomas ansiosos y depresivos, así como la elaboración de un formato de entrevista semiestructurada como anexo para conocer las características del cuidado desde la perspectiva del propio cuidador y los aspectos sociodemográficos de los mismos. Simultáneamente, se establecieron los aspectos éticos del mismo.

**Fase 5:** En esta etapa se ubicaron las personas que componían la muestra de cuidadores y diariamente se visitaban en su domicilio para la respectiva aplicación de los instrumentos. Finalmente se ingresaron los datos en el software SPSS 15.0 y se dio inicio al análisis estadístico.

**Fase 6:** Por ultimo, se realizó la discusión de los resultados, las conclusiones y recomendaciones.

## **6.4 POBLACIÓN Y MUESTRA**

Son las y los cuidadores primarios que fueron ubicados a través de una base de datos suministrada por el área de sistemas del Hospital universitario de Neiva en donde se encontraron los datos de 512 pacientes que al parecer padecían algún tipo de demencia, con sus respectivos números de teléfono y dirección de residencia. Igualmente, se contó con la colaboración del grupo de investigación Dneuropsy quienes suministraron datos de algunos adultos mayores que han sido evaluados por ellos y diagnosticados con algún tipo de demencia o Alzheimer.

**6.4.1 Población.** Según Polit y Hungler, “la población es un conjunto global de casos que cumple una serie de criterios determinados.”<sup>75</sup> Teniendo en cuenta lo anterior, la población comprende a los cuidadores familiares de personas que padecen demencia, y que se ubicaron a través de la base de datos del Hospital universitario de la ciudad de Neiva en donde se encontraron a aquellos pacientes atendidos allí y que han retornado a las casas bajo el cuidado de un familiar quien es el que está permanentemente con él, así como los cuidadores de los adultos mayores evaluados por el grupo de investigación Dneuropsy.

De la población encontrada, se contó con aquellos que cumplan con los criterios de inclusión teniendo en cuenta que éstos son los que determinan las reglas de

---

<sup>75</sup> POLIT, D y HUNGLER, B. Op. Cit. p 258

ingreso al estudio, por lo cual deben ser rígidos para lograr extrapolar los resultados a la población.<sup>76</sup> En este caso, también hay que resaltar la importancia que tiene estipular de manera eficiente los criterios de exclusión que se tuvieron en consideración para llevar a cabo el estudio. Estos criterios determinaron que personas debían ser excluidas del estudio después de haber ingresado.<sup>77</sup> Finalmente, se determinó lo siguiente:

#### **6.4.1.1 Criterios de inclusión**

- \*Edad: 18 años en adelante.
- \*Que exista algún grado de parentesco con el enfermo.
- \*Que no haya remuneración económica por el cuidado.
- \*Que el familiar cuidado esté diagnosticado con demencia.
- \*Participación voluntaria y aceptación del consentimiento informado.

#### **6.4.1.2 Criterios de exclusión**

- \*Existencia de discapacidad cognitiva o física.
- \*Existencia de alteraciones psiquiátricas diagnosticadas.
- \*Que se nieguen a participar en el estudio.

---

<sup>76</sup> REVISTA DE ORTOPEDIA. En: Recomendaciones metodológicas para la elaboración de propuestas de investigación clínica. [revista electrónica][consultado 27 febrero 2011] Disponible en <<http://www.encolombia.com/orto12398recomendaciones2.htm>>.

<sup>77</sup> Ibid.

**6.4.2 Muestra y tipo de muestreo.** “La muestra se refiere a una parte de la población que representa al conjunto. Su función es determinar que parte de una realidad en estudio (población o universo) debe examinarse con la finalidad de hacer inferencias sobre dicha población. Para obtener una muestra adecuada significa lograr una versión simplificada de la población que reproduzca de alguna manera sus rasgos básicos”<sup>78</sup>. Para efectos de nuestra investigación, el procedimiento utilizado para seleccionar la muestra, fué un muestreo no probabilístico y por conveniencia o intencional del universo, el cual consiste en la elección de métodos no aleatorios por una muestra cuyas características sean similares a las de la población objetivo.<sup>79</sup> Por lo cual no todos los sujetos tienen la misma probabilidad de ser elegidos debido a que implica el empleo de una muestra integrada por las personas o los objetos cuya disponibilidad como sujetos de estudio sea más conveniente para la investigación.

**6.4.2.1 Elección de la muestra.** La revisión se realizó con el fin de saber cuál sería la población que intervendría en la investigación, para esto se revisó la información indicada en la base de datos del Hospital Universitario de la ciudad de Neiva y los datos proporcionados por Dneuropsy, donde se procedió a identificar el número total de pacientes que ingresaron los últimos tres años al servicio médico y psicológico de forma respectiva y que posteriormente fueron diagnosticados con algún tipo de demencia sin discriminar estado actual de la enfermedad para lo cual se realizaron los siguientes pasos:

**\*Ubicación y compromiso:** a través de la base de datos se tomaron cada uno de los números de teléfono encontrados y se realizaron las respectivas llamadas para corroborar que los diagnósticos fueran verdaderos, de lo cual se concluye que gran parte de éstos eran errados ya que se trataba de niños con alteraciones cognitivas, adultos con afecciones cardíacas y endocrinas y otros con trastornos psiquiátricos. En el caso de los datos encontrados en Dneuropsy, muchos fueron

---

<sup>78</sup> POLIT, D. y HUNGLER, B. Op. Cit. p 159

<sup>79</sup> CASAL, J Y MATEU, E. En: Tipos de muestreo. [revista electrónica][consultado 27 febrero 2011] disponible en < <http://minnie.uab.es/~veteri/21216/TiposMuestreo1.pdf>>.

descartados debido a que el paciente ya había fallecido y otros aun estaban en fase de evaluación neuropsicológica.

Luego de esto, se pactaron citas para realizar visitas a los domicilios de los cuidadores que aceptaron participar voluntariamente de la investigación. Dentro de las razones por las cuales muchas de las personas no accedieron a participar se encontró que la mayoría vivían en corregimientos y municipios aledaños a la ciudad, otros refirieron que el paciente ya había fallecido o que los habían dejado al cuidado de enfermeros o en centros geriátricos. Finalmente, la muestra quedó constituida por 40 cuidadores quienes se comprometieron voluntariamente con el estudio.

**\*Visitas domiciliarias:** luego de ubicar las 40 personas que participaron, se realizaron visitas diariamente teniendo en cuenta la disponibilidad de tiempo tanto de las estudiantes como de los cuidadores para hacer la respectiva aplicación de los instrumentos.

## 7. TECNICAS E INSTRUMENTOS

“El instrumento es considerado como el medio o técnica utilizado por el investigador para obtener sus datos”<sup>80</sup>. En este caso los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

\*Inventario de depresión de Beck (DBI)

\*Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

La técnica utilizada en éste caso fue la encuesta. Como instrumento auxiliar se utilizó una guía de entrevista semiestructurada con el objetivo de conocer algunos aspectos subjetivos relacionados con las condiciones de cuidado desde la perspectiva del cuidador. Ésta permitió enriquecer los resultados obtenidos con los instrumentos de base para comprender de manera amplia la problemática de los cuidadores, específicamente características propias de las condiciones bajo las cuales se lleva a cabo la labor de cuidado.

### 7.1 INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK ( BDI, BECK DEPRESSION INVENTORY)

El inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI).<sup>81</sup> Es un cuestionario auto aplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Su contenido enfatiza mas en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan entorno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos – cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático vegetativos.<sup>82</sup>

---

<sup>80</sup> POLIT, D y HUNGLER, B. investigación científica en ciencias de la salud, Quinta edición, p. 171. México. Mac. Graw hill. 1998.

<sup>81</sup> CONDE, V. y FRANCH J. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn SA, 1984.

<sup>82</sup> SCHOTTE, C.K, MAES M. y CLUYDTS, R. *et. al.* Construct validity of the Beck Depression Inventory in a depressive population. J Affect Disord 1997; 46: 115-125.

El sujeto tiene q seleccionar, para cada ítems, la alternativa de respuesta que mejor refleja su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico.<sup>83</sup>

**7.1.1 Fiabilidad.** Índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de  $r = 0,8$ .

**7.1.2 Validez.** Muestra una correlación variable con otras escalas (HDRS, SDS, MADRS)<sup>84</sup>. 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).

Su validez predictiva como instrumento diagnostico de tamizado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: sensibilidad 100%, especificidad 99%, valor predictivo positivo 0.7, y valor predictivo negativo 1 (punto de corte  $\geq 13$ ).<sup>85</sup> Anteriormente se había estudiado en distintos grupos de pacientes médicos<sup>86</sup> con criterios dispares en cuanto al punto de corte, por lo que los resultados no eran homogéneos.

---

<sup>83</sup> KENDALL, P.C., *et.al.* Issues and recomendations regarding use of the Beck Depression Inventory. Cogn Ther Res 1987; 11: 289-299.

<sup>84</sup> MARTINSEN, E.W.; FRIIS, S. y HOFFART, A. Assessment of depression: comparison between Beck Depression Inventory and subscales of Comprehensive Psychopathological Rating Scale. Acta Psychiatr Scand 1995; 92: 460-463.

<sup>85</sup> *Ibid.*

<sup>86</sup> MULROW, C. D. *et. al.* Case-finding instruments for depression in primary care settings. Ann Intern Med. Texas. USA. 1995; 122: 913-921.

## 7.2 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI, BECK ANXIETY INVENTORY)

El inventario de Ansiedad de Beck (BAI), fue desarrollado por Beck en 1988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad. Es un inventario autoaplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobre representados este componente<sup>87</sup>. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV<sup>88</sup>.

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a “*en absoluto*” 1 a “*levemente, no me molesta mucho*”, 2 a “*moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo*” y la puntuación 3 a “*severamente, casi no podía soportarlo*”. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

Se trata de una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desordenes de ansiedad como en cuadros depresivos. Dada su facilidad de utilización se ha recomendado su empleo como screening en población general<sup>89</sup>.

**7.2.1 Fiabilidad.** Posee una elevada consistencia interna<sup>90</sup> (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62.

---

<sup>87</sup> COMECHE, M. I.; DÍAZ, M. I. y VALLEJO, M. A. Cuestionarios, Inventarios y Escalas. Ansiedad, Depresión y Habilidades Sociales. Fundación Universidad-Empresa. España. Madrid, 1.995.

<sup>88</sup> COX, B. J. *et. al.* Does the Beck Anxiety Inventory measure anything beyond panic attack symptoms? Behav Res Ther. Canada. 1996; 34(11): 949-61.

<sup>89</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Handbook of Psychiatric Measures. Washington, 2000.

<sup>90</sup> DE BEURS, E. *et.al.* Convergent and divergent validity of the Beck Anxiety Inventory for patients with panic disorders and agoraphobia. Depress Anxiety 1997; 6(4): 140-6.

**7.2.2 Validez.** Tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). 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 Subescala 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 Subescala de Depresión del SCL-90R de 0,62.

## 8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**Tabla 1.** Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
<b>Variable socio-Demográfica</b>	Se entiende por variable sociodemográfica a la agrupación de algunas características personales.	Edad	Años reportados como cumplidos por el participante al momento de ser entrevistado	Años de vida cumplidos	Entrevista semiestructurada
		Género	Expectativas de índole cultural respecto de los roles de comportamiento entre hombres y mujeres.	Femenino Masculino	Entrevista semiestructurada
		Escolaridad	Nivel de educación de una población determinada	Ninguno Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa	Entrevista semiestructurada

				Técnico universidad	
		Estado Civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Soltero Casado Unión libre separado Divorciado Viudo	Entrevista semiestructurada
		Ocupación Actual	Es la acción y efecto de ocupar u ocuparse, sinónimo de trabajo, oficio, empleo y actividad.		Entrevista semiestructurada
		Estrato Socioeconómico	Nivel económico al cual pertenecen los participantes de la investigación.	Uno Dos Tres Cuatro Cinco	Entrevista semiestructurada
Ansiedad	La ansiedad es una reacción emocional		Alteraciones que se manifiestan en el cuerpo.	1,2,3,4,5,6,7,8, 9,10,11,12,13, 14,15,16,17,18	Inventario de Ansiedad de BECK

	normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas Situaciones. <sup>91</sup>	Síntomas fisiológicos		,19,20 y 21.	
Depresión	Estado mental que se	Síntomas	Es la disminución de las funciones	1,2,3,4,5,6,7,8, 9,10,11,12,13,	Inventario de Depresión de BECK

<sup>91</sup> Psicopatología de la ansiedad. [en línea] consultado 22 septiembre de 2011. Disponible en: <[http://www.ucm.es/info/seas/ta/diag/Trastornos\\_de\\_ansiedad\\_segun\\_la\\_DSM.pdf](http://www.ucm.es/info/seas/ta/diag/Trastornos_de_ansiedad_segun_la_DSM.pdf)>.

