

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA



MANEJO DEL ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA, UNA
REVISION DOCUMENTAL

FELIPE ALDANA CÁRDENAS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

IBAGUÉ - TOLIMA

2021

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA



MANEJO DEL ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA, UNA
REVISION DOCUMENTAL

FELIPE ALDANA CÁRDENAS

Trabajo de grado para optar al título de psicólogo

Ph.D. José Amilkar Calderón Chagualá

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

IBAGUÉ - TOLIMA

2021



NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Ibagué, mayo de 2021

Dedicatoria

Mis esfuerzos, mis conocimientos y mi sabiduría se las dedico a Dios y la oportunidad que me brindo la vida por darme el privilegio de llevar a cabo esta experiencia y culminarla con gran éxito, que me permitió no desfallecer a pesar de los grandes tropiezos. A mis padres quienes me han ofrecido la confianza para salir adelante y su continua lucha por brindarle al mundo una mejor persona.

A mi hijo, gracias por ser luz en mi camino, llenarme de fuerzas para seguir adelante y crecer como persona, por existir, por ser parte de mi vida, por confiar en mí y más que nada por su incondicional apoyo, ángel de mi guarda, Por luchar día a día y verme cumplir este sueño y propósito.

A aquellos amigos que incondicionalmente me apoyaron con su sabiduría, positivismo y paciencia, por ser parte de esta experiencia, por acompañarme y brindarme día a día tranquilidad y seguridad. A esas personas que no me acompañan hoy por hoy, pero que pasaron por mi vida, gracias por el aporte que realizaron con su apoyo, presencia y consejos.

Gracias infinitas hoy doy a la vida, por cada experiencia y permitir, forjar de mi vida un legado.

Agradecimientos

El culminar esta etapa de la vida significa cerrar un ciclo colmado de éxitos, lo cual no hubiera sido posible sin el apoyo de personas que hicieron parte de este proceso de una u otra forma, por lo tanto, mis más gratos y sinceros agradecimientos son para:

Mi asesor investigativo, el Doc. José Amilkar Calderón Chagualá, por hacer parte de este proyecto, por dedicar parte de su tiempo e infundir su conocimiento, al Doc. Helmer Chacón Peralta, quien a lo largo de mi carrera acompañó mi proceso de formación brindando su apoyo.

Finalmente quiero brindar un especial agradecimiento por la comprensión, paciencia y el ánimo recibido por parte de familiares, amigos y docentes del programa de psicología. A todos aquellos, infinitas gracias.



Contenido

Resumen.....	¡Error! Marcador no definido.
Abstrac	10
1. Introducción	11
2. Planteamiento del problema.....	14
3. Pregunta Problema.....	16
4. Objetivo general.....	16
4.1 Objetivos Específicos.....	16
5. Justificación	17
6. Marco teórico	18
7.1 Estrés	18
Epidemiología.....	19
Sintomatología.....	20
7.2 Demencia.....	21
Clasificación.....	23
Según la edad de inicio.....	23
Según las estructuras cerebrales afectadas	23
Según la implicación del factor genético.....	24
Epidemiología	24
Diagnóstico	25



ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

Sintomatología	27
7.3 Estrés en el cuidador	28
Tipos de estrés.....	29
Eustrés (estrés positivo/bueno).....	29
Distrés (negativo/malo)	29
Fases de respuesta del estrés.....	30
7.4 El cuidador	30
Tipos de cuidador	31
7. Antecedentes de programas de intervención para el manejo del estrés de cuidadores de pacientes con demencia.	31
8. Metodología.....	37
9.1 Fuentes de información.....	37
9.2 Criterios de inclusión	37
9.3 Variables estudiadas.....	38
9.4 Instrumento	38
10. Procedimiento	39
Fase I: Revisión documental	39
Fase II: Recolección de datos	39
Fase III: Análisis de resultados.....	39
11. Resultados	40



ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

12. Discusión.....	45
13. Conclusiones.....	47
14. Recomendaciones.....	48
15. Referencias Bibliográficas.....	48

Resumen

La presente investigación tiene como tema central el manejo del estrés del cuidador de pacientes con demencia, teniendo en cuenta que la sobrecarga, se define como el resultado de combinaciones de trabajo físico, emocional y restricciones sociales, esto hace referencia a un estado psicológico que surge al cuidar un enfermo. Como objetivo se planteó identificar el manejo del estrés en los cuidadores de pacientes con demencia, mediante una revisión documental. Para esta revisión bibliográfica se trabajó bajo un enfoque cualitativo, en un estudio de tipo documental, donde la información que se adquirió, provino de la consulta de documentos, por otra parte se hizo referencia al instrumento utilizado donde se sistematizó la revisión literaria en una matriz diseñada incluyendo los ítems de año, país, autor, título, objetivo, participantes, metodología y resultados los cuales permitieron la construcción de dichos análisis. En el cual se evidenció que el estrés en cuidadores se presentó como una reacción fisiológica del organismo ante una situación que se percibe como amenazante o con una excesiva demanda. Y por tanto, podemos decir que depende, por un lado de las demandas del medio (tanto externo como interno), y por otro de la persona. Concluyendo que se identificó que dentro de las estrategias más utilizadas para el manejo del estrés están en la psicoeducación que pueda tener el cuidador, el acompañamiento, apoyo familiar y poder tener tiempo para tener diferentes actividades bien sean físicos o sociales.

Palabras clave: estrés, cuidadores, pacientes con demencia, sobrecarga.

Abstrac

The present research has as its central theme the stress management of the caregiver of patients with dementia, taking into account that overload is defined as the result of combinations of physical, emotional and social restrictions, this refers to a psychological state that arises when caring for a sick person. The objective was to identify stress management in caregivers of patients with dementia, through a documentary review. For this bibliographic review, we worked under a qualitative approach, in a documentary-type study, where the information that was acquired came from the consultation of documents, on the other hand, reference was made to the instrument used where the literary review was systematized in a matrix designed including the items of year, country, author, title, objective, participants, methodology and results which allowed the construction of said analyzes. In which it was evidenced that stress in caregivers was presented as a physiological reaction of the body to a situation that is perceived as threatening or with an excessive demand. And therefore, we can say that it depends, on the one hand, on the demands of the environment (both external and internal), and on the other on the person. Concluding that it was identified that among the most used strategies for stress management are the psychoeducation that the caregiver may have, the accompaniment, family support and being able to have time to have different activities, whether physical or social.

Key words: stress, caregivers, patients with dementia, overload.

1. Introducción

La sobrecarga, se da como el resultado del trabajo físico, emocional y restricciones sociales, esto se presenta como un estado psicológico que surge al cuidar un enfermo. Esta apreciación se da según la idea y evaluación de los cuidadores acerca de las labores que realizan y de la posible influencia que tienen estas en el bienestar personal, así mismo experimentando la dificultad de su rol en lo que implica el desarrollo de la tarea ante el cuidado y la evolución de la enfermedad de la persona a su cargo (Roig et al., 1998).

Como se ha mencionado anteriormente, la literatura ofrece un amplio número de investigaciones orientadas a identificar los efectos que tienen el cuidar a un enfermo sobre el bienestar de la persona que lo realiza bien sea un cuidador formal o informal (Conde et al., 2010).

Por consiguiente los cuidadores principales están sometidos a una situación de estrés crónico con importantes repercusiones en su estado de salud física y emocional, por el tipo de labor que deben realizar en el cuidado a pacientes con dicha patología (Farfán et al., 2014). Este grupo de cuidadores, comparado con la población general, presenta elevados índices de ira, sintomatología ansiosa y depresiva, menores niveles de bienestar subjetivo y autoeficacia, así como una mayor probabilidad de sufrir alteraciones en su sistema cardiovascular e inmune; todo ello, como consecuencia del impacto del estrés al que se somete diariamente (Fernández & Crespo, 2011).

Dentro de las patologías que más requieren este tipo de cuidados, se encuentran las personas que presentan demencia, este síndrome clínico se caracteriza por la desgaste de las habilidades cognitivas y emocionales con un elevado nivel de gravedad que interfiere en el

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

funcionamiento social y ocupacional (Arango-Lasprilla & Ostrosky-Solis, 2003). Las demencias corresponden a la cuarta causa de discapacidad en el mundo afectando a 800.000 personas de 65 años o más aproximadamente (Galvis & Córdoba, 2015).

Es decir, que actualmente los cuidadores tienden a emplear gran parte de su tiempo generando ciertas alteraciones en su cotidianidad que varían según el estado de la enfermedad (Robine, Michel & Herman, 2007). En comparación con otro tipo de patologías que generan dependencia, los cuidados en las demencias son los que más estrés producen en el cuidador (Alzheimer Disease International, 2016)

Se ha encontrado que los altos niveles de estrés y las múltiples demandas resultantes de la labor del cuidado de pacientes con demencia pueden desencadenar la denominada sobrecarga subjetiva en el cuidador, la cual implica una gran afectación. Así como el sentimiento que experimenta el cuidador de que su vida ha cambiado desfavorablemente debido a dicha actividad de cuidado que ahora realiza (López, Frías & Del Pino, 2019).

Barrera, Pinto, Montalvo y Sánchez (2009) refieren que en el desarrollo de su experiencia en el cuidado, se llega a comprometer en gran medida la calidad de vida de aquellas personas que atienden directamente a sus familiares crónicos.

Según la OMS (2016), en todo el mundo, los trabajadores de los sistemas sanitarios como los cuidadores informales, presentan altos niveles de estrés e inseguridad cada vez mayor ya que han de reaccionar a múltiples situaciones que se presentan tanto del presente como del pasado, algunas antiguas y otras nuevas. De igual forma suministrar cuidados a

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

una persona con demencia puede causar un estrés significativo tanto en la persona que presenta la patología, así como su cuidador.

El 01 de enero de 2007 en Colombia entra en rigor la ley 39/2006, promocionando la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, dando lugar al restablecimiento de los derechos de los pacientes en esta situación y la de sus cuidadores.

Cuidar es una tarea compleja que requiere de una gran dedicación por parte del cuidador pues permite reconocer las necesidades del adulto mayor con demencia para lograr comprender y satisfacerlas. En función del foco del problema, cuidar puede suponer una pequeña cantidad de trabajo o una gran tarea, siendo algo breve o tan aplazada en el tiempo que se sabe cuándo va a finalizar. Cuando una gran tarea se extiende durante mucho tiempo, puede ser una rutina diaria que ocupa gran parte de los recursos y de las energías del cuidador. De hecho, la vida del cuidador en la mayoría de las ocasiones se organiza en función del enfermo. (Castellanos Pinedo, Cid Gala, Duque San Juan P & Zurdo Martín, 2011).

Por esto el objetivo del presente estudio es identificar el manejo del estrés en los cuidadores de pacientes con demencia, mediante una revisión documental.

En este sentido, además de aprender a tener un mejor manejo de las diversas tareas que están asociadas al cuidado de una persona con esta patología es de igual importancia cuidar la salud física y mental del cuidador. De igual forma afrontando las diversas problemáticas que se presentan al momento de cuidar a una persona y la sobrecarga que se maneja en ese oficio, como lo es el aislamiento, mantener la salud física, tener adecuados ciclos de sueño y sobre todo la atención en su familia. Son algunos de los aspectos más

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

importantes que se debe plantear un cuidador al momento de comenzar a ejercer su profesión.