	<p>caracteriza por sentimientos permanentes de tristeza, desesperación, pérdida de la energía y dificultad para manejarse en la vida cotidiana normales</p>	<p>psicológico - cognitivos</p>	<p>cognitivas en áreas, entre las que se incluyen atención, memoria y las funciones ejecutivas</p>	<p>14, 15,</p>	
		<p>Síntomas somático-vegetativos</p>	<p>Son compatibles con un trastorno, enfermedad o incapacidad física, son exagerados debido al estado psicológico del sujeto.</p>	<p>16, 17, 18, 19, 20, 21</p>	

## 9. ASPECTOS ÉTICOS

Con respecto a las investigaciones científicas en ciencias de la salud, es fundamental tener en cuenta la dignidad y el respeto por el ser humano, por ello es necesaria la existencia de normas y leyes que rijan y regulen el desarrollo de este tipo de estudios. Para esto en nuestro país Colombia, la ley 1090 del 6 de Septiembre de 2006, establece en el título VII, artículo 49 al 56, los lineamientos referentes a la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones en la profesión de psicología<sup>92</sup>.

Por este motivo, esta investigación cumplió con los requerimientos regidos por la resolución 8430 de 1993, en donde se realizara teniendo en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

\*Autorización del comité Ético de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana para el desarrollo de la investigación.

\*Las personas que participaron de la investigación conocieron el proyecto investigativo.

\*Se garantizó la confidencialidad en el estudio ya que la información proporcionada se utilizó exclusivamente para fines académicos.

\*Artículo 15: En el cual es necesario que los instrumentos se aplican con el consentimiento informado de las personas que aceptan participar de la investigación y que firmará si está informado de:

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan obtenerse.
- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda
- La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio

---

<sup>92</sup> CONGRESO NACIONAL DE COLOMBIA. Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006: disponible en <<http://www.colpsic.info/resources/Ley1090-06.pdf>>. consultado [21 de mayo de 2011].

-La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

-El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

-Los investigadores actuaron bajo el consentimiento y el estricto seguimiento de la ley 1090 del 6 de Septiembre del 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y Bioética y otras disposiciones.

\*Artículo 10: El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación, donde el director ó asesor de la investigación en un profesional idóneo en el tema.

-En Artículo 11: La actual investigación, debido a sus características, se clasifica como de riesgo mínimo según la resolución 8430 de 1993<sup>93</sup>, del Ministerio de protección Social, el cual hace referencia a la investigación en los seres humanos y establece el tipo de riesgo al que se somete una población en proceso de investigación.

---

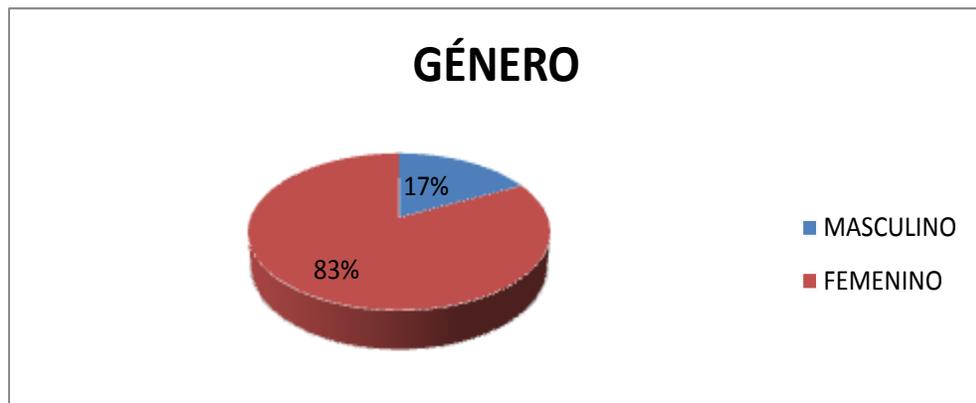
<sup>93</sup> MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 8430 de 1993. República de Colombia.

## 10. RESULTADOS

Teniendo en cuenta los instrumentos utilizados para alcanzar los objetivos propuestos durante el desarrollo del trabajo de grado y la información obtenida, se obtuvieron los siguientes resultados:

### 10.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

**Figura 1:** Distribución porcentual según el género



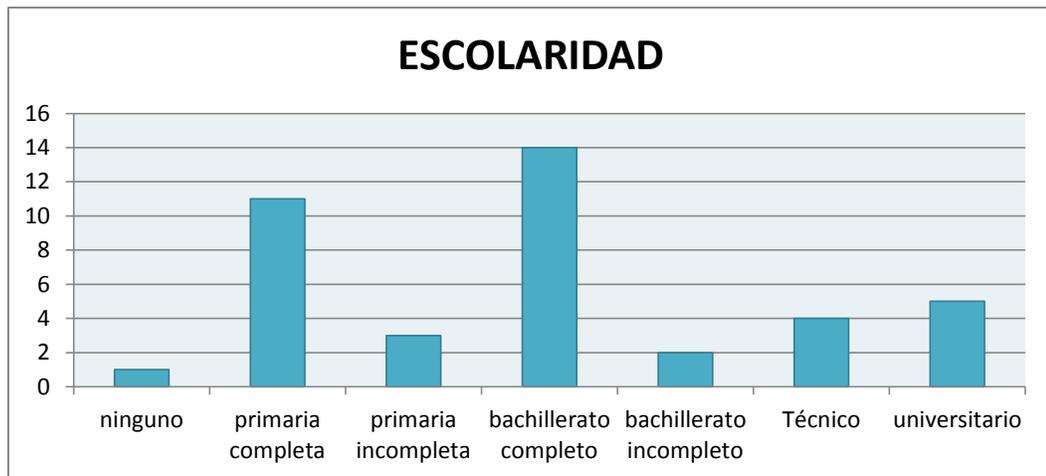
La muestra está compuesta por 40 personas en total, de lo cual se infiere que el 83% corresponde a 33 personas que pertenecen al género femenino, encerrando el mayor porcentaje de cuidadores, mientras el 17% corresponde a 7 personas del género masculino.

**Figura 2:** Distribución de frecuencia según edad del cuidador respecto al género



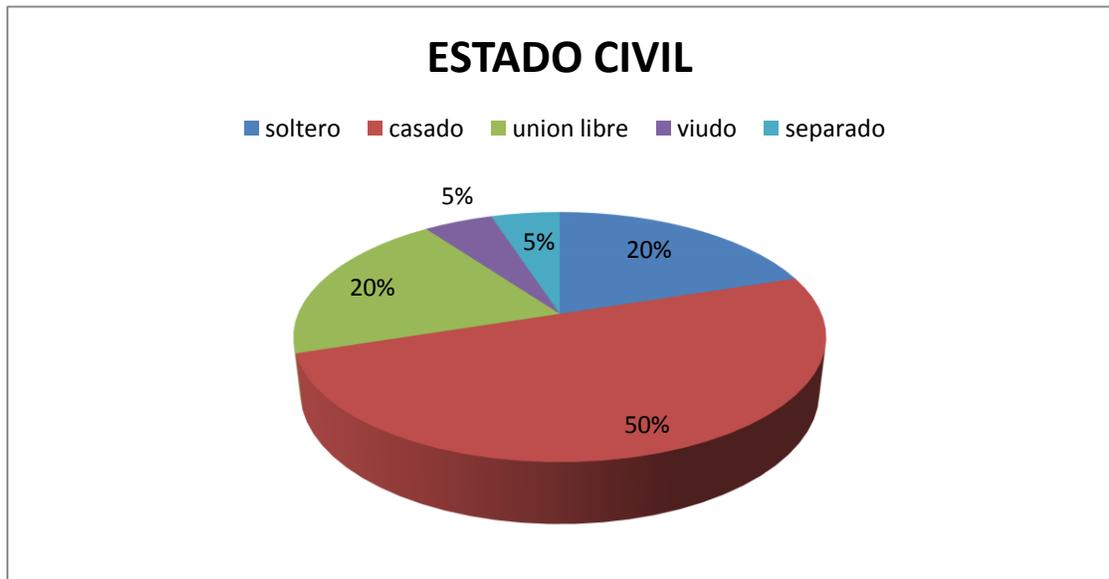
Se clasificó la edad del cuidador respecto al género, de lo cual se puede interpretar que la edad mínima es de 18 años y la máxima es de 77 años. A su vez, el rango que encierra mayor población de cuidadores es el de 48 a 57 años, que corresponde a 1 hombre y 13 mujeres. Asimismo, el rango que menor población encierra es el de 28 a 37 años con ningún hombre y una sola mujer.

**Figura 3:** Distribución de frecuencia según escolaridad



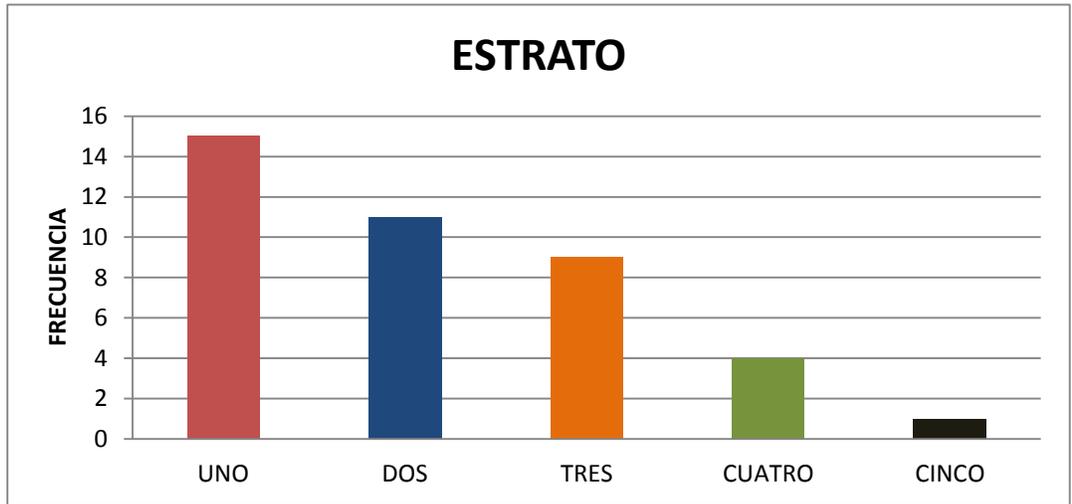
Con respecto al nivel de escolaridad, se encontró que la frecuencia más alta está en la categoría bachillerato completo con 14 personas, seguido de primaria completa que corresponde a 11 sujetos. Solo 1 persona no cuenta con ningún tipo de estudio.