Planteamiento del problema

En la sociedad actual la enfermedad del Alzheimer y la Demencia Senil están muy presentes. Según el *WORLD ALZHEIMER REPORT* de 2014 en España existen 1.000.000 personas que sufren la enfermedad de Alzheimer y el 95% de estas personas residen en sus casas, por lo que la carga asistencial recae en las familias. Anteriormente, la atención a personas mayores dependientes se llevaba a cabo por los familiares; sin embargo, en la actualidad debido a factores socio-económicos que disminuyen la disponibilidad de dichos cuidadores, esta labor suele estar compaginada con personas especializadas. (Losadal et al., 2007).

Por consiguiente este suceso unido a los escasos recursos disponibles para atender a los mayores, ha llegado a la aprobación de la ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que facilita atención a este colectivo. Esta ley establece que tanto los profesionales que atienden a los enfermos como los cuidadores familiares, también denominados cuidadores informales, recibirán formación, y éstos últimos, ayuda económica. A la vez se puede observar el avance de la normalización de la enfermedad y apoyo a los que cuidan a estos enfermos, así se puede encontrar con intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas dirigidas a este nuevo rol social (Losadal et al., 2007).

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

La importancia del apoyo social en la salud mental del cuidador principal y apoyan los hallazgos de G.A. Artaso y B, A. Biurrun (2003) quienes descubren un menor apoyo social relacionado con las alteraciones neuropsiquiátricas y la sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia. Con estos hallazgos, la importancia del apoyo en la salud mental del cuidador podría ampliarse a los cuidadores de las personas con otro tipo de enfermedades, y no sólo a las que padecen demencia.

La falta de programas en Colombia encaminados a disminuir el estrés en cuidadores de pacientes con demencia son pocos, haciendo que los cuidadores tengan que vivir con estas afectaciones que llegan a desencadenar en alteraciones del sueño y así tener un mal funcionamiento durante el día, de igual forma afectando su estado emocional.

En estos aspectos, es indiscutible el papel del psicólogo como profesional y el de la psicología como disciplina para trabajar juntos en el papel de tan deseado bienestar biopsicosocial. Sin embargo no es esto lo que se observa en el momento de atender a la población, ya sea por el estudio de modelos o porque los programas no están lo suficientemente desarrollados; generando un gran abismo entre la teoría y la práctica (Sebastián, et al., 2002).

Entre los factores que aumentan los niveles de estrés considerablemente se encuentran los problemas conductuales de la persona cuidada, que se convierten en un estresor más dentro del entorno del cuidador (Bebko, Konstantareas y Springer, 1987; Cuxart, 1995; Gottlieb, 1998; Pozo, Sarriá & Méndez, 2006). Por consiguiente, lo que elevan el nivel de estrés es la sobrecarga, debida a las emociones negativas y el sobreesfuerzo que implica el intentar compatibilizar el cuidado con el ámbito laboral y la

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

vida personal (Goode, Haley & Roth, 1998; Lipp y Tanganelli, 2002; Palacios y Jiménez, 2008; Machado, 2014).

Desde la perspectiva anterior se formula el siguiente interrogante investigativo.

2. Pregunta Problema

¿Cuál es el manejo del estrés en cuidadores de pacientes con demencia?

3. Objetivo general

Identificar el manejo del estrés en los cuidadores de pacientes con demencia, mediante una revisión documental.

4.1 Objetivos Específicos

- Realizar una revisión de los programas de intervención encontrados en las diferentes bases de datos.
- Analizar la información recolectada de los diferentes programas de intervención encontrados.
- Identificar las herramientas más utilizadas para el manejo y disminución del estrés en cuidadores de pacientes con demencias.

4. Justificación

El presente estudio es de gran importancia considerando que corresponde a un tema de investigación dirigido a los cuidadores de pacientes con demencia, teniendo en cuenta que con el pasar del tiempo la población mayor de 65 años o más, ha tenido un aumento en las enfermedades que terminan afectando la calidad de vida tanto del paciente como de sus cuidadores. Siendo esta la cuarta de discapacidad en el mundo afectando a más de 800.000 personas (Viale et al., 2016).

De igual forma es pertinente la investigación de esta temática y el diseño de programas, debido a la necesidad de contar con más información documentada de cuidadores con sintomatologías presentes de estrés y lograr así una comprensión más amplia y real de la problemática en el departamento. Así mismo a partir de la revisión y el conocimiento poder brindar herramientas que permitan el mejoramiento de la calidad de vida de los cuidadores.

Dada la poca información documentada sobre programas de intervención dirigidos al estrés en cuidadores de pacientes con demencia en el Tolima, es novedoso e importante que se visibilice esta problemática y se trabaje por medio de la creación de programas de intervención lo cual permita en un futuro su aplicación y lograr evidenciar diferentes formas de trabajo con esta población en las áreas clínicas.

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

El manejo del estrés en cuidadores de pacientes con demencia, una revisión bibliográfica, se ubica en la línea de neurociencias perteneciente al grupo Esperanza y Vida de la facultad de Psicología de la Universidad Antonio Nariño.

5. Marco teórico

7.1 Estrés

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al fenómeno del estrés como las reacciones fisiológicas que en su conjunto preparan al organismo para la acción (OMS, 1994). Desde este punto de vista, el estrés sería una alerta, un estímulo que permite la acción, una respuesta necesaria para la supervivencia, respuesta que puede ser coherente con las demandas del entorno, o bien, insuficientes o exageradas.

El estrés se presenta como una reacción fisiológica del organismo ante alguna situación que se observa como amenazante o con una excesiva demanda. Y por tanto, se puede decir que depende, por un lado de las demandas del medio (tanto externo como interno), y por otro de la persona. En principio es un mecanismo de protección en el cual el organismo trata de dar una respuesta adecuada a la situación que se esté presentando. Ante ciertas circunstancias que se llegan a percibir como amenazantes o desafiantes es una respuesta natural y automática que da nuestro cuerpo. El que sea automático no significa que no se pueda modificar. (Hans Selye, 1935).

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

Así mismo, el organismo reacciona produciendo cambios neuro-endocrinos a nivel del hipotálamo y de las glándulas hipófisis y suprarrenales, con una gran activación del sistema nervioso autónomo simpático.

Selye (1936). Nuestro sistema nervioso no llega a diferenciar entre un estresor físico y real, de otro solamente mental. Es normal sentirnos estresados ante un accidente de coche que estamos a punto de sufrir, o si existe un peligro real tal como ser atropellados, o sentir la amenaza de ser atacados por un perro furioso. De igual manera reaccionamos ante situaciones en las que nos sabemos que puede suceder como pensar en un futuro examen, en cuando se tiene que hablar en público o cualquier situación que pueda generar pánico.

Crea preocupación y angustia la cual puede llevar al desarrollo de trastornos personales, desórdenes familiares e incluso sociales. Al respecto señalan Martínez y Díaz (2007): “el problema que subyace radica en los requerimientos de la Modernidad, concentrada en la obtención de resultados al margen de sus consecuencias sobre la calidad de vida, y por ende en la salud física y mental de las personas afectadas”.

Epidemiología

Los enfoques fisiológicos y bioquímicos se concentran en las respuestas orgánicas que se generan en la persona cuando se enfrenta a una situación señalada como amenazante. Por su parte, los enfoques psicosociales hacen énfasis en factores externos; es decir, en los estímulos y eventos productores de estrés (Oblitas 2004).

Navas (citado por Naranjo, 2004) coincide con esta última posición, pues considera que el estrés no es algo que pertenece solo a la persona o al ambiente, ni es tampoco un

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

estímulo o una respuesta, sino que más bien es una relación dinámica entre la persona y el ambiente.

El estrés se caracteriza por una respuesta subjetiva hacia lo que está ocurriendo; indica Arellano (2002), en este sentido que es el estado mental interno de tensión o excitación.

Por otra parte, Melgosa (1995) señala que, debido a las alteraciones que el estrés provoca en la persona, se puede entender este concepto como: “un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el organismo cuando se lo somete a fuertes demandas”.

Sintomatología

Según la OMS, los síntomas físicos del estrés son los primeros que se presentan donde incluyen fatiga crónica; cefaleas y migraña; alteraciones gastrointestinales, como dolor abdominal, colon irritable y úlcera duodenal; dolores musculares; alteraciones respiratorias; alteraciones del sueño; alteraciones dermatológicas; alteraciones menstruales y disfunciones sexuales, entre otros.

En las modificaciones conductuales se destaca una irregular conducta alimentaria y el abuso de drogas, fármacos y alcohol. Las conductas violentas pueden ser muy frecuentes, como la agresión, la actitud defensiva y el cinismo. Otra de las alteraciones prácticas es el abandono laboral. En ocasiones se generan conductas extrañas defensivas, como el gran desarrollo de aficiones, la dedicación al estudio para salirse de la rutina (OMS, 2007).

7.2 Demencia

Conocer qué es, el diagnóstico, la sintomatología y la evolución permite al personal cuidador y familiares obtener información sobre la enfermedad con la que conviven a diario.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) es un síndrome clínico caracterizado por un déficit adquirido en más de un dominio cognitivo, que representa una pérdida respecto al nivel previo y que reduce de forma significativa la autonomía funcional. Es un trastorno debido a un proceso orgánico que afecta al cerebro, dando lugar a la pérdida de memoria y de otras funciones superiores.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) realizado por la OMS “la demencia es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay un déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio” 10. Las personas que tienen demencia tienen un significativo impedimento en el funcionamiento intelectual, que interfiere con sus actividades normales y sus relaciones personales.

La American Psychiatric Association (APA) en su manual DSM-IV, la definición que propone para la demencia es la siguiente: “presencia de múltiples déficit cognoscitivos (que incluyen el deterioro de memoria) que se deben a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica, o a efectos persistentes de una sustancia o a múltiples etiologías”.

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

Según Andrea Slachevsky (2018), recién a partir de 1700 empieza a usarse, primero en Francia y posteriormente en otros países de Europa, el término de demencia para designar a estados de disfunción cognitiva con una connotación médica más precisa. Rodríguez Rodríguez JR, Zas Tabares V, Sánchez Soroa MA, Leyva Salerno, (2015).

Una de las primeras definiciones conceptuales surge de la necesidad de interpretar un rango intermedio de los resultados obtenidos con la administración de la escala de Deterioro global de Flicker, Ferris, y Reisberg (1991). Por su parte Petersen, uno de los autores vastamente citados en este ámbito, se refiere a la disminución cognitiva leve como un síndrome que se puede presentar con déficits cognitivos, lo que se espera a una cierta edad en una determinada cultura (Petersen y Morris, 2005).

Además, la conceptualización del deterioro cognitivo como un estado transicional entre los procesos de cambio propios del envejecimiento y un estadio temprano de la demencia, se ha transformado en un ámbito de interés para los investigadores básicos y clínicos (Pose y Mares, 2010; Forlenza et al., 2013), llevándolos a realizar estudios clínicos y epidemiológicos de tipo longitudinal, para monitorear el funcionamiento cognitivo de las personas de la tercera edad.

El deterioro cognitivo comparte con la demencia factores de riesgo como la edad, el sexo, el nivel educativo, la carga genética y la presencia de trastornos depresivos (Oampbell, Unverzagt, LaMantia, Khan, y Boustani, 2013).