**Figura 4:** Distribución porcentual según estado civil



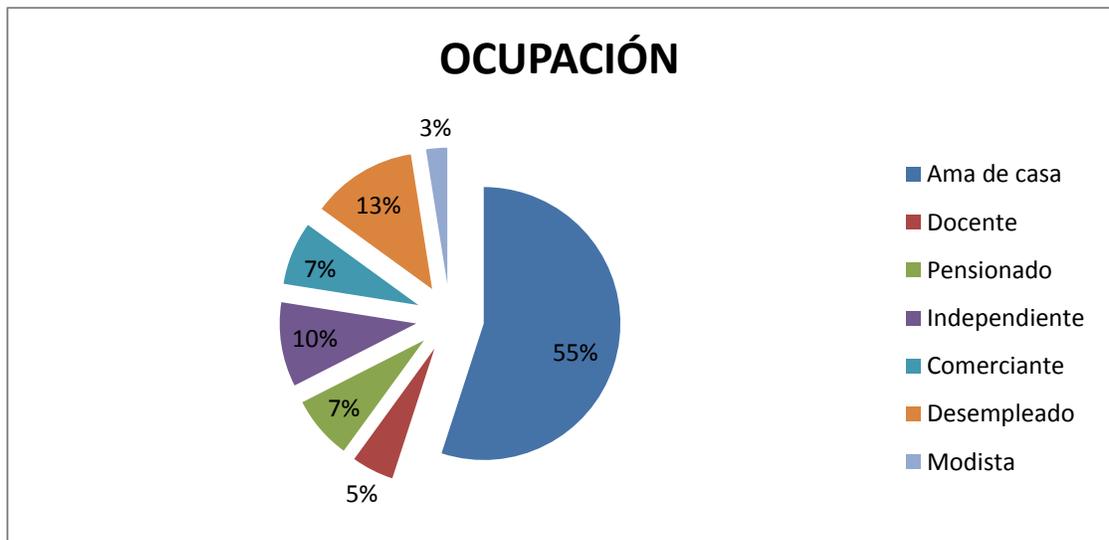
Se evidencia que las categorías que encierran mayor porcentaje respecto al estado civil de los cuidadores son casados con un 50% equivalente a 20 personas. Asimismo, con un 20% en ambos casos se encuentran las categorías unión libre y soltero con 8 personas cada uno, y finalmente, las categorías separado y viudo cuentan con 5 % cada uno, lo que corresponde a 2 personas en cada caso.

**Figura 5:** Distribución de frecuencia según el estrato socioeconómico



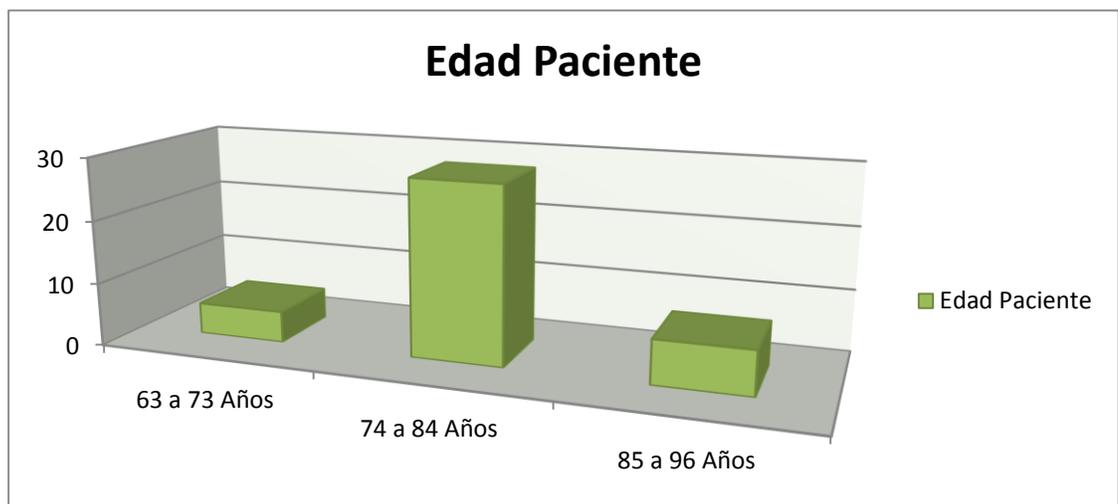
Con respecto al estrato socioeconómico, se deduce que el mayor número de cuidadores se encuentra en el estrato 1 con 15 cuidadores correspondiente al 37.5%, seguido del estrato 2 con 11 cuidadores igual al 27.5%, continuando con el 3 que encierra 9 personas, es decir que se habla de un 22.5 % y finalmente la menor concentración esta en el estrato 4 con 4 personas equivalente al 10 % y el estrato 5 con una sola igual al 2.5 % de la población total.

**Figura 6:** Distribución porcentual según la ocupación



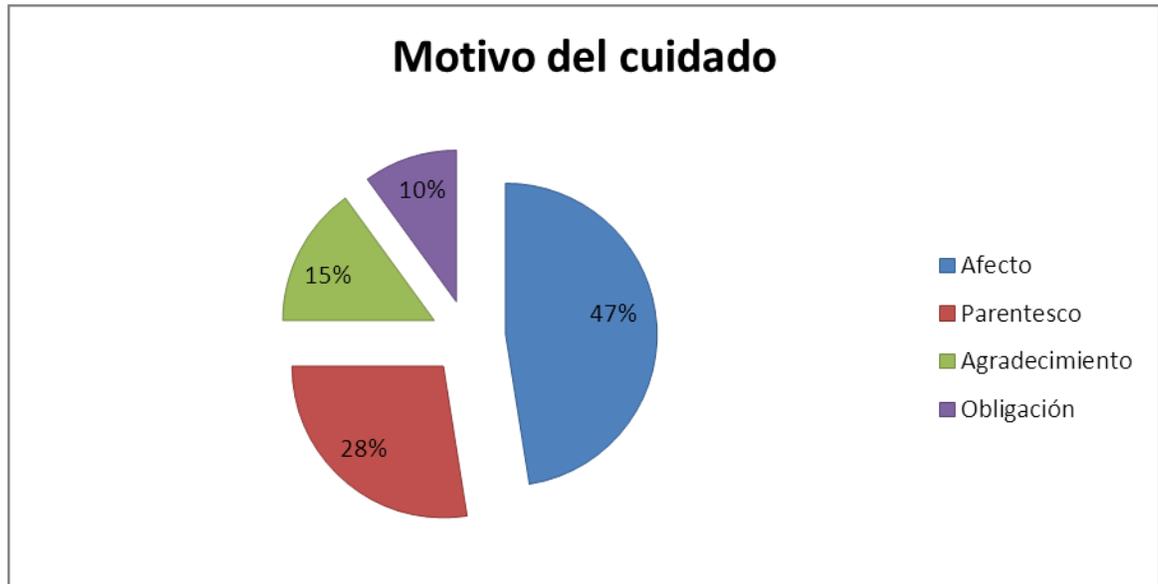
De lo anterior, se puede deducir que la ocupación que mayor número de cuidadores encierra es la de ama de casa con un 55 % equivalente a 22 personas, seguido la categoría desempleado con un 13% que corresponde a 5 personas, continuando con independiente que consta del 10 % referido a 4 personas, pensionado y comerciante cuentan con el 7 % equivalente a 3 personas en ambos casos, luego docente con el 5% que hace referencia a 2 personas y finalmente modista con el 3 % que equivale a 1 persona.

**Figura 7:** Distribución de frecuencia edad pacientes



Se agruparon las edades obtenidas de los pacientes que están al cuidado de la población objeto de estudio en tres grupos, en donde la mayor frecuencia se encontró en la categoría de 74 a 84 años equivalente a 28 personas

**Figura 8:** Distribución porcentual según motivo del cuidado



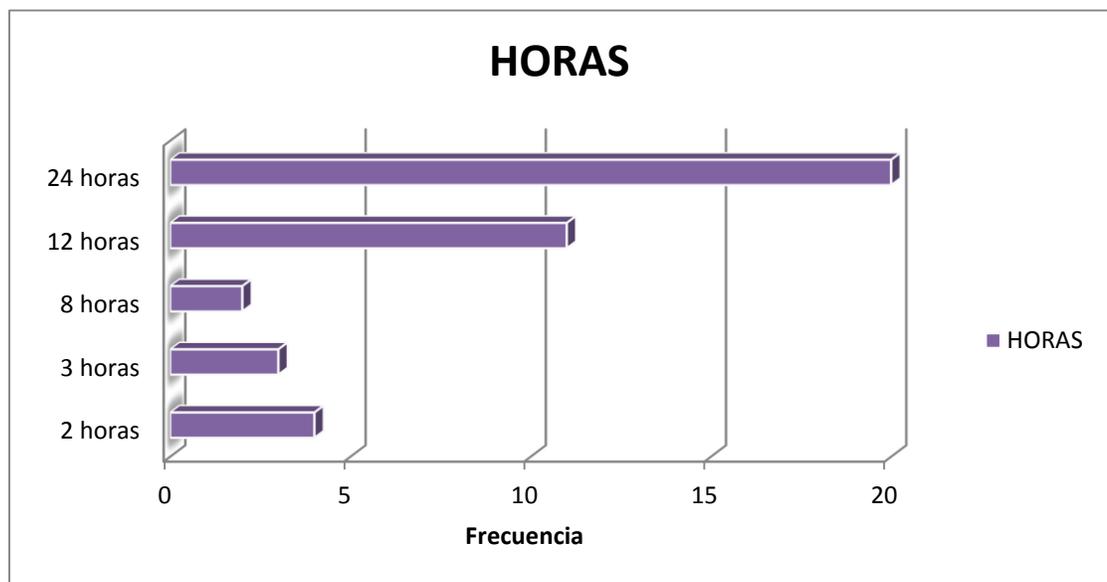
Se deduce que el 47% de la muestra corresponde a 19 personas, asumen el cuidado de su familiar por afecto, el 28% equivale a 11 personas que lo asumen por el parentesco, un 15 % referido a 6 personas lo hacen por agradecimiento y el 10 % que equivale a 4 personas lo hacen por obligación.

**Figura 9:** Distribución de frecuencia según tiempo de cuidado



Con respecto al tiempo de cuidado llevado a cabo por los cuidadores, se deduce que la mayor frecuencia se encuentra en el grupo de uno a once meses con 8 personas, seguido de tres años con 7 personas, continuando con los grupos de uno y dos años equivalentes a 6 personas en ambos casos, a su vez en las categorías de cuatro y cinco años se encuentran 3 personas en ambos y la menor frecuencia está establecida en el grupo de seis años de cuidado. Finalmente con 2 personas en cada uno se encuentran las categorías de ocho, diez y quince años.

**Figura 10:** Distribución de frecuencia según horas al día empleadas al cuidado



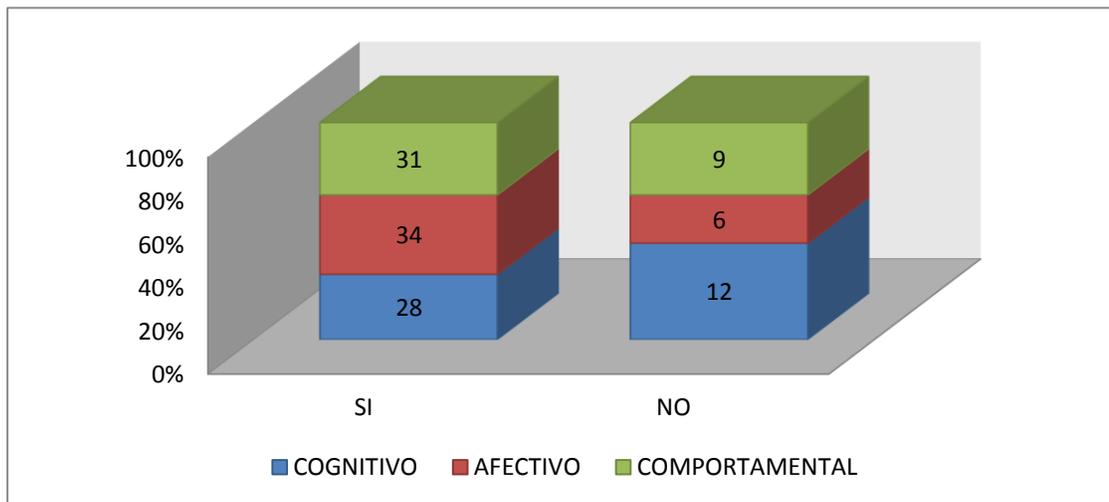
Teniendo en cuenta la cantidad de horas al día empleadas al cuidado de sus familiares, la mayor frecuencia se halla concentrada en el grupo de 24 horas que corresponde a 20 personas, seguido de 12 horas con 11 personas, continuando con 4 personas que emplean 2 horas, el grupo de 3 horas equivalente a 3 personas y finalmente 2 personas que se encuentran en el grupo de 8 horas diarias.