Adicionalmente, dado que, se sabe que por sobre los 60 años, aumenta el riesgo de padecer DCL (López y Calero, 2009) y que las mujeres tienen un riesgo mayor de padecer Demencia de tipo Alzheimer, toda investigación en este ámbito debe considerar (o

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

controlar) estos factores de riesgo (Mackin, Insel, Aisen, Geda, y Weiner, 2012; Sánchez y Torrellas, 2011).

Clasificación

Según la edad de inicio

- Presenil o temprana, generalmente con un alto grado de relación familiar, iniciando antes de los 65 teniendo un desarrollo más rápido y solo el 1% de los pacientes con demencia pueden padecerla.
- Senil o tardía, suele aparecer después de los 65 años teniendo un desarrollo más lento y esporádico y esta se presenta en el 98% de los casos.

Según las estructuras cerebrales afectadas

- **Demencias corticales:** estas se desarrollan según la consecuencia de los cambios degenerativos en la corteza cerebral y se evidencian clínicamente por la amnesia, afasia, apraxias y agnosias; teniendo dificultades en la memoria operativa de trabajo.
- **Demencias subcorticales:** es la disminución en la estructura profunda de la sustancia gris y blanca, afectando los ganglios basales, el tálamo, los núcleos de la base y las proyecciones de esta estructura hacia el lóbulo frontal.
- **Demencias axiales:** dependientes de lesiones localizadas en las estructuras mediales del lóbulo temporal, hipocampo, cuerpos mamilares e hipotálamo; desencadenando graves defectos retentivos, desorientación, amnesia, despreocupación y falta de iniciativa.

Según la implicación del factor genético

- **Familiar:** es la modificación de algunos genes que se heredan de forma dominante produciendo alteraciones similares en los descendientes que van a provocar EA, coinciden en la mayoría de los casos con la EA presenil. Este tipo se debe principalmente a mutaciones en tres genes principales: el gen de la Proteína Precursora Amiloide (APP) situado en el cromosoma 21; el gen de la Presenilina 1 (PS1), en el cromosoma 14; y el gen de la Presenilina 2 (PS2); en el cromosoma 1.
- **Esporádica:** Existen muchos genes implicados en la génesis de la EA (enfermedad multifactorial) Coincidiendo generalmente con los casos de EA senil, dando sus inicios en personas mayores de 65 años y siendo el tipo más común. Su causa se desconoce, aunque se han descrito distintos factores genéticos que aumentan el riesgo de padecer la enfermedad, como es la presencia del alelo 4 de la apolipoproteína E (ApoE), localizado en el cromosoma 19 (Fundación Alzheimer España, 2021).

Epidemiología de la demencia

Según la OMS la prevalencia de esta en la población mayor de 65 años se sitúa entre el 3 y el 8%. Entre la población de 80 años o más dicha prevalencia es del 15 al 20 %. En Europa Occidental y en EE.UU la enfermedad de Alzheimer es la más común comparado con Japón, China o la antigua URSS. En cuanto a España, la prevalencia de la demencia y de la Enfermedad de Alzheimer se ha estimado en el 10,9% y el 7,7 % respectivamente. Un estudio realizado en el País Vasco muestra una prevalencia total del 9,1% para la población mayor de 65 años. Esta prevalencia fue mayor en mujeres, un 11,8

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

% frente al 5,6 % en hombres. Teniendo en cuenta la población mayor de 85 años la prevalencia era de un 34,7% frente a un 2% en el grupo de 65 a 69 años.

El mayor problema al que se enfrenta la investigación en este campo es el hecho de que las personas con demencia tienen deterioradas sus habilidades cognitivas. Debido al deterioro cognitivo, las personas con esta patología puede tener pérdida de introspección y de la capacidad de auto-observación y olvidan experiencias y sentimientos recientes. Además, como consecuencia de la disfunción neurológica (anosognosia), estos pacientes pueden ser incapaces de identificar sus trastornos y limitaciones, tales como el deterioro de la memoria. Por este motivo, puede que estas personas no sean una fuente de información confiable. Portellano-Ortiz C, Turró-Garriga O, Gascón-Bayarri J, Piñan-Hernández et al (2014).

Diagnóstico

En su inicio los síntomas pueden pasar desapercibidos. Las razones son variadas y múltiples; algunas veces la sintomatología inicial se manifiesta de forma tan insidiosa que es interpretada, tanto por parte de la paciente o el paciente como por su familia y el mismo médico, como cambios atribuibles a la edad.

El Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM) de la American Psychiatric Association (APA) en su quinta versión (DSM-5) introduce el concepto de ‘trastorno neurocognitivo’, que ocupa el lugar de los ‘trastornos mentales orgánicos’ de ediciones anteriores

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

A la hora de evidenciar una sospecha de demencia se siguen los criterios internacionalmente aceptados. En primer lugar habrá que realizar una anamnesis además de una exploración neuropsicológica mediante un test cognitivo. En España los más utilizados son el Mini- mental State Examination, el Memory Impairment Screening y el Test del reloj. Siempre se deben conocer las limitaciones que presentan cada instrumento; el bajo nivel de estudios es una causa conocida de reducción de las puntuaciones en las valoraciones del estado mental. Con todo esto es aconsejable realizar un estudio analítico para descartar enfermedades sistémicas que puedan afectar en la capacidad cognitiva, como podrían ser el hipotiroidismo o el déficit de vitamina B12.

Forlenza y colaboradores (2013), se refieren a las técnicas de neuroimagen como la medida menos invasiva para indagar en los cambios que diferentes patologías generan en el cerebro. En relación con el DCL, estos autores afirman que la resonancia magnética, así como las tomografías por emisión de positrones, son medios importantes para detectar, a través de estudios longitudinales, los cambios estructurales y la pérdida de volumen en áreas específicas del cerebro como el hipocampo y una disminución del grosor de la corteza cerebral (Forlenza, Diniz, Stella, Teixeira y Gattaz, 2013).

Estos indicadores serían similares en sujetos con DCL, sin embargo, existen divergencias empíricas por cuanto, en algunos estudios, estas variaciones espectrales permiten distinguir bien a los sujetos con DCL de sujetos con demencia de tipo Alzheimer, pero se torna más difícil al momento de querer diferenciar a los sujetos sanos de aquellos con DCL. Fernández A., Turrero A., Zuluaga P, Gil-Gregorio P del Pozo, Maestu F, y Moratti S (2012).

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

Los criterios para el trastorno neurocognitivo mayor requieren: 1) la evidencia de un declive cognitivo sustancial en relación a un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos, referidos como preocupación o quejas del individuo, de un tercero informado (cuidador), o del facultativo con respecto a un declive sustancial en las funciones cognitivas; 2) declive en el desempeño neuropsicológico, implicando un desempeño en las pruebas cognitivas del rango de dos o más desviaciones estándares por debajo de lo esperado en la evaluación neuropsicológica normada y validada ante una evaluación clínica equivalente; 3) que interfieran con la independencia; y 4) que no ocurran exclusivamente en el contexto de delirium . López-Álvarez J, Agüera-Ortiz LF, (2015).

Sintomatología

La presencia de esta patología junto con el deterioro de la función cognitiva presenta un conjunto de síntomas neuropsiquiátricos como: delirios, alucinaciones, agresividad, disforia, euforia, apatía desinhibición, irritabilidad, comportamiento motor aberrante, alteraciones nocturnas y cambios alimenticios. Las estimaciones de prevalencia de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencia varían ampliamente debido a la heterogeneidad de los pacientes y a las diferentes definiciones usadas. Alrededor de dos tercios de los pacientes experimentan algún trastorno de conducta en algún momento de su evolución aumentando casi a 80 % en pacientes institucionalizados. Estos síntomas suelen presentarse de manera intermitente y transitoria, una vez que un paciente lo experimenta ocurren con mayor frecuencia. A medida que la enfermedad avanza, estos trastornos conductuales son más frecuentes. En cada etapa de la enfermedad

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

hay unos trastornos que son más frecuentes que otros, por ejemplo en estadios leves son más frecuentes los síntomas depresivos mientras que en etapas más severas son la agresividad, la agitación y la psicosis.

Se ha comprobado empíricamente que un 15 a 20% del deterioro cognitivo de tipo amnésico, tiene un alto correlato con el diagnóstico posterior de demencia del tipo Alzheimer, en un lapso de tiempo que puede variar de los dos a los seis años (Guerra, 2012; Samper, Llibre, Sosa y Solórzano, 2011; Conde-Sala et al., 2013).

Además, deterioro cognitivo leve con el posterior diagnóstico de demencia de tipo Alzheimer, ha sido indagado en diversas investigaciones. Recientemente, Schmitter-Edgecombe y Parsey (2014), concluyeron que en el DCL y la Demencia de tipo Alzheimer inicialmente, los sujetos presentan dificultades para: vestirse, manejar adecuadamente el dinero y/o realizar actividades de la vida cotidiana como cocinar o conducir un automóvil. Sin embargo, medir estas variables en la clínica y/o en el laboratorio requiere, por lo general, el reporte de informantes que pueden ser familiares o cuidadores; pero, en contextos de investigación se ha encontrado que los reportes de familiares y cuidadores, no siempre se correlacionan con las evaluaciones de rendimiento cognitivo que se administran al propio sujeto (Jefferson et al., 2008; Schmitter-Edgecombe, Parsey, y Cook, 2011).

7.3 Estrés en el cuidador

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

El estrés es una reacción fisiológica del organismo en el que entran múltiples mecanismos de defensa los cuales permiten afrontar cualquier tipo de situación que sea amenazante, siendo una respuesta natural para así lograr la supervivencia; generando una sobrecarga de tensión que afecta al organismo y esta termina afectando el organismo y desarrollando diferentes enfermedades y anomalías patológicas que no permitirán un normal desarrollo y funcionamiento del cuerpo humano (Reguero, 2017)

Tipos de estrés

Eustrés (estrés positivo/bueno)

- Genera una adecuada activación, necesaria para terminar con éxito una prueba o situación complicada. Es normal que se presente en algunas situaciones como hablar en público.
- Es adaptativo y estimulante.
- Es una clase de estrés positivo, que se presenta cuando hay un aumento de la actividad física, el entusiasmo y la creatividad.

Distrés (negativo/malo)

- Es desagradable, en ocasiones se presenta como un aumento de esfuerzo con relación a la carga.
- Genera una incorrecta, excesiva y desregulada activación psicofisiológica.
- Crea sufrimiento y desgaste personal.

Características de las situaciones que generan estrés

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

- Se crea una situación nueva que exige un cambio.
- Incertidumbre.
- Ambigüedad.
- Falta de habilidades para el manejo de la nueva situación que se está afrontando.
- Genera alteraciones biológicas en el organismo.

Fases de respuesta del estrés

- **Reacción de alarma:** se presentan manifestaciones de sequedad en la boca, pupilas dilatadas, sudoración, tensión muscular, taquicardia, aumento de la frecuencia respiratoria, aumento de la tensión arterial.
- **Resistencia:** se muestra cuando el organismo no tiene tiempo de recuperarse y continúa reaccionando para afrontar la situación, apareciendo los primeros síntomas de estrés.
- **Agotamiento:** a medida que aumentan los niveles de estrés se adquiere más intensidad, el organismo entra en una fase de agotamiento, con la aparición de alteraciones psicósomática (**Servicio de atención psicológica de la universidad de Málaga pág. 2 -5**).

7.4 El cuidador

Es aquel recurso, instrumento y medio por el cual se ofrecen los cuidados específicos y múltiples ocasiones especializados a enfermos crónicos tanto con enfermedades físicas como psicológicas, es decir en ellos está la responsabilidad y compromiso de preservar la

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

vida del otro. Dentro de las múltiples tareas que desarrolla están el cuidado, asistencia, tareas de apoyo, estabilidad físico y emocional (Herrera & Meléndez, 2010).

Tipos de cuidador

- **Principal:** es la persona encargada de la mayor parte del cuidado del enfermo. Suele vivir en el mismo domicilio o cerca de este y suele tener una relación cercana con la familia.
- **Formal:** es aquella persona con una formación adecuada para cuidar al enfermo y que tienen una remuneración por hacerlo.
- **Informal:** son aquellas personas que forman parte del entorno familiar y colaboran en mayor o menor medida en la atención del enfermo (Guía de atención al cuidador, 2018).

6. Antecedentes de programas de intervención para el manejo del estrés de cuidadores de pacientes con demencia.

Estudios descriptivos, realizados por autores como Espín (2008); Ávila-Toscano et al. (2010); Herrera et al. (2012) reflejan resultados importantes resaltando la metodología utilizada y aplicaciones pre y pos test, sin embargo, no reportan ningún tipo de evaluación al programa en sí, que incluya la evaluación de la ejecución del programa, del lugar de ejecución y evaluaciones de seguimiento. El mayor aporte de estos estudios se centran en la

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

descripción de características clínicas que muestran prioridad para ser intervenidas, ejemplo de ello son la sobrecarga, la depresión, la ansiedad y el apoyo social.

Ávila-Toscano, García-Cuadrado y Gaitán-Ruiz (2010) en la ciudad de Montería, realizaron un estudio correlacional entre habilidades para el cuidado (conocimiento, valor, paciencia) y depresión con 32 cuidadores de pacientes con demencia, hallando que 56,3 % obtuvieron un nivel medio y 43,8 % un nivel alto de conocimientos; las manifestaciones depresivas se encontraron en 46,9 % de los cuidadores, y esta se asoció a poca formación educativa y buen nivel de conocimientos.

Según un estudio con el Modelo de características psicobiológicas y genética de las personas adultas resilientes, el cual confirma que las emociones positivas como el optimismo y el sentido del humor, elementos trabajados desde el programa de intervención, posibilitan la regulación de la actividad autonómica y se fortalecen los circuitos de recompensa, lo que llevaría a actuar de manera resiliente (Quiceno & Vinaccia, 2010).

En Bogotá, Velásquez et al. (2011) ejecutaron un programa educativo con enfoque cultural, contaron con la participación de 56 cuidadores familiares, 37 en el grupo experimental y 19 en el grupo control, el estudio obtuvo como resultados efectos significativos sobre las variables: funcionalidad familiar ($t=2,506$; $p=,015$) y carga del cuidador ($t=-2,149$; $p=,036$). La autopercepción en salud y depresión no presentaron diferencias significativas, además sugieren realizar más intervenciones con poblaciones de bajos recursos y resaltar sus creencias y valores darán una mayor adherencia a los programas.

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

Romero, Sanabria y Rueda (2011) a través de la escuela de enfermería de la Universidad Industrial de Santander (UIS) en Bucaramanga diseñaron el Programa de Preparación y Apoyo para el Cuidado en el Hogar. Trabajaron tres grupos de intervención, un grupo control, un grupo telefónico y un grupo visita domiciliaria, quienes manejaban diagnósticos de manejo inefectivo del régimen terapéutico, conocimientos deficientes, riesgo del cansancio del rol de cuidador y cansancio del rol de cuidador y el análisis de la eficacia de este procedimiento, concluyen la efectividad de una intervención educativa con apoyo telefónico.

Ducharme FC, Lévesque LL, Lachance LM, Kergoat MJ, Legault AJ, Beaudet LM y Zarit SH (2011). Mediante un diseño experimental, evaluaron un programa psicoeducativo. La población estuvo conformada por 111 cuidadores, de los cuales 62 fueron incluidos en el grupo control y 49 en el grupo experimental, quienes asistieron a 7 sesiones relacionadas con su percepción sobre situaciones de atención, dificultades presentadas en su labor, comunicación, uso de fortalezas para ejercer las tareas de cuidado.

Estudios como el de Negovanska V, Hergueta T, Guichart Gómez E, Dubois B, Sarazin M, Bungener C. (2011), analizan la estructura de intervenciones multicomponente, y muestran resultados positivos en programas grupales frente a sesiones individuales dirigidas a cuidadores, en su percepción de bienestar.

Hogan Be, Linden W, Najarian B (2011), en una intervención llevada a cabo con neurólogo, psicólogo y neuropsicólogo, basada en la teoría cognitivo conductual, técnica de resolución de problemas, estrategias de afrontamiento, prevención de ansiedad y depresión, y psicoeducación, compararon dos intervenciones: un programa interdisciplinario estructurado, y la intervención para los pacientes y sus cónyuges. Realizando tres

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

mediciones: a pacientes, a pacientes y cuidadores y a cuidadores, con los diferentes instrumentos evaluaron de forma diferencial, a cada “grupo”. Este estudio muestra disminución significativa en niveles de ansiedad y estrés en los pacientes del programa multidisciplinar comparado con los del cuidado tradicional, encontrando que, con solo dos intervenciones multidisciplinarias anuales.

Vargas-Escobar (2012) afirma que la situación de los cuidadores implica que estos sean capaces de superar dificultades y presiones, enfrentar el desconocimiento y el miedo al cuidado, aprender a afrontar los momentos difíciles que se generan producto de la conducta desordenada del enfermo, y de las situaciones propias del rol, como la monotonía, el aislamiento y la falta de apoyo, pero no siempre se va a ser capaz de asumir de esta forma el cuidado, por ello, entre otras cosas, es que se generan efectos negativos en la calidad de vida del cuidador.

En Colombia, se ha estudiado al cuidador informal de pacientes con demencia desde diferentes perspectivas y áreas de conocimiento. Desde la enfermería, en Cartagena, Herrera et al. (2012) estudiaron el soporte social percibido de cuidadores informales, por medio del «Inventario de soporte social en enfermedad crónica de Hilbert», como resultados encontraron que la totalidad de los cuidadores tenían una percepción adecuada de apoyo social, con una media de 148,97 y una desviación estándar de 33,94, especialmente apoyo emocional y que provenía principalmente de la familia.

En Bucaramanga, Cerquera A. Pabón D y Uribe D (2012) desde el área de psicología encontraron que los cuidadores evaluados por medio del inventario de depresión estado rasgo IDER presentaban un nivel importante de depresión como estado con una presencia de 46,2 % y un nivel irrelevante en depresión rasgo con una presencia de 23,1 %,

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

determinando que una parte representativa de los cuidadores presenta indicadores depresivos, estado de ánimo inestable y una visión negativa de la vida y de sí mismo basado en una etiología circunstancial, ya que no representa un factor importante en la personalidad de los mismos.

Según Orozco, Gómez A, Eustache Rodríguez V y Grosso Torres L. (2012), diseñaron un programa de intervención cognoscitivo conductual para mejorar la calidad del sueño de cuidadores familiares, desarrollando el manual para la aplicación y un modelo de intervención desde la enfermería, evaluaron los cuidadores a través de Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) y Escala Atenas de Insomnio (EAI).

Un estudio de Pitteri F, Soulas T, Essertaise AL, Roux J. (2013), evaluó el impacto de un programa psicoeducativo, incluyendo técnicas de relajación para cuidadores familiares, abordando capacitación sobre la enfermedad de Alzheimer, la comunicación con el paciente, actividades de grupo sobre experiencias y asesoría para adquirir nuevas estrategias para resolución de problemas, que conduzcan a cambios en la sobrecarga.

Mediante una intervención breve de activación conductual en una muestra de 49 personas comparada con un grupo control de 51 personas, Washington KT, Wittenberg-Lyles E, Parker OD, Baldwin PK, Tappana J, Wright JH, Demiris G (2014), estudiaron la eficacia de un programa psicoterapéutico. Los dos grupos recibieron sesiones de terapia en hogar, luego 2 sesiones telefónicas, un manual de tratamiento sobre temas como uso del tiempo, actividades de ocio para cuidador y programación de actividades.

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

Kally Z, Cote SD, González J, Villaruel M, Cherry DL, Howland S, Higgins M, Connolly L & Hepburn, K. (2014), por su parte, propusieron formación a familiares en el papel de cuidar un pariente o amigo con enfermedad de Alzheimer, proporcionándoles información sobre conocimientos básicos, habilidades y actitudes necesarias para manejo de estrés y desempeño de su papel eficazmente, empleando para ello un video y CD-ROM. Los resultados mostraron mejoría en depresión, en la percepción de su situación, y mayor tolerancia a los problemas de memoria de su familiar.

Cheung KS-L (2014), tras examinar la efectividad de un programa denominado Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health (REACH) II, exponen cuan necesario es equilibrar el interés del equipo de investigación, pacientes, cuidadores, intervencionistas y demás participantes, puesto que aunque resulte una tarea desafiante es vital para cualquier éxito en estudios. Sugiere que en pro de reforzar estudios científicos para uso efectivo de la comunidad y lograr su sostenibilidad en el sistema de prestación de servicios de salud, la investigación futura puede explorar a profundidad certificaciones y procedimientos concertados con departamentos gubernamentales, entes educativos, organizaciones financieras y proveedores de servicios de salud.

Otra intervención psicoterapéutica, desarrollada por Cerquera AM & Pabón DK. (2017), buscaba reducir la depresión, la ansiedad y la carga subjetiva, además de mejorar la autoeficacia para controlar la angustia a través del yoga y meditación. Durante 6 semanas, los cuidadores asistieron a 6 sesiones y obtuvieron radiocasetes y manuales que debían replicar en casa. Los resultados mostraron disminución en depresión y ansiedad, un mes después de la intervención, sin diferencia en la carga objetiva ni subjetiva.

7. Metodología

Se trata de una revisión documental en la que se describe el manejo del estrés en cuidadores de pacientes con demencia.

8. Diseño

La presente investigación se enmarca en el enfoque cualitativo, en un estudio de tipo documental, donde la información que se adquiere proviene de la consulta de documentos, por otra parte se hace referencia al instrumento utilizado donde se sistematizo la revisión literaria en una matriz diseñada incluyendo los ítems de año, país, autor, título, objetivo, participantes, metodología y resultados los cuales permitieron la construcción de dichos análisis.

9.1 Fuentes de información

Se realizó una búsqueda de artículos en las principales bases de datos bibliográficos disponibles en Internet, concretamente en: SCOPUS y REDALYC.

9.2 Criterios de inclusión

- Artículos sobre programas de intervención en cuidadores, donde se trabajó el manejo de diferentes dificultades que se presentan durante el cuidado de pacientes con demencia.

- Los documentos realizados se encontraban publicados en los años 2011 al 2017.
- Siguiendo la metodología PRISMA, la cual se basa en recolectar, seleccionar, evaluar y analizar toda la evidencia documentada relacionada a un tema.