**Figura 11:** Distribución porcentual según parentesco con el paciente



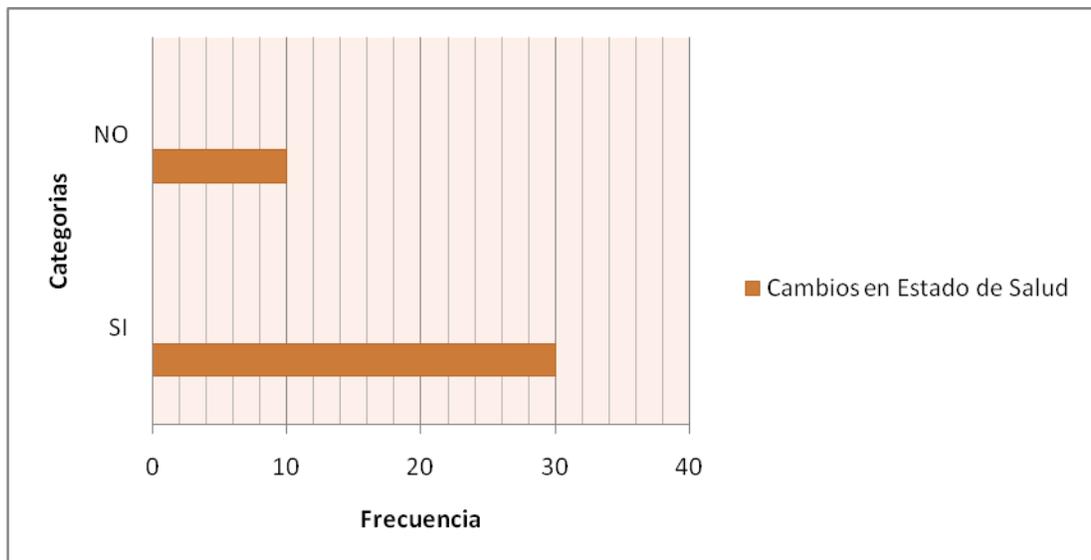
Con respecto al parentesco de los cuidadores entrevistados con el paciente a su cargo, se encuentra que el 45% equivalente a 18 personas son hijos (as), mientras el 25 % se refiere a la categoría esposo (a) encierra 10 personas, con un 17 % se encuentra el grupo de nieto (a) que hace referencia a 7 personas, la categoría nuera/yerno equivale al 10% con 4 personas y finalmente la categoría de menor concentración es la de sobrino(a) con el 3 %, es decir, una sola persona.

**Figura 12:** Distribución de frecuencia según cambios a nivel cognitivo, afectivo y comportamental asociados al cuidado.



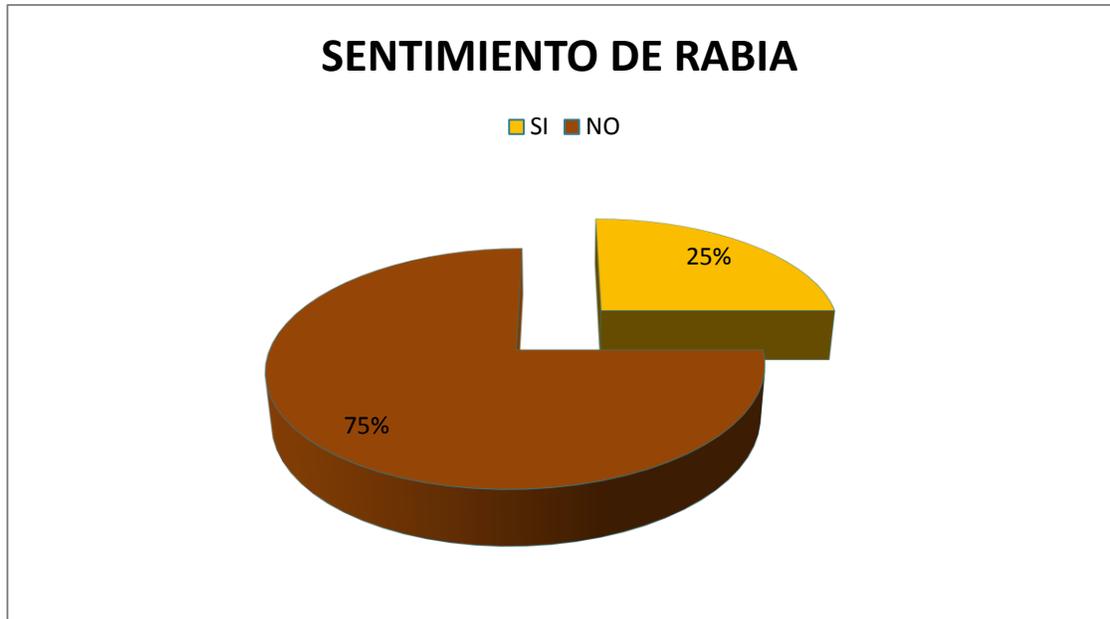
Se evidencia que del total de cuidadores entrevistados, 28 manifestaron haber tenido cambios a nivel cognitivo luego de asumir el cuidado de su familiar referidos especialmente a pensamientos negativos hacia sí mismo y hacia el paciente, 34 manifestaron haber notado cambios en la dimensión afectiva específicamente sentimientos ambiguos ya que algunos fortalecieron sus afectos hacia el paciente mientras otros referían sentir menos afecto por ello dadas las condiciones de cuidado, en este aspecto también sobresalen conflictos en la dinámica familiar y finalmente en la dimensión comportamental 31 refirieron cambios dados por la imposibilidad de ausentarse del hogar por estar cuidando de su familiar, disminución en actividades sociales entre otros.

**Figura 13:** Distribución de frecuencia según cambios en el estado de salud asociados al cuidado



De lo anterior, se deduce que 30 de los cuidadores entrevistados manifestaron cambios en su estado de salud debidos al cuidado de su familiar enfermo, específicamente dolores musculares, de cabeza y espalda, entre otros.

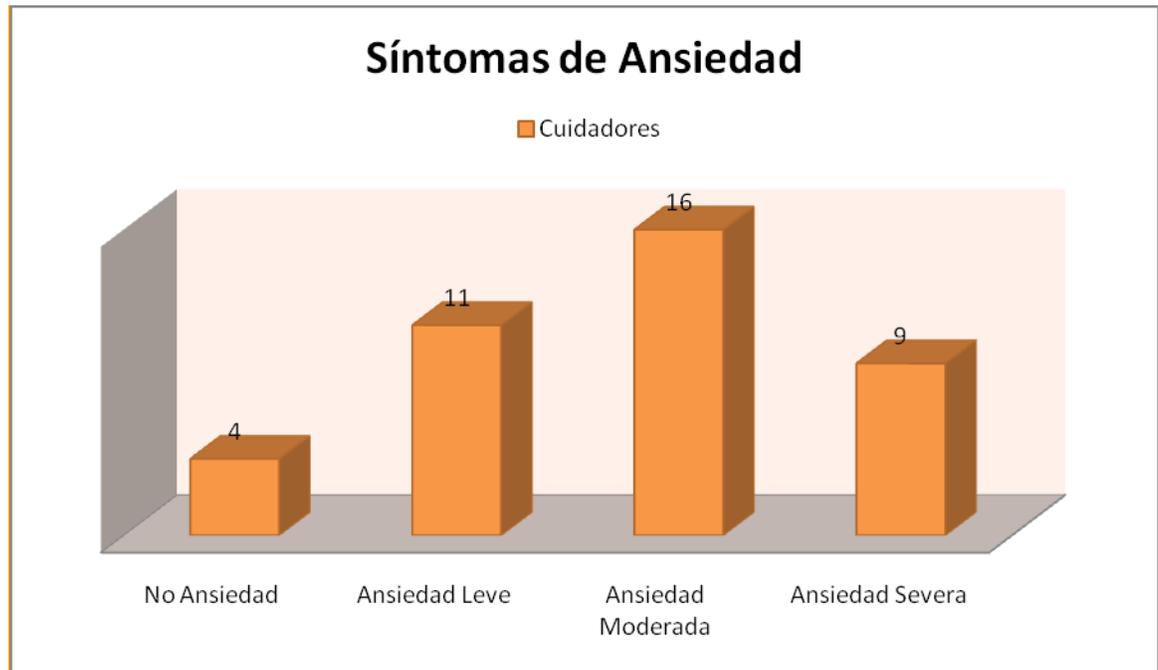
**Figura 14:** Distribución porcentual respecto a sentimiento de rabia asociado al cuidado



El 25 % de los cuidadores entrevistados equivalente a 10 personas indicaron sentir rabia luego de asumir el cuidado de su familiar, y manifestaron que esto se debe a que sus demás familiares de cierto modo se desentienden de la situación, mientras el 75% correspondiente a 30 personas no refieren sentir rabia por ello.

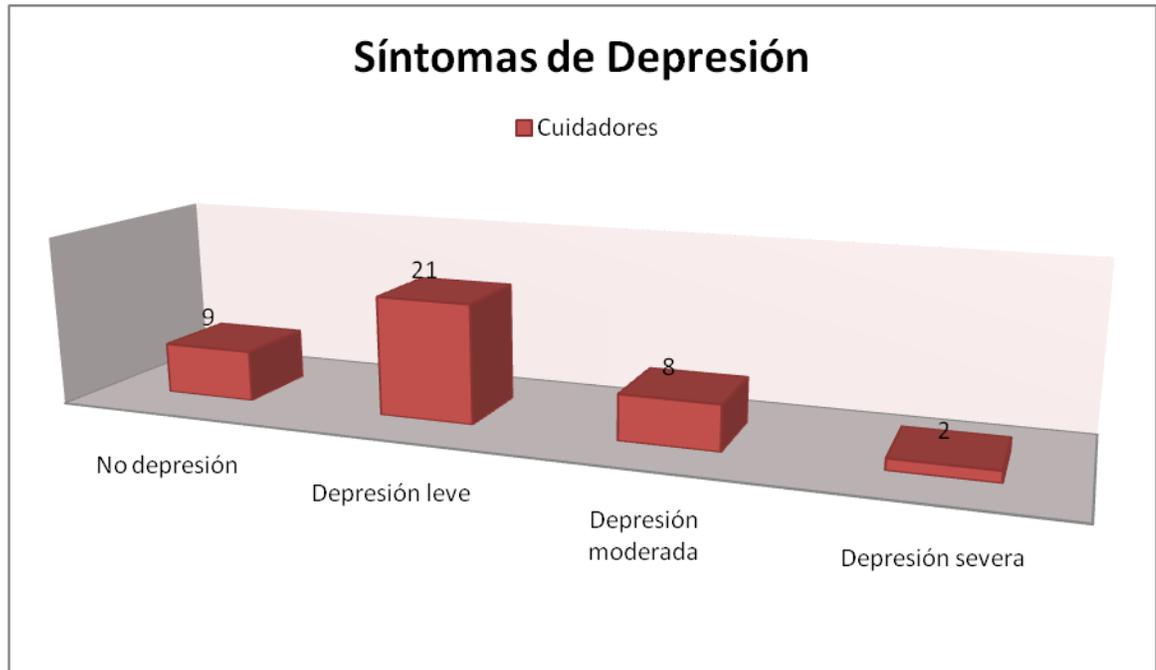
## 10.2 NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN QUE PRESENTAN LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON DEMENCIA

**Figura 15:** Distribución de frecuencia según intensidad síntomas de ansiedad



Teniendo en cuenta las puntuaciones totales de cada cuidador con respecto a los rangos establecidos en el test para ansiedad, se puede deducir que 4 personas no muestran síntomas ansiosos, otros 11 se encuentran en el segundo rango de ansiedad leve; asimismo, el grupo que mayor cantidad de cuidadores encierra es el de ansiedad moderada y finalmente, 9 personas manifiestan síntomas ansiosos que los ubica en el rango de ansiedad severa.

**Figura 16:** Distribución de frecuencia según intensidad síntomas de depresión



Teniendo en cuenta las puntuaciones totales de cada cuidador con respecto a los rangos establecidos en el test para depresión se puede deducir que 9 personas no muestran síntomas depresivos, otros 21 se encuentran en el segundo rango de depresión leve siendo este el que encierra mayor población asimismo, el grupo depresión moderada contiene 8 cuidadores y finalmente, 2 personas manifiestan síntomas que los ubica en el rango de depresión severa.

### 10.3 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

**Tabla 2.** Estadísticos descriptivos

	<b>Media</b>	<b>Desviación típica</b>	<b>N</b>
<b>Ansiedad Total</b>	21.28	9.31	40
<b>Depresión Total</b>	15.73	8.24	40
<b>Edad c</b>	51.88	15.71	40

Teniendo en cuenta la media obtenida en Ansiedad total se puede decir que el promedio de la población para este caso específico es 21.28 lo que se traduce en ansiedad moderada, y a través de la desviación típica se infiere que los datos se desvían o alejan 9.31 desviaciones con respecto a la media. El promedio de la población con respecto a la variable Depresión total es de 15.73 lo que se traduce en depresión leve y los datos se alejan 8.24 desviaciones de la media. La media para la edad del cuidador es de 51.88 y se aleja 15.71 desviaciones de la misma.

## 10.4 CORRELACIONES

**Tabla 3.** Correlaciones entre variables ansiedad- depresión- edad del cuidador

		<b>Ansiedad Total</b>	<b>Depresión Total</b>	<b>Edad c</b>
<b>Ansiedad Total</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	1	.318*	.050
	<b>Sig. (bilateral)</b>		.045	.761
	<b>N</b>	40	40	40
<b>Depresión Total</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	.318*	1	.419**
	<b>Sig. (bilateral)</b>	.045		.007
	<b>N</b>	40	40	40
<b>Edad c</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	.050	.419**	1
	<b>Sig. (bilateral)</b>	.761	.007	
	<b>N</b>	40	40	40

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

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

Para hallar el cálculo de la relación entre los puntajes Ansiedad total, Depresión total y Edad del cuidador, se utilizó el estadístico de correlación de Pearson. De acuerdo con los resultados, se obtuvo una relación significativa con una ( $p= 0.045$ ) y ( $r=0.318$ ) lo que indica que existe asociación entre las variables depresión y ansiedad. Asimismo, se encontró una relación altamente significativa entre la edad del cuidador y la variable depresión con una ( $p=0.007$ ) y ( $r=0.419$ ), lo que quiere decir que la edad es un factor que se posiblemente tenga relación con la intensidad de los síntomas depresivos manifestados en los cuidadores.

## 10.5 KRUSKAL WALLIS CONTRASTE ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Para contrastar e interpretar las variables sociodemográficas con respecto a las variables ansiedad y depresión se utilizó el estadístico no paramétrico de Kruskal Wallis.

**Tabla 4.** Kruskal wallis ansiedad-depresión por género

	<b>Chi-Cuadrado</b>	<b>Sig.</b>	<b>Género</b>	<b>Rango Promedio</b>	<b>Media</b>
<b>ansiedad</b>	.435	.510	masculino	17,86	19,0000
			femenino	21,06	21,7576
<b>depresión</b>	6.639	.056	masculino	12,86	10,7143
			femenino	22,12	16,7879

Se puede inferir que las variables ansiedad y depresión con respecto al género, no presentan una relación significativa. Sin embargo, se puede indicar que teniendo en cuenta la ansiedad, es el género femenino con una media de 21.76 quien presenta un mayor nivel de ansiedad específicamente moderada así como en la variable depresión con una media de 16,8 lo que se traduce en el rango de depresión moderada.

**Tabla 5.** Kruskal wallis ansiedad-depresión por escolaridad

	<b>Chi-Cuadrado</b>	<b>Sig.</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Rango Promedio</b>	<b>Media</b>
<b>ansiedad</b>	2.804	.833	ninguno	25,50	24,0000
			primaria incompleta	16,83	18,6667
			primaria completa	18,00	19,5455
			secundaria incompleta	22,25	23,0000
			secundaria completa	19,79	20,5714
			técnico	22,13	22,5000
			universidad	27,20	26,4000
<b>depresión</b>	7.005	.320	ninguno	21,50	14,0000
			primaria incompleta	35,83	26,3333
			primaria completa	20,18	16,6364
			secundaria incompleta	25,50	16,0000
			secundaria completa	18,18	14,3571
			técnico	15,00	11,5000
			universidad	20,70	14,8000

Se puede decir que no existe una relación significativa entre las variables ansiedad y depresión con respecto a la escolaridad. Sin embargo, se infiere que dentro de las categorías establecidas son ninguno, secundaria incompleta y universidad quienes presentan los promedios más altos con respecto a la variable ansiedad lo que indica que están en el rango moderado a diferencia de primaria incompleta y completa que contiene los puntajes menores. En relación a la depresión, en la categoría primaria incompleta se encuentran los cuidadores con depresión moderada, a diferencia de técnico y secundaria completa con los puntajes mas bajos.

**Tabla 6.** Kruskal wallis ansiedad-depresión por estado civil

	<b>Chi-Cuadrado</b>	<b>Sig.</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Rango Promedio</b>	<b>Media</b>
<b>ansiedad</b>	1.342	.854	soltero	22,88	22,6250
			casado	20,83	21,5000
			unión libre	17,63	19,3750
			viudo	15,75	18,5000
			separado	24,00	24,0000
<b>depresión</b>	15.411	.004	soltero	15,88	12,7500
			casado	26,18	19,2500
			unión libre	10,94	10,1250
			viudo	8,75	9,5000
			separado	32,25	21,0000

Se puede inferir que existe una relación significativa entre la variable depresión con respecto al estado civil, mientras que teniendo en cuenta la Variable ansiedad no existe relación considerable. Asimismo, se puede resaltar que las categorías soltero (a) y casado (a) tienen los promedios más altos con respecto a la ansiedad y los menores unión libre y viudo. Mientras que en la variable depresión se destacan las categorías separado (a) y casado (a) con altos rangos a diferencia de soltero y viudo.

**Tabla 7.** Kruskal wallis ansiedad-depresión por estrato socioeconómico

	<b>Chi-Cuadrado</b>	<b>Sig.</b>	<b>Estrato</b>	<b>Rango Promedio</b>	<b>Media</b>
<b>ansiedad</b>	11.469	.022	uno	13,27	15,6667
			dos	23,82	23,6364
			tres	26,89	26,4444
			cuatro	19,88	21,0000
			cinco	37,50	34,0000
<b>depresión</b>	1.362	.851	uno	19,23	14,7333
			dos	20,73	17,1818
			tres	22,06	16,3333
			cuatro	18,38	13,0000
			cinco	31,50	20,0000

Se encuentra una relación significativa entre la variable ansiedad con respecto al estrato socioeconómico mientras que no existe relación significativa entre la depresión y el estrato. Teniendo en cuenta las medias obtenidas se destaca que en relación a la ansiedad los promedios más altos se concentran en el estrato dos y tres, mientras los menores se concentran en las categorías uno y cuatro, y en relación a la depresión sobresale el estrato dos y cinco, y con menor valor cuatro.

**Tabla 8.** Kruskal wallis ansiedad-depresión por ocupación

	<b>Chi-Cuadrado</b>	<b>Sig.</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Rango Promedio</b>	<b>Media</b>
<b>ansiedad</b>	3.902	.690	ama de casa	20,70	21,4545
			docente	31,00	29,0000
			pensionado	24,00	24,0000
			independiente	13,88	16,5000
			comerciante	22,33	22,6667
			desempleado	19,30	20,0000
			modista	11,50	15,0000
<b>depresión</b>	9.674	.139	ama de casa	23,23	17,8636
			docente	25,25	17,5000
			pensionado	26,33	18,6667
			independiente	16,50	12,2500
			comerciante	21,00	14,6667
			desempleado	9,90	9,6000
			modista	1,00	4,0000

Se puede inferir que no existe una relación significativa entre las variables ansiedad y depresión con respecto a la ocupación de los cuidadores. Sin embargo, se puede decir que en relación a la ansiedad las medias más altas son las obtenidas en las categorías docente, pensionado, comerciante y ama de casa lo que los encierra en el rango de ansiedad moderada, mientras los valores mas bajos se concentran la ocupación modista. En relación a la depresión, las medias más altas son las categorías pensionado, docente y ama de casa ubicándose en el rango de depresión leve a diferencia de la categoría modista.

**Tabla 9.** Kruskal wallis ansiedad-depresión por parentesco

	<b>Chi-Cuadrado</b>	<b>Sig.</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Rango Promedio</b>	<b>Media</b>
<b>ansiedad</b>	3.805	.433	hijo (a)	21.50	22,0556
			esposo (a)	22.50	23,1000
			sobrino (a)	15.00	18,0000
			nieto (a)	21.71	22,0000
			nuera/yerno	10.25	12,7500
<b>depresión</b>	11.139	.025	hijo (a)	19.58	15,1111
			esposo (a)	30.25	22,2000
			nieto (a)	13.64	11,2857
			nuera/yerno	14.38	11,2500
			sobrino (a)	12.00	11,0000

Se puede decir que existe una relación significativa entre la variable depresión y el parentesco, mientras que con respecto a la variable ansiedad no existe una relación considerable. Teniendo en cuenta las medias obtenidas en relación a la ansiedad los grupos que obtuvieron los promedios más altos fueron esposo, hijo y nieto a diferencia de la categoría nuera/yerno. En relación a la depresión, la categoría esposo tiene la media más alta, mientras la mas baja es sobrino.

## 11. DISCUSIÓN

Ejercer el rol de cuidador de pacientes con demencia y/o enfermedad de Alzheimer sugiere una serie de desafíos para la persona que se enfrenta a ello, en este caso, un familiar cercano quien decide asumir ésta gran responsabilidad y la manera como lo hace varía de una persona a otra, teniendo en cuenta que la capacidad del ser humano para responder y adaptarse a diversas situaciones de la vida no son las mismas en todos los casos. Asimismo, no se tiene claridad sobre los parámetros establecidos por cada uno de los cuidadores a la hora de desempeñar su función, es decir, las actividades que se consideran específicas de dicha labor, además del conocimiento de una red de apoyo familiar y social que indique que realmente ésta persona cuenta con asistencia complementaria para mitigar la carga que genera el nuevo rol asumido.

Partiendo del propósito principal del presente trabajo de grado que era determinar las manifestaciones sintomáticas de la depresión y la ansiedad que se presentan en los cuidadores primarios de pacientes con demencia, lo que se pretendía era obtener importantes hallazgos académicos por medio de la investigación que llevó a generar a su vez conclusiones significativas no solo en el ámbito científico y psicológico sino también en el plano social como por ejemplo hacer uso de los resultados obtenidos como punto de partida para investigaciones futuras asociadas a cuidadores de una forma más especializada, es decir, implementando otro tipo de diseños. A su vez, cabe mencionar que resultaría conveniente entrenar a los cuidadores en técnicas para la prevención de trastornos emocionales y tratamientos en caso de requerir intervención psicológica. En lo social, conviene decir que sería importante que se crearan grupos de apoyo para cuidadores a través de la inclusión de los mismos en el tratamiento de sus familiares enfermos.

Con respecto a la identificación de variables sociodemográficas, se tuvieron en cuenta algunas de gran relevancia para lograr de alguna manera caracterizar al cuidador de pacientes con demencia de manera descriptiva.