9.3 Variables estudiadas

Para cada uno de los trabajos seleccionados se extrajo información sobre las siguientes variables:

- Año de publicación de 2011 – 2017.
- Lugar de la publicación y autor.
- Diseño del estudio: ensayo clínico, estudio observacional, revisiones bibliográficas, investigaciones.
- Resultados y discusión.

9.4 Instrumento

Se realizó una matriz en la cual se incluyeron los artículos encontrados sobre la temática de las afectaciones psicológicas en niños víctimas del conflicto armado.

9. Procedimiento

Fase I: Revisión documental

Inicialmente se realizó una revisión bibliográfica, con el fin de conocer estudios con los que se tiene relación con el tema central de la investigación, esto incluyó artículos científicos, tesis de pregrado, maestría, doctorados, haciendo uso de las bases de datos científicas (Sciencedirect, Google Scholar y Redalyc) posteriormente se elaboró la fundamentación teórica del trabajo investigativo.

Fase II: Recolección de datos

Se realizó la selección de los artículos los cuales se utilizaron para la construcción de la base de datos, se clasificaron los artículos teniendo en cuenta los criterios de inclusión; analizando y comprendiendo la información obtenida.

Fase III: Análisis de resultados

Finalmente se realizó el análisis de resultados encontrados durante y en el desarrollo del proceso de aplicación y de la construcción de la base de datos.

Fase IV: Socialización del documento final

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

Se realizó la socialización del informe final al asesor de trabajo de grado asignado por el programa y por último la sustentación final del trabajo de grado ante los jurados donde se brindaron las recomendaciones a futuro respecto para la investigación.

10. Aspectos éticos

El presente trabajo de grado obedece a las normas y principios éticos según el código deontológico y bioético del ejercicio de la profesión de psicología, bajo la Ley 1090 del 2006. Las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud. Así como el Código de conducta de la Asociación Psicológica Americana; el reglamento de conducta Ética para el desarrollo y la práctica responsable de las investigaciones de la Universidad Antonio Nariño, la resolución No. 13 del 2005.

11. Resultados

Inicialmente de acuerdo al abordaje de la temática planteada sobre el estrés que presentan cuidadores de pacientes con demencia, se observa que a partir de este fenómeno se encuentra en los trabajos investigativos que, de manera global, dentro de los diferentes programas investigados se presentan múltiples variables que son representativas y que de una u otra manera influyen en el estrés que puede estar presentando el cuidador, como la edad ya que esta se encuentra dentro del promedio de 38 a 55 años, la cual es una actividad extra que tiene que desarrollar el cuidador.

Otras situaciones muestran dentro de los programas investigados están la mujeres como las principales que desarrollaron el rol activo de cuidador, ya que en la mayoría de

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

los casos las hijas fueron las que más sintieron ese sentido de responsabilidad hacia sus padres, otras variables son el estado civil y número de hijos, influyendo en la carga diaria de actividades que debía realizar la persona que estuvo al cuidado del adulto mayor que presentó esta patología (Velásquez et al., 2010).

El nivel económico y nivel de estudio, se esperaría que a mayor obtención de estas dos variables el cuidador tendría la posibilidad de brindar mayor estabilidad y cuidado al adulto mayor, aun así en muchos casos no siempre se puede contar con una persona que estuviera pendiente de las necesidades y al finalizar el familiar responsable terminó haciéndose cargo de muchas de las actividades que había que realizar (Velásquez et al. 2011).

Otro de los factores importantes es el vínculo que se tuvo, ya que en algunos casos fue el conyugue el que estuvo a cargo de la responsabilidad del cuidado de esta persona, lo cual representó para esta un nivel de carga mayor, dificultando separar los diferentes roles emocionales con esa persona, es así como también influyó el tiempo de cuidado, a mayor tiempo más probabilidades de entendimiento y obtención de herramientas las cuales le permitieron tener un mejor manejo de cada situación que se llegó a presentar, a medida que el nivel de demencia fue en aumento el nivel de sobrecarga disminuyó debido a que llegada la fase final, el paciente se encontraba en cama lo cual permitirá aligerar un poco más las actividades que se tienen que desarrollar (Velásquez et al. 2011).

También se encontró que el área emocional y la autopercepción de la salud del cuidador fue puesta a un lado ya que solían presentar el imaginario de que tenían que ser fuertes debido a que está la responsabilidad y el cuidado de la persona a cargo, esto claramente los puso en una situación de riesgo, justificando que no contaban con el tiempo

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

necesario para atender sus necesidades personales y de salud lo cual género que recurrieran a remedios caseros o recomendaciones populares para atenderse (Velásquez et al. 2011).

Dentro de los resultados de un programa el tener acceso a intervenciones psicoeducativas que le brindaran herramientas para aspectos del cuidado de la patología, en cómo comunicarse de forma adecuada y brindarle mejores condiciones para la movilidad dentro del hogar, su estimulación física, emocional, psicológica y social, permitieron tener mayor conocimiento sobre cada situación que se pudo presentar (Espín, 2011).

De esta manera el estrés en cuidadores se presentó como una reacción fisiológica del organismo ante una situación que se percibo como amenazante o con una excesiva demanda. Y por tanto, decir que depende, por un lado de las demandas del medio y por otro de la persona. Así mismo el cuidador fue aquel recurso, instrumento y medio por el cual se ofrecieron los cuidados específicos y en múltiples ocasiones especializados a enfermos crónicos tanto con enfermedades físicas como psicológicas, es decir en ellos estuvo la responsabilidad y compromiso de preservar la vida del otro. Dentro de las múltiples tareas que desarrollo están el cuidado, asistencia, tareas de apoyo, estabilidad físico y emocional (Herrera & Meléndez, 2010).

En este sentido frente al estrés que se presentó en el cuidador se encontro en los diferentes estudios dada por tres factores que son los más frecuentes como lo son el área emocional, económica y social.

En el área emocional, la aparición de esta problemática en el cuidador dependió más de las propias habilidades y recursos, que de la problemática específica que presento la

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

persona cuidada. Por esta razón fue muy importante además de lograr transmitir de forma adecuada la información, lograr el desarrollo de habilidades adecuadas para el cuidado.

Dentro de las intervenciones psicosociales no podían aparecer aspectos dolorosos inherentes a la situación, tales como los sentimientos de pérdida experimentados por los cuidadores, por lo cual existieron diferentes razones por las que la depresión u otras variables relativas al malestar emocional pudieron aparecer incluyendo el deterioro que aparece de acuerdo al paso del tiempo de la patología que se presentó (Espín, 2011).

Para el área económica, en la medida en que los cuidadores poseían un menor nivel económico, sintieron mayor sobrecarga al no disponer de recursos suficientes para contratar a personas que se ocuparan del cuidado del enfermo, lo cual contribuyó un mayor aislamiento del cuidador respecto a su entorno así como a una mayor relación de dependencia con la persona a cargo (Espín, 2011).

Y para finalizar en el área familiar, en el mismo factor que está presente el estrés, siendo las hijas las que más sobrecarga experimentaban en relación a las esposas. Quizá la explicación radique en que los cónyuges asumen como “propia” su dedicación al cuidado, en tanto que los hijos pueden no entender por qué ellos deben convertirse en los cuidadores y no otros como hermanos o familiares, todo esto llevando a la generación de conflictos dentro del núcleo familiar (Herrera & Meléndez, 2010).



12. Discusión

Esta revisión bibliográfica tuvo como objetivo principal identificar el manejo del estrés en los cuidadores de pacientes con demencia, en los diferentes artículos se encontró que los cuidadores que hicieron parte de algún estudio o programa de intervención disminuyeron significativamente sus niveles de ansiedad, estrés, depresión o algún estado que estuvieran presentado al momento de la intervención.

Se encuentra que hay una disminución de los síntomas al momento de poder expresar su falta de conocimiento sobre el rol que estas desempeñando, permitiendo que aumenten los conocimientos frente al autocuidado que deben tener los cuidadores con ellos mismos y con la persona de la que están a cargo (Espín, 2011).

Es así como se plantea que la aparición de dificultades emocionales son dadas más por la falta de herramientas para afrontar el desarrollo de la patología, debido a esto es importante que el cuidador cuente con espacios en los que se pueda transmitir la información sobre el que hacer frente a la situación que está afrontando. (Gutierrez et. al, 2014).

Otro aspecto importante dentro de los hallazgos encontrados es el acceso a las intervenciones por medio telefónico, demostrando más efectividad ya que llega a identificar las problemáticas que se están presentando en tiempo real, permite que el cuidador no tenga que desplazarse a otro lugar y esperar una asignación de cita para poder tener acceso a la información, más en los casos donde los cuidadores se encuentran radicados en una zona rural. Estas intervenciones permiten un gran apoyo al cuidador que se encuentra en casa, ya

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

que permiten facilitar la adquisición de herramientas para afrontar la situación que se pueda estar presentando (Vásquez et. al, 2010)

Otra problemática encontrada es el conflicto familiar que se llega a presentar, debido a la falta de información sobre la patología de la persona que se está cuidando, debido a la falta de psicoeducación la cual permitiría que se tuviera más conocimiento sobre la patología presentada y así crear una red de apoyo tanto para el cuidador como para el familiar (Vásquez et. al, 2010)

La creación de programas de intervención dirigidos al manejo del estrés en cuidadores permite proporcionar información y apoyo al cuidador entorno a el área emocional, adquisición de estrategias y manejo de la situación con la persona al cuidado de él, mejorando su rol como cuidador (Cerquera et. al, 2017).

Dentro de las estrategias encontradas en las diferentes investigaciones las cuales aportarían en gran medida el manejo del estrés están, si bien se sabe la persona que se está cuidando tiene un gran nivel de dependencia tanto físico como emocional, es bueno que el cuidador conozca las capacidades que pueda tener, para así mismo designarle tareas las cuales pueda desarrollar y crearle un poco de independencia e utilidad dentro de su rol diario (Espín, 2011).

Crear una rutina que le brinde bienestar al cuidador tanto física, social y emocional, lo cual permitirá que el cuidador pueda tener un mejor desempeño en su rol y adquirir habilidades al momento de permitirse espacios sociales diferentes y mejorar la comunicación y la escucha con la persona que está a su cuidado.

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

Planificar el día a día, diseñando rutinas y actividades en las cuales participen todos los integrantes de la familia, permitiendo así que no toda la carga este en el cuidador y que si hay alguna actividad de la cual se necesite ayuda no sea difícil contar con el apoyo de la familia (Romero et. al, 2011).

13. Conclusiones

- Dentro de los factores que influyen al desarrollo de este rol, no solo está la carga laboral si no la dependencia que se genera del paciente al cuidador, lo cual también se ve representando en afectaciones a nivel emocional, social y familiar.
- Se identificó que dentro de las estrategias más utilizadas para el manejo del estrés están en la psicoeducación que pueda tener el cuidador, el acompañamiento, apoyo familiar y poder tener tiempo para tener diferentes actividades bien sean físicas o sociales.
- El apoyo como intervención permite dar información, educación y soporte psicosocial para los cuidadores informales de personas con demencia y enfermedades crónicas, ha sido propuesto como un medio factible para conocer las necesidades de los cuidadores.
- se pudo evidenciar que el nivel de escolaridad de las cuidadoras repercute en la percepción que tienen del cuidado que ofrecen, de las situaciones familiares que vivencian y de sí mismas.