Cabe resaltar que en este caso en particular se dio relevancia a ciertas características subjetivas desde la perspectiva personal de los cuidadores que participaron del estudio y que dieron cuenta de la forma como ven y ejercen la labor, como por ejemplo el motivo que los llevó a adoptar dicha responsabilidad y

características propias del cuidado como el tiempo del mismo y las horas empleadas diariamente, entre otras importantes. Lo anterior, con el fin de enriquecer los resultados al tener en cuenta cuestiones importantes acerca de las implicaciones psicológicas para éstas personas a raíz de las condiciones en las que se lleva a cabo el cuidado de su familiar enfermo.

Al hacer referencia a los hallazgos obtenidos en cuanto a la variable ansiedad, teniendo en cuenta que la población estaba constituida por 40 cuidadores, se dice que el 90% de ellos presentan un nivel de ansiedad considerable distribuida en los rangos leve, moderado y severo, siendo moderado el rango que concentró mayor cantidad de cuidadores con una frecuencia de 16 personas. Sin embargo, es de vital importancia aclarar que el inventario de ansiedad de BECK no se considera un instrumento diagnóstico como tal, sino que ha sido utilizado ampliamente en las etapas de tamizaje.

En lo referente a la variable depresión, se encontró que el 77.5 % de la muestra presentan síntomas depresivos explícitos en cada uno de los rangos estipulados en el inventario de depresión de BECK que son leve, moderado y severo, y la mayor concentración de cuidadores se ubicó en el grupo leve con 21 personas. Por ésta razón, es válido afirmar que los cuidadores de pacientes con demencia independientemente de la etapa de la enfermedad en la que se encuentre su familiar, sí presentan síntomas ansiosos y depresivos en intensidad variable debidos presuntamente a las funciones que desempeñan diariamente como cuidadores principales asociado a su vez a las condiciones en las que se lleva a cabo dicha labor, lo que hace que se vea alterado el estado emocional de los mismos y se genere malestar psicológico.

Asimismo, se encontró que las variables ansiedad y depresión se correlacionan en un nivel significativo entre sí, lo que indica que un cuidador puede puntuar alto en la intensidad de los síntomas ansiosos y a su vez en la sintomatología depresiva, aunque no se puede concluir con certeza que se manifiesten en el mismo grado de intensidad. Por tal motivo, es conveniente traer a colación el estudio realizado por el programa de psicología de la Universidad Surcolombiana, denominado "*Características sociodemográficas, síntomas depresivos y ansiosos en los cuidadores familiares de pacientes oncológicos; ubicados en la unidad de cancerología de la E. S. E. hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva*"<sup>94</sup>, donde una de sus conclusiones principales fue la existencia de síntomas depresivos y ansiosos significativos en éstos cuidadores, lo que de

---

<sup>94</sup> VALLEJO, G Y RONCANCIO, V. Op. Cit. p. 15

alguna manera corrobora que desempeñarse como cuidador independientemente de la condición médica del paciente, desencadena con el paso del tiempo síntomas emocionales que pueden afectar la salud mental de éstas personas.

De la misma manera, cabe mencionar el estudio “*Relación de las variables ansiedad y depresión con la calidad de vida en pacientes con tratamiento para cáncer gástrico de la unidad de cancerología de Neiva 2007-2008*”<sup>95</sup> realizado por el programa de psicología de la Universidad Surcolombiana ya que al utilizar la correlación de Pearson, se determinó que la Depresión no afecta la calidad de vida de pacientes con cáncer gástrico, mientras que la variable Ansiedad presentó relaciones significativas con cada una de las dimensiones de la calidad de vida. Aunque en el presente estudio no se tomó en cuenta la variable calidad de vida y el trabajo fue con cuidadores y no propiamente con pacientes, se puede indicar que en ambos estudios la ansiedad se manifiesta de manera considerable afectando la homeostasis de las personas lo cual pone a prueba las estrategias de adaptación y afrontamiento que se tienen para el manejo adecuado de nuevas situaciones en la vida que se perciben como amenazantes.

De este modo, en lo referente a las alteraciones emocionales del cuidador de pacientes con demencia, se encontró en la literatura que “en la medida en que los signos de deterioro en el enfermo se hacen más intensos y evidentes de esta misma manera se hacen presentes las reacciones emocionales tales como la depresión y la ansiedad en los familiares.”<sup>96</sup> Ésta afirmación se aplica ampliamente en el presente estudio, debido a la presencia de dichos síntomas en los cuidadores de pacientes con demencia, luego de comparar e interpretar los puntajes totales para cada inventario, se puede deducir que la población está expuesta a un alto riesgo de padecer en un futuro trastornos emocionales que requieran un tipo de intervención especializada como tratamiento psicoterapéutico o intervención psiquiátrica.

Otra comparación importante de resultados obtenidos se puede hacer con respecto al estudio realizado en el año 2010, titulado “*sobrecarga, Depresión y Ansiedad en cuidadores informales primarios de pacientes con trastorno Bipolar*”<sup>97</sup>, en la universidad Surcolombiana de la ciudad de Neiva del programa de Psicología, en donde su objetivo era medir los niveles de sobrecarga, depresión y ansiedad de 50 cuidadores informales primarios de pacientes con TAB de la

---

<sup>95</sup>ARTUNDUAGA. A, BUSTOS. E y HERNANDEZ. I. Óp. Cit.12

<sup>96</sup> ALBERCA, R Y LÓPEZ, S. Óp. Cit. 112

<sup>97</sup>SOTO, Oscar y GARCIA, Lorena. Óp. Cit. p. 13

ciudad de Neiva, en donde concluye que los cuidadores presentan síntomas afectivos relacionados a la percepción de carga del cuidador de pacientes bipolares, adicional a ello, los investigadores utilizaron como instrumentos igualmente los inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck.

En lo que concierne a la correlación entre dichas variables, en ambos estudios la relación es significativa, lo que da soporte a la hipótesis inicial de la manifestación de síntomas ansiosos y depresivos en los cuidadores posiblemente desencadenados por las implicaciones que tiene el cuidado.

Al hacer referencia a las características sociodemográficas, cabe resaltar que con respecto al género, el 83 % corresponde al femenino, mientras el 17 % de los cuidadores que participaron del estudio son del masculino. Lo que evidencia para este caso en particular, que son en su mayoría las mujeres quienes deciden hacerse cargo del cuidado de su familiar. Esto coincide con el estudio realizado en el año 2002 en la universidad de Alicante llamado *“Familia y cuidados de salud. calidad de vida en cuidadores y repercusiones sociofamiliares de la dependencia”*<sup>98</sup>, dirigido por María Victoria Delicado Useros, que se enfocó en las diferentes perspectivas que existen acerca del cuidado informal de la salud en donde expone la importancia que tiene el apoyo económico y social que aporta la familia en situaciones de carencia que se presentan y concluye que son en mayor medida las mujeres quienes se encargan de asumir la responsabilidad de cuidar a sus familiares cuando se encuentran en situación de enfermedad.

Lo anterior, posiblemente se sustenta en el hecho de que las mujeres tienen características de tipo maternal independientemente de que sean o no madres, por ellos se tiene presente que “la maternidad es también el núcleo básico de la identidad genérica: las mujeres viven una subjetividad dedicada a nutrir, comprender, proteger y sostener a otros”<sup>99</sup>

Asimismo, se hace la comparación con el estudio de Fabiola Yonte y colaboradores, denominado sobrecarga del cuidador principal, donde concluyen que 86% de los cuidadores eran mujeres, de edad media, hija/o del dependiente, casados, con estudios primarios, sin trabajo fuera del hogar, con una dedicación

---

<sup>98</sup> DELICADO, V. Op. Cit.

<sup>99</sup> SANCHEZ, Ángeles. Cultura patriarcal o cultura de mujeres: una reflexión sobre las interpretaciones actuales. [en línea] citado 29 mayo de 2012. Disponible en <<http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0054/161-168.pdf>>

media al cuidado de 16,96 horas al día<sup>100</sup>. Lo anterior soporta en gran medida los hallazgos del estudio debido a la similitud en los resultados con respecto a las características sociodemográficas.

Aunque no existe una relación significativa de las variables ansiedad y depresión respecto al género, es importante resaltar que son las mujeres quienes presentan la tendencia a puntuar alto en el rango de ansiedad y depresión moderada. A su vez, al hablar de la edad de los cuidadores, se destaca que la edad mínima encontrada es de 18 años, mientras la máxima es de 77 y el rango de mayor proporción está entre 48 a 57 años.

Sin lugar a dudas, uno de los estudios encontrados a nivel internacional y que cuenta con gran valor para contrastarlo con el presente trabajo de grado es el de Rodríguez-Agudelo y colaboradores en México, llamado Variables asociadas con depresión y ansiedad en cuidadores de pacientes con enfermedades neurodegenerativas<sup>101</sup>, donde concluyen que las mujeres presentaron mayor ansiedad ( $p < 0.05$ ) y depresión ( $p < 0.05$ ) en comparación con los hombres. Los cuidadores con menor escolaridad presentaron mayor ansiedad ( $p < 0.01$ ) y depresión ( $p < 0.01$ ). Por último se encontró que los padres cuidadores tenían mayor ansiedad ( $p < 0.05$ ) y depresión ( $p < 0.01$ ) que otros familiares encargados del cuidado del paciente

En lo concerniente al nivel de escolaridad, se dice que el 97.5 % de los cuidadores entrevistados cuentan con algún tipo de estudio académico, siendo bachillerato completo la categoría con mayor número de personas, seguido de primaria completa. Asimismo, solo un cuidador no ha realizado estudio alguno, de lo que se puede argumentar que generalmente son las personas con bajo nivel educativo quien se hace cargo de su familiar. Aun así, no existe relación significativa al contrastar las variables ansiedad y depresión con la escolaridad.

Con relación al estado civil, el 70% de los cuidadores tiene pareja sentimental sean casados o en unión libre. A su vez, existe una relación significativa entre la variable depresión con respecto al estado civil, especialmente la categoría separado lo que puede indicar una mayor predisposición a manifestar síntomas depresivos al no contar con el apoyo de una pareja.

---

<sup>100</sup> YONTE, Fabiola et al. Sobrecarga del cuidador principal. [en línea] citado 30 mayo de 2012. Disponible en: <[http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/PONENCIA/NURE48\\_comunicacion\\_sobrecargacuidad.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PONENCIA/NURE48_comunicacion_sobrecargacuidad.pdf)>

<sup>101</sup> RODRIGUEZ, Agudelo et al. Óp. Cit. p 25

El estrato socioeconómico resulta ser una variable de gran importancia, en este caso, se evidencia que el 65% de los cuidadores son de bajos recursos económicos ya que se concentran en las categorías de los estratos 1 y 2, lo que posiblemente indica una mayor dificultad para adquirir recursos necesarios a la hora de desempeñar su rol de cuidador ya que en ocasiones los pacientes demandan no solo atención sino cuidados específicos en la comida, entre otros.

En contraste, tan solo el 12.5% de la muestra son de estratos 4 y 5, lo que sugiere que las personas con mayor estabilidad económica no suelen asumir el cuidado de su familiar enfermo sino que optan por financiar un cuidador institucionalizado. Asimismo, se observa una relación significativa entre la variable Ansiedad con respecto al estrato socioeconómico, siendo los cuidadores de los estratos 2 y 3 los que evidencian mayores niveles de ansiedad.

En relación a la ocupación, se evidencia que el 55% son amas de casa y el 13% de la muestra son desempleados, lo que puede indicar que al no contar con un trabajo remunerado o que implique ausentarse del hogar, tienen mayor disponibilidad para estar al pendiente de su familiar. Sin embargo, no existe relación significativa al contrastar las variables Ansiedad y Depresión con respecto a la ocupación.

La edad del paciente no se considera de gran relevancia en el presente estudio, sin embargo se tuvo en cuenta debido a que se sabe que con el paso de los años, la demencia al ser progresiva genera síntomas y manifestaciones cada vez más difíciles de sobrellevar. Por esto, se evidencia que el rango comprendido entre 74 a 84 años concentra el mayor número de pacientes con un 70% del total. Lo anterior puede demostrar una mayor dificultad para los cuidadores a la hora de llevar a cabo las labores de cuidado especialmente las de alimentación y aseo.

En relación al motivo principal por el cual los cuidadores deciden hacerse cargo del paciente, se concluye que el 47 % de ellos lo hace por afecto hacia su familiar enfermo, en contraste, el 10 % manifiesta sentirse obligado a hacerlo.

Por otra parte, según los rangos establecidos en el tiempo de cuidado de paciente, la mayor concentración de cuidadores esta en el grupo de uno a once meses con el 20%. Aun así, el 80% de los cuidadores han invertido entre 3 y 15 años al cuidado del paciente, teniendo en cuenta que en algunos casos los familiares fueron diagnosticados con demencia o Alzheimer de inicio temprano y sumado a esto, cabe rescatar que se trata de síndromes neurodegenerativos de curso progresivo, lo que puede explicar la cantidad de años que vive el paciente con

dicha condición y el número de horas empleado al cuidado del paciente siendo los rangos de 12 y 24 horas los de mayor proporción.

Al hacer referencia al parentesco, el 45% son hijos (as), mientras el 25 % hace referencia al esposo (a). Esto indica que el 70% de la muestra se ubica en lo que se conoce como familia nuclear. El 30 % restante hace parte de cuidadores cuyo parentesco se considera como familia extensa o lejana, sin embargo se evidencia que en este caso nietos, nueras, yernos y sobrinos adoptan el rol de cuidador lo que posiblemente se relaciona con los motivos por los cuales deciden hacerlo.

Asimismo, se dice que existe una relación significativa entre la variable depresión con respecto al parentesco, siendo el rango de esposo (a) el que mayor manifestaciones de síntomas depresivos presenta, lo que sugiere que efectivamente la dinámica de pareja se ve afectada por la aparición de la enfermedad y las implicaciones del cuidado.

A través de la implementación de la entrevista semiestructurada, se obtuvo valiosa información desde la mirada del cuidador. En lo concerniente a los cambios percibidos a nivel cognitivo, afectivo y comportamental, se evidenció que el 70% de la muestra ha sufrido cambios en el plano cognitivo referidos a pensamientos negativos de sí mismo, del paciente y hacia los demás miembros de la familia.

En lo afectivo, se dice que el 85% de los cuidadores refirieron cambios en sus sentimientos, algunos se conectaron de forma positiva con sus familiares reafirmando sus afectos, mientras otros manifestaron sentimientos negativos. Esto se asocia a que el 25% de las persona entrevistadas indicaron sentir rabia por tener que cuidar de su familiar. Finalmente, el 77.5% percibió cambios en la dimensión comportamental evidenciados en la disminución de actividades en donde se tuvieran que ausentar del hogar.

Lo expuesto se corrobora en la literatura, cuando se habla del síndrome del cuidador quemado que “incluye desarrollar actitudes y sentimientos negativos hacia los enfermos a los que se cuida, desmotivación, depresión, angustia, trastornos psicósomáticos, fatiga y agotamiento no ligado al esfuerzo, irritabilidad, despersonalización y deshumanización, comportamientos estereotipados<sup>102</sup>”

En cuanto a la percepción que tienen los cuidadores con respecto a los cambios en su estado de salud se evidencia que el 75% de la muestra ha padecido

---

<sup>102</sup> GARCÍA PIÑAL, 2004, Flórez, 1996. Op. Cit.

malestar y dolencias de tipo físico que aumentan con el paso del tiempo y que posiblemente están asociados al cuidado de su familiar, de los que se destacan dolores de espalda, brazos y cabeza.

Finalmente, es de vital importancia resaltar que luego de realizar un análisis minucioso de variables implicadas o asociadas al cuidado de pacientes con demencia, se concluye que son muchas las dimensiones que se ven afectadas al asumir y llevar a cabo la labor del cuidado diario, especialmente y la que mereció total atención en este caso, la emocional corroborada a través de la medición de la intensidad de los síntomas ansiosos y depresivos, así como la interacción de las mismas respecto a variables sociodemográficas.

## 12. CONCLUSIONES

\*A partir del estudio realizado se pudo identificar la existencia de síntomas depresivos y ansiosos en los cuidadores de pacientes con demencia de la ciudad de Neiva, evidenciado a su vez en la correlación significativa entre dichas variables.

\*Según la investigación a nivel general se estableció que el 83% de los cuidadores son de género femenino, mientras que el 17% lo son del masculino. Además las mujeres presentan una asociación estadísticamente significativa con la aparición de síntomas ansiosos y depresivos.

\*El rango de edad que encierra mayor población de cuidadores es el de 48 a 57 años que corresponde en gran medida a cuidadores de género femenino.

\*Teniendo en cuenta el oficio actual de los cuidadores, son las amas de casa con un 55% quienes tienen mayor proporción con respecto a los demás oficios.

\*Se halló una relación altamente significativa entre depresión y la edad del cuidador, lo que demuestra ser un factor relevante asociado positivamente a la intensidad de los síntomas depresivos.

\*El 40% de la muestra presentó ansiedad moderada, el 27% leve y el 23% ansiedad severa, siendo esto un factor determinante el cual evidencia la presencia de síntomas ansiosos en los cuidadores primarios de pacientes con demencia.

\*En cuanto a los síntomas depresivos el 53% de la muestra presenta una depresión leve, el 20% moderada y el 5% severa, lo que evidencia la sintomatología depresiva en los cuidadores familiares de pacientes con demencia de la ciudad de Neiva.

\*Según lo observado, existe una relación significativa entre la variable depresión con respecto al estado civil y al parentesco.

\*Se encontró una relación significativa de la variable ansiedad con respecto al estrato socioeconómico, siendo los cuidadores con estrato dos y tres los que presentan promedios más altos.

\*Los resultados alcanzados en este estudio proporcionan bases teóricas para implementar estrategias de prevención a nivel psicoterapéutico de los síntomas Depresivos y Ansiosos, en el cuidador familiar de pacientes con Demencia.

\*Se evidencia a través de los resultados la vulnerabilidad de los cuidadores primarios, considerándolos una población de alto riesgo frente a los síntomas Depresivos y Ansiosos.

### 13. RECOMENDACIONES

\*El trabajo de grado realizado brinda herramientas importantes como lo son la entrevista semiestructurada para cuidadores que permite indagar sobre aspectos personales y del cuidado. Por otro lado, proporciona una perspectiva más humana al rol del psicólogo que facilita identificar características personales que influyen activamente sobre las labores del cuidado así como la intervención de los cuidadores principales de pacientes con demencia, específicamente en su estado emocional y la dinámica familiar.

\*Se recomienda diseñar programas de atención psicológica dirigidos a cuidadores de pacientes con demencia con el fin de realizar un acompañamiento profesional durante la convivencia con el familiar bajo su cuidado, para brindarle estrategias de afrontamiento y adaptación frente a la nueva situación y sus implicaciones a largo plazo, así como implementación de un manual que contenga pautas de cuidado para facilitar dicha labor teniendo en cuenta que todas las condiciones médicas tienen un manejo diferente.

\*Se sugiere que a partir de los resultados obtenidos con la presente investigación, se realicen en un futuro estudios de mayor complejidad con la misma población, como por ejemplo estudios experimentales y de intervención, en donde se indague a profundidad otras características importantes de los cuidadores como sus rasgos de personalidad, antecedentes, proyecto de vida, relaciones interpersonales y principalmente su estado emocional.

\*Es recomendable que se tenga en cuenta para futuras investigaciones la elaboración de un instrumento cuyo objetivo sea la evaluación del estado emocional de cuidadores de pacientes con enfermedades neurodegenerativas, que cuente con todas las características de validez y confiabilidad para que sea estandarizado y aplicado en la población colombiana.

## BIBLIOGRAFÍA

AFANADOR, Natividad. El Reto De Los Cuidadores: Familiares De Personas En Situación Crónica De Enfermedad. Consultado [26 de Noviembre 2010], Disponible en: <[www.enfermeria.unal.edu](http://www.enfermeria.unal.edu)>.

ALBERCA, R Y LÓPEZ-POUSA, S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 3 Ed. Madrid. España: Panamericana. 2002. p. 61.

ALBERCA, Roman y LOPEZ-POUSA, Secundino. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 3 ed. Buenos Aires. Argentina: Panamericana, 2006. p. 147.

ALBERCA, R; LOPEZ, S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias: Demencias y familiares cuidadores. Deterioro, sobrecarga y apoyo social. Tercera edición. Buenos Aires. Argentina: Editorial médica panamericana, 2006. p. 110.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Handbook of Psychiatric Measures. Washington, 2000.

ARAQUE, Francis y RODRIGUEZ, Xiomara. Familias y discurso escolar. En: Omnia. [en línea] Vol. 14, N° 002 (2008). Consultado [23 Mayo 2011]. Disponible en:  
<<http://docs.google.com/viewer?url=http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/737/73714203.pdf&chrome=true>>.

ARTUNDUAGA. A, BUSTOS. E y HERNÁNDEZ. I. Relación de las variables ansiedad y depresión con la calidad de vida en pacientes con tratamiento para

cáncer gástrico de la unidad de cancerología de Neiva 2007-2008. Universidad surcolombiana: Psicología. Colombia. 2009.

ASTUDILLO, W; MEDINUETA, C. Necesidades de los cuidadores del paciente crónico: derechos de los enfermos y cuidadores. P. 250. Disponible en: <[http://epssalud.com.ar/Pdfs/Paliativo\\_Astudillo\\_Necesidades\\_Cuidadores.pdf](http://epssalud.com.ar/Pdfs/Paliativo_Astudillo_Necesidades_Cuidadores.pdf)> Consultado: [05 de Diciembre 2010].

BECK, A. citado en: LUGE, C. Valoración de los trastornos-depresivos en la mujer histerectomizada. 2004 p. 21.

BEIN Y OVCHAROVA. 1970. Citado por: ARDILA, Alfredo y ROSELLI, Mónica. Neuropsicología clínica, tomo I. Bogotá. Colombia: Prensa creativa. p. 95.

BOWLBY. Factores que influyen en la relación familiar-enfermo. Citado por: R.Alberca, S. Lopez. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Demencia y familiares cuidadores. 3ra edición. Editorial medica panamericana. Buenos aires. 2006. p. 111.

CANO, A. Criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad DSM-IV TR.

Disponible en:

<[http://www.ucm.es/info/seas/ta/diag/Trastornos\\_de\\_ansiedad\\_segun\\_la\\_DSM.pdf](http://www.ucm.es/info/seas/ta/diag/Trastornos_de_ansiedad_segun_la_DSM.pdf)> Consultado [21 de Mayo de 2011].

CASAL, J Y MATEU, E. En: Tipos de muestreo. [revista electrónica][consultado 27 febrero 2011] disponible en: <

<http://minnie.uab.es/~veteri/21216/TiposMuestreo1.pdf>>.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES (CIE- 10)  
Apartado de trastornos mentales y del comportamiento. Código F33.

COMECHE, M. I.; DÍAZ, M. I. y VALLEJO, M. A. Cuestionarios, Inventarios y Escalas. Ansiedad, Depresión y Habilidades Sociales. Fundación Universidad-Empresa. España. Madrid, 1.995.

CONDE, V. y FRANCH J. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn SA, 1984.

CONGRESO NACIONAL DE COLOMBIA. Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006: disponible en <<http://www.colpsic.info/resources/Ley1090-06.pdf>>. consultado [21 de mayo de 2011].

COX, B. J. *et. al.* Does the Beck Anxiety Inventory measure anything beyond panic attack symptoms? *Behav Res Ther.* Canada. 1996; 34(11): 949-61.

DEBEURS, E. *et.al.* Convergent and divergent validity of the Beck Anxiety Inventory for patients with panic disorders and agoraphobia. *Depress Anxiety* 1997; 6(4): 140-6.