14. Recomendaciones

- Se recomienda la creación del programa de intervención el cual permita evidenciar los niveles de estrés en los que se encuentran los cuidadores para así mismo generar herramientas de trabajo.
- Fomentar talleres psicoeducativo que permitan mayor conocimiento del manejo de la patología y del autocuidado
- Se recomienda el desarrollo de nuevas tecnologías que permitan que el cuidador pueda tener un mayor acceso a herramientas que le permitan evidenciar la importancia de tener entendimiento de la patología y herramientas para su autocuidado.

15. Referencias Bibliográficas

Alonso Babarro, A., Garrido Barral, A., Díaz Ponce, A., Casquero Ruiz, R., & Riera Pastor, M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención primaria*, 33(2), 61-67.

Alzheimer Disease International. World Alzheimer Report (2016). Alzheimer Disease International.

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

- Andrade, E., & Margarita, A. (2011). Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia: Ciudad de La Habana. Doctoral dissertation, Escuela Nacional de Salud Pública.
- Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición. Madrid: Editorial Panamericana; 2014.
- Ávila-Toscano, J., García-Cuadrado, J., & Gaitán-Ruiz, J. (2010). Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(1), 71-84.
- Barrera O.L, Galvis L. CR, Moreno F. ME, Pinto A.N, Pinzón R. ML, Romero G.E, Sanchez H.B.(2006) La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Investigación y educación en enfermería-Medellin*, Vol. XXIV N° 1, Pag. 36-46.
- Barrera-Ortiz L, Pinto-Afanador N, Sánchez-Herrera B, et al. Cuidando a los cuidadores. Familiares de personas con enfermedad crónica. Bogotá; Universidad Nacional de Colombia: 2010.
- Bebko, J., Konstantareas, M. y Springer, J. (1987). Parent and professional evaluations of family stress associated with characteristics of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17(4),565-577.
<http://dx.doi.org/10.1007/BF01486971>.
- Carrillo G.M, Chaparro L., Sanchez B. (2014). Carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región pacífica colombiana, *Ciencia y enfermería*. (2), 83–91

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

Castellanos F, Cid M, Duque P, Zurdo M. Abordaje integral de la demencia. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2011; 35(2): 38-71.

Cerquera AM & Pabón DK. (2017). Implementación del programa de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer PIRCA. Universitas Psychologica.;16(2):1-12.

Cerquera, A., Pabón, D., & Uribe, D. (2012). Nivel de depresión experimentada por una muestra de cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Psicología desde el Caribe, 29(2), 360-384.

Cheung KS-L.(2014). Multicomponent intervention on enhancing dementia caregiver well-being and reducing behavioral problems among Hong Kong Chinese: a translational study based on REACH II. International Journal of Geriatric Psychiatry.; 30:460-469.

Ducharme FC, Lévesque LL, Lachance LM, Kergoat MJ., Legault AJ, Beaudet LM, & Zarit SH. (2011). “Learning to become a family caregiver” efficacy of an intervention program for caregivers following diagnosis of dementia in a relative. The Gerontologist.;51(4):484-94.

Espín, A. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Revista Cubana Salud Pública, 34 (3), 1-13.

Francine C. Ducharme, PhD, Louise L. Lévesque, MSc, Lise M. Lachance, PhD, Marie Jeanne Kergoat, MD, Alain J. Legault, PhD, Line M. Beaudet, PhD, and Steven H. Zarit, Ph. (2011). Eficacia de un programa de intervención para cuidadores después

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

de un diagnóstico de demencia en un pariente. *Revista Facultad de Salud - RFS* 2011, ISSN 2145-1362.

Fernández M, Castro-Flores J, Pérez-De las Heras S, Mandaluniz-Lekumberri A, Gordejuela M, Zarranz JJ. Prevalencia de la demencia en mayores de 65 años en una comarca del País Vasco. *Rev Neurol.* 2008; 46 (2): p. 89-96.

Fernández, A., Turrero, A., Zuluaga, P, Gil-Gregorio, P., del Pozo, F., Maestu, F., y Moratti, S. (2012). MEG delta mapping along the healthy aging-Alzheimer's disease continuum: diagnostic implications. *Journal of Alzheimer's disease*, 35, 495-507.

Flicker, C., Ferris, S. H., y Reisberg, B. (1991). Mild cognitive impairment in the elderly predictors of dementia. *Neurology*, 41, 1006-1006.

Forlenza, O. V., Diniz, B. S., Stella, F., Teixeira, A. L., y Gattaz, W. F. (2013). Mild cognitive impairment (part 1): clinical characteristics and predictors of dementia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 178-185.

G.A. Artaso B, A. Biurrun Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 38 (2003), pp. 212-218.

Goode, K. T., Haley, W. E., Roth, D. L. y Ford, G. R. (1998). Predicting longitudinal changes in mental health. *Health Psychology*, 17, 190-198.
<http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.17.2.190>.

Guerra, M. (2012). Enfermedad de Alzheimer: ¿Es posible la prevención? *Palabras Mayores*, 1(2), 1-9.

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

Hernández-Ramírez M, Juárez-Flores CA. Enfermedades crónicas degenerativas y el envejecimiento: colapso de la enfermería. *Desarrollo Cientif Enferm* 2009; 17(7):325-329.

Herrera, A., Flórez, I., Romero, E., & Montalvo, A. (2012). Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. *Aquichan*, 12(3), 286-297.

Herrera, A., Flórez, I., Romero, E., & Montalvo, A. (2012). Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. *Aquichan*, 12(3), 286-297.

Hogan BE, Linden W, Najarian B. (2011). Social support interventions: Do they work? *Clinical psychology review.*; 22(3):381-440.

Jefferson, A. L., Byerly, L. K., Vanderhill, S., Lambe, S., Wong, S., Ozonoff, A., y Karlawish, J. H. (2008). Characterization of activities of daily living in individuals with mild cognitive impairment. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 375-383.

Kally Z, Cote SD, González J, Villaruel M, Cherry DL, Howland S, Higgins M, Connolly L & Hepburn, K. (2014). The Savvy Caregiver Program: Impact of an Evidence Based Intervention on the WellBeing of Ethnically Diverse Caregivers. *J Journal of Gerontological Social Work.*;57(6-7):681-93. doi: 10.1080/01634372.2013.850584.

López M, Pérez C. Talleres de orientación y apoyo a familiares de cuidadores de enfermos con demencias. *A tu Salud: Revista de educación para la salud* 1999; 26: 18- 24.

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

- López, Á. G., y Calero, M. D. (2009). Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 44, 220-224.
- López-Alvarez J, Agüera-Ortiz LF. Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*. 2015; 5(1): 3-14.
- Losadal, A.; Márquez-González, M.; Peñacobal, C.; Gallagher-Thompson, D.; B. (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología Conductual*, Vol. 15, N° 1. 57-76.
- Martínez Rodríguez, M.T. (2009). La intervención psicosocial en contextos rurales con familias de personas mayores en situación de dependencia. Madrid. España: En clave rural.
- Montalvo-prieto, A. (n.d.). Cuidadores de Cartagena y su contexto de cuidado: estudio comparativo, 9, 135–146.
- Negovanska V, Hergueta T, Guichart-Gomez E, Dubois B, Sarazin M, Bungener C. (2011). Beneficial effect of a cognitive behavioral and multidisciplinary program in Alzheimer Disease on spouse caregiver anxiety: French study ELMMA. *Revue neurologique.*; 167(2):114-22.
- Ocampo-Chaparro JM, Herrera JA, Torres P, et al. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colomb Med* 2007; 38 (1):40-46.

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña- Casanova J, Del Ser T, et al. Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2010; 30: 161-178.

Organización Mundial de la Salud. Demencia: una prioridad de salud pública. Washington, DC: OPS, 2013.

Orozco,-Gómez, A., Eustache-Rodriguez, V., & GrossoTorres, L. (2012). Programa de intervención cognoscitivo conductual en la calidad de sueño de cuidadores familiares. *Revista Colombiana de Enfermería*, 7(7), 75-85.

Pitteri F, Soulas T, Essertaise AL, Roux J. (2013). L'apport de la relaxation à un programme d'intervention psychoéducatif destiné aux aidants familiaux de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*;11(4):443-51.

Portellano-Ortiz C, Turró-Garriga O, Gascón-Bayarri J, Piñan-Hernández S, Moreno-Cordón L, Viñas-Diez V, et al. Anosognosia y depresión en la percepción de la calidad de vida de los pacientes con la enfermedad de Alzheimer. Evolución a los 12 meses. *Rev Neurología*. 2014;59(5):193-204.

Pössel G, Gonzáles-Hernández J. Manejo farmacológico de la agitación en demencia: Revisión. *Revista Memoriza.com [Internet]*. 2011 [citado 15 de mayo 2015]; 6:40-49.

Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2010). Resiliencia: una perspectiva de la enfermedad crónica en la población adulta. *Pensamiento psicológico*, 9(17), 69-82.

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

Romero, S., Sanabria, J., & Rueda, L. (2011). Eficacia de las intervenciones de enfermería mediante un programa para cuidado en el hogar. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(1), 20-30. }

Romero, S., Villamizar, B., & Rueda, L. (2011). Apoyo telefónico: una estrategia de intervención para cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Salud UIS*, 43(2), 191-201.

Sánchez, M.P. (2010-12) Personas cuidadores formales y familiares y salud. Proyecto financiado por el Instituto de la Mujer.

Sebastián, R.W.; Pelicioni, M.C.; Chiattonne, H. (2002). *International Journal of Clinical Psychology*, Vol. 2, N° 001. 153-172.

Slachevsky A, Fuentes A. Síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencias: actualización terapéutica. *Rev Med Chile* [revista en Internet]. 2005Oct[citado9Jun2015];133(10):12421251. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872005001000015&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005001000015>.

Vargas-Escobar, L. (2012). Aporte de la enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. *Aquichan*, 12(1), 62-76.

Vázquez, C.; Sanz, J.; Fortún, M.; Paz, M.; Espinosa, R. (2005). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck (BDI-II): Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Revista de psicología clínica y salud*, Vol. 16, N° 2. 121-142

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

Velásquez, V., López, L., López, H., Cataño, N., & Muñoz, E. (2011). Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. *Revista de Salud Pública*, 13(4), 610-619.