DE LA CUESTA, Carmen; Cuidado artesanal; Universidad de Antioquia. Colombia: Medellín. 2003.

DELICADO, V. Familia Y Cuidados De Salud. Calidad De Vida En Cuidadores Y Repercusiones Sociofamiliares De La Dependencia: Ediciones Universidad de Alicante. Facultad de Psicología. Consultado el [3 de febrero de 2010].

Disponible en:

<[www.imsermayores.csic.es/SENIOR/BASIS/Senior/Web/docu](http://www.imsermayores.csic.es/SENIOR/BASIS/Senior/Web/docu)>.

Disponible en: <<http://nccam.nih.gov> National Institute for Complementary and Alternative Medicine>. Consultado [04 de Diciembre del 2010].

GARCÍA PIÑAL, 2004, Flórez, 1996. Burn-out o síndrome del cuidador quemado, citado por RODRIGUEZ, A. Sobrecarga psicofísica en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer causas, problemas y soluciones. Disponible en :<<http://www.psicologiaonline.com/colaboradores/delalamo/alzheimer.shtml>> Consultado [04 de diciembre 2010].

GOMEZ, M. Impacto en la biografía de los cuidadores de pacientes con demencia. Universidad De Antioquia. Enfermería. 2004.

GOODING et al 2006. Prevalencia de las Demencias en la Población Mayor de 60 Años en el Municipio de Neiva. 2003-2005.

HERNÁNDEZ, S. Alzheimer un reto de presente y futuro: la problemática social y familiar de la enfermedad de Alzheimer, los cuidados con nombre de mujer. Asociación familiares enfermos Alzheimer a curuña (AFACO). Disponible en: <[http://www.afaco.es/pdf/publicaciones/alzheimer\\_un\\_reto\\_presente\\_y\\_futuro.pdf](http://www.afaco.es/pdf/publicaciones/alzheimer_un_reto_presente_y_futuro.pdf). > Consultado: [04 de Diciembre 2010].

HERNÁNDEZ, S; FERNÁNDEZ, C Y BAPTISTA, L. Metodología de la investigación. Tercera edición. McGraw Hill. México. 2003.

HERNÁNDEZ, S; FERNÁNDEZ, C Y BAPTISTA, L. Metodología de la investigación. Cuarta edición. McGraw Hill. México. 2008. p 208.

INSTITUTO NACIONAL PARA EL ENVEJECIMIENTO. Guía para quienes cuidan a personas con Alzheimer. [en línea] (2010) Disponible en: <<http://www.nia.nih.gov/Espanol/Publicaciones/GuiaCuidar/>>.

KENDALL, P.C., *et.al.* Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cogn Ther Res* 1987; 11: 289-299.

LEE, Dwyer y Jankowski (1994). En: La sobrecarga en los Cuidadores Principales de Enfermos de Alzheimer. Servicio de publicaciones de la universidad de Murcia, España. Vol 14, N° 2 1998.

MARTINSEN, E.W.; FRIIS, S. y HOFFART, A. Assessment of depression: comparison between Beck Depression Inventory and subscales of Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92: 460-463.

MESULAM, M. Alzheimer Disease and Dementia: Clinical Neurobiological Perspectives. ARANGO, J. FERNÁNDEZ, S. ARDILA, A. En: Las demencias, aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento: demencias, conceptos, criterios diagnósticos y clasificación. Ed. El manual moderno. 2003. p. 16.

MINGOTE, J, PEREZ, S. Estrés en la enfermería, el cuidado del cuidador. Madrid España: Díaz de santos, S.A, 2003, p 68.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 8430 de 1993. República de Colombia.

MULROW, C. D. *et. al.* Case-finding instruments for depression in primary care settings. *Ann Intern Med.* Texas. USA. 1995; 122: 913-921.

LOPERA, Francisco. Citado por: LA NACIÓN. Alzheimer tendría cura y sería colombiana. Colombia: Neiva, 2012. Disponible en: <<http://www.lanacion.com.co/2012/06/05/alzheimer-tendria-cura-y-seria-colombiana/>>.

LYDDON, William y JONES, John. Terapias cognitivas con fundamento empírico. Aplicaciones actuales y futuras. Editorial manual moderno. Colombia. 2002. p. 19.

OROZCO de Gómez, María Eugenia; Papel del Psicólogo ante el enfermo de Alzheimer; Memoria y Demencias; Volumen 1; Grupo Dneuropsy; Universidad Surcolombiana. Colombia. Neiva. 2005.

PEÑA-CASANOVA, Jordi. Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer. Ed. Fundación "la caixa" Barcelona. España. 1999.

PEREDA C, ACTIS W y PRADA M. Cuidadores de personas mayores. Perspectivas del apoyo informal en España. Colectivo ioê p. 238.

PÉREZ, A. El cuidador primario de familiares con dependencia: calidad de vida, apoyo social y salud mental. Universidad de Salamanca. España. 2006. Disponible en: <<http://www.laalamedilla.org/Investigacion/CD%20Tesis/Tesis%20Anibal/tesina%20ocuidad.ores06.pdf>>. consultado [30 de Noviembre 2010].

POLIT, D. Y HUNGLER, B. Investigación científica en ciencias de la salud. Cuarta edición. México. McGraw Hill. 1994. p 188.

POLIT, D y HUNGLER, B. investigación científica en ciencias de la salud, Quinta edición, p. 171. México. Mac. Graw hill. 1998.

PSICOPATOLOGÍA DE LA ANSIEDAD. [en línea] consultado 22 septiembre de 2011. Disponible en:  
<[http://www.ucm.es/info/seas/ta/diag/Trastornos\\_de\\_ansiedad\\_según\\_la\\_DSM.pdf](http://www.ucm.es/info/seas/ta/diag/Trastornos_de_ansiedad_según_la_DSM.pdf)>.

REVISTA DE ORTOPEDIA. En: Recomendaciones metodológicas para la elaboración de propuestas de investigación clínica. [revista electrónica][consultado 27 febrero 2011] Disponible en:  
< <http://www.encolombia.com/orto12398recomendaciones2.htm>>.

RÍOS GALLARDO, Ángela Magnolia. Epidemiología en Demencias; Revisión Bibliográfica. Universidad Surcolombiana. Grupo de Investigación DNEUROPSY. Colombia: Neiva. 2008.

RODRIGUEZ, Agudelo et al. Variables asociadas con depresión y ansiedad en cuidadores de pacientes con enfermedades neurodegenerativas. [en línea] Vol. 15, No. 1: 25-30; 2010. Consultado [30 mayo de 2012]. Disponible en:  
<<http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2010/ane101f.pdf>>.

ROING, María Vicenta, ABENGÓZAR, María Carmen y SERRA, Emilia. Op.cit., p. 2-3 Véase en: PEREDA, C; ACTIS, W Y PRADA, M. Cuidadores de personas mayores. Perspectiva del apoyo informal en España.

ROING, Vicenta. ABENGÓZAR, Carmen Y SERRA Emilia. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. En: Anales de psicología. [En línea]. Vol. 14 No. (1998). [Consultado 28. Mayo 2012]. Disponible en <[http://www.um.es/analesps/v14/v14\\_2/08-14-2.pdf](http://www.um.es/analesps/v14/v14_2/08-14-2.pdf)>.

SAENZ, J Y USECHE, S. Funcionamiento familiar en pacientes con demencia tipo Alzheimer de la ciudad de Neiva. Universidad Surcolombiana: Psicología. Colombia. 2006.

SANCHEZ, Ángeles. Cultura patriarcal o cultura de mujeres: una reflexión sobre las interpretaciones actuales. [en línea] citado 29 mayo de 2012. Disponible en: <<http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0054/161-168.pdf>>.

SCHOTTE, C.K, MAES M. y CLUYDTS, R. *et. al.* Construct validity of the Beck Depression Inventory in a depressive population. *J Affect Disord* 1997; 46: 115-125.

SOTO, Oscar y GARCIA, Lorena. Sobrecarga, depresión y ansiedad en cuidadores informales primarios de pacientes con trastorno Bipolar. Universidad Surcolombiana: Psicología. Colombia. 2010.

TERAN, M. Estudio de red personal en cuidadores de pacientes con Alzheimer. Universidad Nacional Autónoma de México. Consultado [26 de Noviembre 2010]. Disponible en:<<http://revista-redes.rediris.es/webredes/vmesahispana/apoyo.pdf>>.

TOBAL, J.J. (1990). La ansiedad. En J. MAYOR y L. PINILLOS. *Tratado de Psicología General* (Vol. 3). *Motivación y emoción*. 309-344. Madrid: Alhambra.

VALLEJO, G Y RONCANCIO, V. Características sociodemográficas, síntomas depresivos y ansiosos en los cuidadores familiares de pacientes oncológicos; ubicados en la unidad de cancerología de la E. S. E. hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva. Universidad Surcolombiana: Psicología. Colombia. 2006.

YONTE, Fabiola et al. Sobrecarga del cuidador principal. [en línea] citado 30 mayo de 2012. Disponible en:<[http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/PONENCIA/NURE48\\_comunicacion\\_sobrecargacuidad.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PONENCIA/NURE48_comunicacion_sobrecargacuidad.pdf)>.

## ANEXOS

### ANEXO A

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGIA  
NEIVA – HUILA**

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Yo; \_\_\_\_\_

O quien me represente; \_\_\_\_\_

Identificado con c.c. N° \_\_\_\_\_

Manifiesto que he sido informado sobre el estudio de investigación realizado por los estudiantes de psicología de la Universidad Surcolombiana; Mayra Alejandra Brand, Edna Lizeth Rojas, y María Alejandra Muñoz sobre “*¿Cuáles son los síntomas Depresivos y Ansiosos que se manifiestan en los cuidadores primarios de pacientes con demencia; de la ciudad de Neiva?*” Conozco los procedimientos que se utilizaran, además de sus objetivos, justificación y metodología a utilizar.

Por lo tanto autorizo mi participación en esta investigación aportando los datos que sean necesarios, de acuerdo a los instrumentos de recolección utilizados por los investigadores, de los cuales también he sido informado/a que no representan ningún riesgo para mi integridad, además que dicha información aportada hará parte del sigilo profesional y no será utilizada para otros fines diferentes a los objetivos de la investigación. De igual forma durante el desarrollo del estudio tendré la opción de retirar mi consentimiento en el momento que yo lo desee, asimismo existe el compromiso de los investigadores de hacerme conocedor(a) de los resultados de la investigación en el momento que lo solicite.

Atentamente: \_\_\_\_\_



## ANEXO B

### UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS PROGRAMA DE PSICOLOGÍA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE LOS CUIDADORES

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:
Dirección Residencia:
Teléfono:
Género: Masculino ( ) Femenino ( )
Edad cuidador:
Escolaridad:
Estado civil:
Estrato socioeconómico:
Oficio actual:
Edad del familiar al que cuida:

1. ¿Cuál es el motivo por el cual usted lleva a cabo el cuidado de su familiar?

.....  
.....  
.....

2. ¿Cuánto tiempo lleva cuidando de su familiar? (días/meses/años)

.....  
.....  
.....

3. ¿Cuántas horas al día dedica al cuidado de su familiar?

.....  
.....  
.....

4. ¿Qué parentesco tiene con la persona que tiene a su cuidado?

-----  
-----  
-----

5. ¿Ha cambiado de algún modo su vida cotidiana debido al cuidado que realiza a su familiar? ¿cómo?

Cognitivo: -----  
-----  
-----

Afectivo: -----  
-----  
-----

Comportamental:-----  
-----  
-----

6. ¿Ha sentido que su salud se ha deteriorado desde el momento que comenzó a cuidar a su familiar? Si/No ¿Cómo?

-----  
-----  
-----

7. ¿Siente rabia por tener que cuidar a su familiar enfermo? Si/No ¿Por qué?

-----  
-----  
-----

**ANEXO C**  
**INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK**

**ANEXO D**  
**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**