Víctor T, Pérez Martínez. Demencia en la enfermedad de Alzheimer: un enfoque integral. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2005 [citado 9 Junl];21(34):Disponibleen:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300017&lng=es



ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

	Año	País	Autor	Programa	objetivo	Instrumentos	Muestra	Metodología	Descripción del programa	Resultados	Conclusiones
1	2011	Colombia	Vilma Velásquez, Lucero López, Heddy López, Nohora Cataño y Esperanza Muñoz.	Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural.	Determinar el efecto de la aplicación de un programa educativo con perspectiva cultural para cuidadores de personas ancianas en situación de discapacidad y pobreza en un sector de Bogotá - Colombia, sobre las variables: auto percepción de salud, funcionalidad familiar, carga del cuidador y depresión.	Se creó un formato para la recolección de las características sociodemográficos. El grado de dependencia de la persona anciana cuidada se evaluó con el Índice de Barthel (AVD)(24) que valora a la persona para realizar diez [10] actividades básicas de la vida diaria. La dependencia se puntúa: total [0-20], severa [21-60], moderada [61-90], escasa [91-99], independencia [100]. Las variables dependientes se midieron con cuatro instrumentos: a. Encuesta de Auto percepción en salud (APS) b. El Apgar familiar tiene consistencia interna de la escalas de 0,81 y la fiabilidad test-retest de 0.81 (26). Consta de 5 preguntas en escala Likert. c. Escala de carga de Zarit con consistencia interna de la escala es de 0.91 y la fiabilidad	56 cuidadores familiares de personas mayores de 60 años que no pudieran salir solos de la casa, de los estratos 1 y 2.	Estudio cuasi experimental con pre-prueba y pos-prueba. Participaron 56 cuidadores familiares, 37 en el grupo experimental (ge) y 19 en el grupo control (gc). El programa educativo aplicado al grupo experimental constaba de seis sesiones grupales con intervalo de 30 días.	El programa educativo estuvo dividido en seis sesiones con intervalo de 30 días y se aplicó al grupo experimental por una enfermera experta en gerontogeriatría y enfermería transcultural. Fue denominado: "Pongámosle color a la vida"; las sesiones tenían cinco fases: Sensibilización, Información Culturalmente Adaptada, Toma de Decisiones, Compromisos de Acción y Cierre. Encaminadas al auto reconocimiento, auto reflexión y el compromiso desde los propios intereses y motivaciones	Se encontró predominio de cuidadoras (75 %), en edades comprendidas entre 35 a 59 años de edad (52 %) y de 60 o más años (41 %), de estrato dos (86 %) y uno (14 %), casados (41 %) y en unión libre (21 %), con un nivel de escolaridad distribuidos así: primaria (70 %), bachillerato (23 %) sin escolaridad (5 %) y estudios superiores (2 %). En salud aventaja el régimen subsidiado (61 %) al contributivo (32 %). La HTA ocupó un 29 % de las enfermedades referidas. El rol de cuidadora esta ejercido principalmente	El programa educativo dirigido a CFPADP con enfoque cultural tiene efectos estadísticamente significativos sobre las variables: carga del cuidador y funcionalidad familiar. El efecto positivo en estas variables tiene directa relación con la concepción del programa donde se proporciona un entorno de confianza, de interacción con los valores y creencias de los participantes por medio de palabras, dichos y símbolos de la cotidianidad. Además, se proporciona un ambiente lúdico adaptado a su cosmovisión que favorece la construcción de redes de afecto y empatía entre los cuidadores. El profesional sostiene una relación horizontal, de constante reconocimiento del rol que desempeñan, de promoción del auto reconocimiento de capacidades y de



ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

					<p>test-retest de 0.86 (27).Consta de 22 ítems en escala tipo Likert</p> <p>d.Escala de Yesavage con validez de 0.9 y confiabilidad de 0.81, sensibilidad de 92,7 % y especificidad de 65,2 % (28) tiene un formato de respuesta dicotómica (Si ó No).</p>			<p>por las hijas(os) (57 %) y esposa (20 %), con más de 4 años al cuidado (79 %), distribuidos en más de 9 años (54 %) y entre 4 y 8 años (25 %).</p> <p>Las personas ancianas</p> <p>El índice de Barthel reveló que el 66 % se encuentran en dependencia moderada; 18 % en dependencia severa; 11 % en dependencia total y 5 % en dependencia escasa.</p> <p>La auto percepción en salud, en la pre prueba, reveló un comportamiento semejante entre el (ge) y (gc) la mayoría de los cuidadores perciben su salud "regular" (gc) 64 % y (ge) 68 %, como "excelente, muy buena, buena" (gc) 36 % y (ge) 32 %,</p>	<p>valoración de los esfuerzos de los cuidadores</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--



2	2011	Cuba	Sandra Lucrecia Romero, Jenny Paola Sanabria, Leidy Jhoana Rueda.	Eficacia de las intervenciones de enfermería mediante un programa para el cuidado en el hogar.	<p>Evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería en personas con enfermedad crónica y sus cuidadores, dadas mediante el programa Preparación y Apoyo para el Cuidado en el Hogar.</p>	<p>Para evaluar la presencia de los diagnósticos de enfermería se diseñó un formato de valoración teniendo en cuenta los dominios de la NANDA y una lista de chequeo para la identificación de las principales características definitorias de los mismos. Los anteriores formatos contaron con validez facial y de contenido por expertos. De otro lado, para cada uno de los grupos se determinó el valor promedio del CRE inicial en las etiquetas de resultado: Bienestar del cuidador principal (2508), Conocimiento proceso de la enfermedad (1803), Conocimiento: régimen terapéutico (1813), Preparación del cuidador familiar domiciliario (2202);9 estando las tres últimas etiquetas operacionalizadas en estudios realizados por la escuela de enfermería de la Universidad Industrial de Santander.10,11,12 Para la etiqueta</p>	<p>La población la conformaron las personas con enfermedad crónica y/o en situación de cronicidad y/o cuidadores familiares egresados del servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander (E.S.E HUS) de la ciudad de Bucaramanga, quienes de forma voluntaria participaron en el Programa Preparación y Apoyo para el Cuidado en el Hogar de</p>	<p>Estudio cuasi experimental. Se valoraron las etiquetas de resultado Conocimiento: proceso de la enfermedad, Conocimiento: régimen terapéutico, Preparación del cuidador familiar domiciliario, Bienestar del cuidador principal. Los criterios de inclusión fueron: que la persona enferma y/o su cuidador familiar presentará al menos uno de los siguientes diagnósticos de enfermería: Conocimientos Deficientes, Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico, Riesgo de Cansancio o Cansancio en el Rol del Cuidador; además, para</p>	<p>La preparación para el alta consistió en sesiones educativas individualizadas, brindadas durante la hospitalización y al momento del egreso de la institución, las cuales fueron fraccionadas y reforzadas según las necesidades del binomio cuidador-persona cuidada y la disponibilidad de tiempo del interventor. De la misma manera, las personas que fueron asignadas al grupo de intervención telefónica recibieron una sesión educativa telefónica reforzando los conocimientos suministrados previamente durante la preparación para el alta. Las personas que fueron asignadas al grupo de visita, recibieron además de la preparación para el alta y una intervención telefónica, una visita en su domicilio donde se brindó educación para el fortalecimiento de conocimientos y habilidades instrumentales.13,14 La intervención telefónica y visita</p>	<p>Al realizar el Análisis de Covarianza y analizar el efecto de las intervenciones en las etiquetas del CRE final, ajustado por el CRE inicial, se evidenció una diferencia estadísticamente significativa en el CRE FINAL de la etiqueta Conocimiento Proceso de la Enfermedad de las personas que hacían parte del grupo de visita domiciliaria e intervención telefónica; sin embargo, solo hubo diferencia estadísticamente significativa para el grupo de intervención telefónica en las etiquetas Conocimientos Régimen Terapéutico, Preparación para el Cuidador Domiciliario y Bienestar del</p>	<p>Se considera que la intervención telefónica puede ser más efectiva, en parte, porque identifica y maneja los temas importantes y pertinentes en relación a las necesidades individuales, así mismo, si la intervención se estandariza puede llegar a ser sensible e ignorar la alta subjetividad y la naturaleza dinámica de la experiencia del cuidador. Entre otras ventajas, se puede ajustar la agenda con horarios flexibles, no requiere movilizarse, incrementando la accesibilidad especialmente en aquellas personas que viven en áreas rurales a las que la llamada telefónica les toma menos tiempo que el que invertirían si tuvieran que desplazarse a hacer una actividad persona a persona.16, 17 Del mismo modo, la presente investigación muestra que las intervenciones de enfermería aplicadas, entre las que se encuentran apoyo al</p>
---	------	------	---	--	---	---	--	---	---	---	--



ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

					<p>Conocimiento Proceso de la Enfermedad se utilizaron 3 indicadores de los 10 propuestos por la CRE; para la etiqueta Conocimiento: Régimen terapéutico se utilizaron 11 indicadores de los 12 propuestos; Preparación del cuidador familiar domiciliario 6 de los 19 propuestos y para Bienestar del cuidador principal 6 de los 13 propuestos. Cada uno de los indicadores fue medido en una escala tipo Likert con una puntuación de 1 a 5, donde 1 corresponde a la ausencia de la condición y 5 a lo máximo esperado.</p>	<p>esta institución. La muestra estuvo conformada a por (n=246) personas, quienes fueron asignadas a tres grupos, el primer grupo o grupo control (n=91) recibió únicamente preparación para el alta antes del egreso; el segundo grupo (n=103) recibió además de la preparación para el alta intervención telefónica entre la 1ª y 2ª semana posterior al egreso y el tercer grupo además de lo anterior</p>	<p>las personas que recibieron intervención telefónica: tener una línea telefónica donde contactarlas y para las personas asignadas a la visita domiciliaria: residir en el área metropolitana de Bucaramanga. Como único criterio de exclusión se consideró la presencia de alteraciones cognitivas en personas sin cuidador familiar.</p>	<p>domiciliaria se realizaron entre la 1ª y 3ª semana posterior al egreso. Se asignaron a tres grupos. El primer grupo recibió preparación para el alta, el segundo grupo recibió preparación para el alta e intervención telefónica y el tercer grupo recibió además de lo anterior, una visita en su domicilio.</p>	<p>Cuidador Principal.</p>	<p>cuidador principal, tienen un efecto positivo en la etiqueta de resultado bienestar del cuidador, lo que se evidencia una diferencia de 0,38 (p=0.002) en la etiqueta en mención para el grupo que recibió las intervenciones por teléfono.</p>
--	--	--	--	--	---	---	---	---	----------------------------	--



3	2011	Canadá	Francine C. Ducharme, PhD, Louise L. Lévesque, MSc, Lise M. Lachance, PhD, Marie-Jeanne Kergoat, MD, Alain J. Legault, PhD, Line M. Beaudet, PhD, and Steven H. Zarit, Ph.	Eficacia de un programa de intervención para Cuidadores después de un diagnóstico de demencia en un pariente.	El objetivo de este estudio experimental, era probar la eficacia de un programa individual psicoeducativas concebido para facilitar la transición al papel del cuidador tras el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer en un familiar.	la Escala de autoeficacia (Kuhn y Fulton, 2004), que comprende 15 ítems en los que los cuidadores califican su nivel de confianza para lidiar con situaciones de cuidado (por ejemplo, lidiar con su necesidad de la mayoría de sus actividades diarias). La elección de las respuestas varían de 1 (nada seguro) a 5 (extremadamente confiado). En nuestro estudio, la línea de base El coeficiente alfa para la escala total fue de 89. Escala de preparación para el cuidado (Archbold, Stewart, Greenlick y Harvath, 1990) sirvieron para medir el grado de preparación del cuidador para cuidar al pariente enfermo (p. ej., qué tan bien preparado ¿cree que debe ocuparse de las necesidades físicas de su familiar?). La elección de los rangos de respuestas del 1 (nada preparado) al 5 (muy bien preparado); El coeficiente alfa inicial para la escala	Los cuidadores se reclutaron en clínicas de memoria y se asignaron al azar a un grupo experimental (n = 62) o un grupo de control (n = 49) que recibían la atención habitual.	Los participantes fueron entrevistados 2 semanas antes de el inicio del programa (T1, línea de base) y luego asignados al azar al GE o al GC. Ellos eran también entrevistado al final del programa (T2, pos prueba) y 3 meses después (T3, seguimiento) para examinar los efectos de la intervención. Nuestras hipótesis, que fueron extraídas de la modelo teórico propuesto por Meleis y colegas (2000), especificó los resultados esperados de exitosa transición de roles y estaban estrechamente vinculados a los objetivos y	Los participantes fueron los cuidadores principales de un familiar diagnosticado con Alzheimer en los últimos 9 meses, los cuales se evaluaron a ciegas antes de la aleatorización, al final de el programa (pos prueba) y 3 meses después (seguimiento) sobre diferentes resultados asociados con el rol saludable transición.	Las características sociodemográficas de la muestra se presentan en Casi el 80% de los cuidadores tanto en el GE como en el GC eran mujeres y su edad media era de unos 60 años. En cuanto al vínculo de parentesco con el familiar cuidado, alrededor del 45% de los cuidadores eran hijas y el 25% cónyuges. El lapso de tiempo promedio desde que se reveló el diagnóstico de demencia fue cercano a los 4 meses. En ambos grupos, los familiares atendidos eran en su mayoría mujeres de 80 años. Según el auto informe del cuidador, los familiares no tenían más que un deterioro cognitivo moderado, según lo medido por	El objetivo de este estudio fue probar la eficacia del programa Aprender a convertirse en un cuidador familiar destinado a los cuidadores tras la divulgación del diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer en un pariente. Los resultados mostraron que los cuidadores del GE presentaron más indicadores de una transición de rol saludable que los del GC. De hecho, los cuidadores de EG mostraron una mayor confianza en el manejo de situaciones de cuidado; afirmó estar mejor preparado para la prestación de cuidados; y afirmaron una mayor autoeficacia en su función de cuidador con respecto a la capacidad de obtener un respiro, de controlar los pensamientos perturbadores sobre su función de cuidador y de responder a los comportamientos perturbadores de sus familiares. Además, estos cuidadores pudieron planificar
---	------	--------	--	---	---	--	---	---	---	---	---



ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

				<p>fue calculado en .89. La escala revisada para Autoeficacia en el cuidado (Steffen, McKibbin, Zeiss, Gallagher-Thompson, & Bandura, 2002) para evaluar la capacidad del cuidador en relación con el cuidado papel, más específicamente en lo que respecta a la obtención respiro de la familia y los amigos (5 elementos; p. ej., pedirle a un amigo o familiar que se quede con su pariente por un día para tomar un descanso), controlando pensamientos perturbadores sobre el papel del cuidador (5 elementos; por ejemplo, la injusticia de tener que gestionar esta situación de cuidado), y respondiendo a la comportamientos disruptivos de un familiar (5 elementos; por ejemplo, responder sin levantar la voz cuando su pariente interrumpe sus actividades repetidamente). Encuestados</p>		<p>contenido del programa (Zarit & Femia, 2008). En T2 y T3, esperábamos que, en comparación con los cuidadores de CG, los cuidadores de EG tendría: (H1) mayor confianza en el manejo con responsabilidad es y tareas de cuidado; (H2) ser mejor preparado para brindar atención; (H3) muestran mayor autoeficacia en su rol de cuidador; (H4) ser capaz de una mejor planificación para el cuidado futuro del familiar necesidades; (H5) tener un mejor conocimiento</p>		<p>sus puntajes en la escala de estado cognitivo (Pearlin, Mullan, Semple y Skaff, 1990), que consta de ocho ítems. con un posible rango de puntuación de 0 (deterioro cognitivo bajo) a 32 (deterioro cognitivo alto). Sin embargo, la desviación estándar de las puntuaciones de deterioro cognitivo sugiere que para algunos cuidadores el deterioro del familiar podría haber sido más avanzado al ingresar al estudio. Con respecto a la equivalencia de grupo al inicio del estudio, no se observaron diferencias medias significativas entre los participantes del GE y del GC en las características sociodemográficas y las variables</p>	<p>mejor las necesidades futuras de atención de sus familiares, adquirieron un mejor conocimiento de los servicios disponibles y recurrieron con más frecuencia a las estrategias de afrontamiento de resolución de problemas y replanteamiento. Es especialmente alentador que los logros de los cuidadores se mantengan 3 meses después de la finalización del programa. Ciertas características de nuestro programa ayudan a explicar los importantes resultados positivos obtenidos en este estudio. Tal y como recomienda la literatura (Nolan et al., 2002; Zarit & Femia, 2008), este programa se desarrolló en función de la dimensión temporal de la trayectoria del cuidado, es decir, enfocándose en un momento preciso en el tiempo de la carrera del cuidador. . Esto permitió tener en cuenta sus necesidades</p>
--	--	--	--	---	--	--	--	--	---



					<p>calificar su grado de autoeficacia en una escala analógica de 0 (absolutamente incapaz) a 100 (totalmente capaz).</p>	<p>de los servicios; (H6) hacer un mayor uso de las estrategias de afrontamiento (resolución de problemas, reencuadre y manejo del estrés); (H7) reciben más a menudo apoyo de sus red informal; y (H8) tienen menos familia Conflictos sobre la situación del cuidado.</p>	<p>de resultado. Varias diferencias significativas surgieron de los resultados de ANCOVA entre el GE y el GC. Los cuidadores de GE informaron tener más confianza en el manejo de situaciones de cuidado, sentirse mejor preparados para brindar cuidados y mostraron mayor autoeficacia. Al finalizar el programa de intervención y 3 meses después, en comparación con los cuidadores del GC. Estas diferencias explicaron el 8%, 22% y 4% de la varianza, respectivamente, medida por el valor de eta-cuadrado. También se observó que, aunque la puntuación media de autoeficacia de</p>	<p>específicas, en particular las relacionadas con la transición del rol de cuidador. Esto es lo que Zarit y Femia (2008) denominaron “tratamiento de adaptación”. Además, el programa surgió de un estudio piloto inductivo y participativo en el que los cuidadores de un familiar recientemente diagnosticado con la enfermedad de Alzheimer identificaron sus necesidades por sí mismos y validaron la relevancia del programa de intervención para satisfacer estas necesidades (Ducharme et al., 2009). Finalmente, la efectividad del programa se midió a través de indicadores proximales relacionados con una transición saludable de roles, es decir, examinando los efectos estrechamente vinculados al modelo teórico y al contenido del programa de intervención. Esto está en línea con las</p>
--	--	--	--	--	--	---	--	---



								<p>los cuidadores de EG disminuyó entre la prueba posterior y el seguimiento, el resultado no fue estadísticamente significativo. Tras la finalización del programa y a los 3 meses de seguimiento, los cuidadores del GE también demostraron una mejor planificación para las necesidades futuras de cuidado del familiar y tenían un mejor conocimiento de los servicios disponibles que el GC. La varianza explicada por estos efectos fue del 4% y 21%, respectivamente. Sin embargo, independientemente del grupo, los cuidadores demostraron una mejor planificación para las necesidades</p>	<p>recomendaciones de Zarit y Femia (2008), es decir, para medir los efectos proximales de los programas de intervención en lugar de los efectos distales que probablemente se manifestarán mucho más tarde en el tiempo (por ejemplo, angustia psicológica y depresión). En efecto, los hallazgos indican que los módulos de tratamiento específicos tuvieron los efectos previstos. Queda por determinar si estos beneficios positivos dan como resultado beneficios protectores a largo plazo para los cuidadores. Otra particularidad de este estudio fue la proceso sistemático utilizado para desarrollar el programa de intervención. Este proceso podría ser transferible para desarrollar y evaluar otros programas de intervención. Además de tener en cuenta las necesidades de los cuidadores.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA



4	2012	Colombia	Arleth Herrera, Inna E Flores, Elisabeth Romero, Amparo Montalvo.	Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena.	Determinar el soporte social percibido en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la ciudad de Cartagena, Colombia	Se aplicó la encuesta de caracterización de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica, elaborada por el grupo de Cuidado al paciente crónico de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, la cual consta de 13 ítems que describen aspectos sociodemográficos y de relación de cuidado. Para medir el soporte social se empleó el instrumento "Inventario de soporte social en enfermedad crónica de Hilbert", integrado por cinco subescalas: Interacción personal (1-10), guía (11-17,30-36), retroalimentación (18-21, 37, 38), ayuda tangible (21-24) e interacción social (25-29). Cada ítem se califica mediante una escala tipo Likert, que va de 1 insatisfecho hasta 6 muy satisfecho. La puntuación total oscila entre 38 y 228, a mayor puntaje mayor grado de satisfacción con el apoyo brindado por la persona	Estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal, realizado en Cartagena a una muestra de 222 cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica (nivel de confianza del 95%, proporción de 5,5%, con un error de 3%), del total de cuidadores de pacientes con enfermedad crónica existentes en la ciudad de Cartagena. Fueron seleccionados cuidadores mayores de	La investigación mantuvo los parámetros éticos para estudios con seres humanos incluyendo el consentimiento informado, la participación voluntaria, el manejo confidencial de la información, el empleo de la evidencia disponible para la intervención terapéutica a los cuidadores familiares, y la autorización del Comité de Ética de la Universidad de Cartagena. No presentó riesgos importantes para los participantes.	Los cuidadores seleccionados se ubicaron a través de las organizaciones dedicadas a trabajar con grupos de pacientes con determinada enfermedad crónica (Alzheimer, parálisis cerebral, niños con leucemia y fibrosis quística), a quienes se les solicitó autorización, previo conocimiento de la propuesta de investigación, y a cuidadores de pacientes con enfermedad crónica (accidente cerebro vascular) localizados en sus lugares de residencia. El promedio de tiempo utilizado para recolectar la información con cada cuidador fue de veinte minutos, fueron utilizados códigos para mantener el anonimato de los participantes. A un cuidador no se le recolectó el total de la información por dificultades personales.	De los cuidadores que hicieron parte del estudio, el 91,4% son mujeres, 54,35% con edades comprendidas entre los 36 y 59 años, y una edad promedio de 43,7 años. El 95,5% sabe leer, han alcanzado un grado de escolaridad igual o inferior al técnico en un 86,5%, están casados o en unión libre el 61,1% de ellos, se dedican a actividades del hogar o trabajo formal el 78,5%, pertenecen al estrato 1 el 42,6%, y el 52% de los sujetos de cuidado es mayor que el cuidador. El 79,4% de los participantes cuida desde el momento del diagnóstico, el 61% de ellos lleva más de 19 meses en esta labor, el 67,8% dedican más de	Dentro del soporte social a cuidadores de la ciudad de Cartagena, los resultados encontrados permiten evidenciar que los cuidadores presentan satisfacción con el apoyo percibido, especialmente el de tipo emocional, y educación e información. Se destaca como principal sistema a la familia. El estudio aporta elementos teóricos y metodológicos que permitirán el desarrollo de propuestas innovadoras desde la disciplina de enfermería para mantener o mejorar el apoyo que reciben las personas en situación de enfermedad crónica y sus cuidadores, a fin de potenciar y apoyar la constitución de grupos y redes de apoyo social que a su vez permitan visibilizar su condición. Implicaciones para enfermería: los resultados del estudio aportan a la cualificación del cuidado, especialmente del cuidado informal, toda vez que
---	------	----------	---	---	--	--	--	--	--	---	---



						<p>nombrada como la más importante por el cuidador (30). Para el presente estudio no se utilizaron los ítems que corresponden a la subescala ayuda tangible, dado que la investigación no proporcionó apoyo material, y el de las tareas físicas y labores desempeñadas por el cuidador, tomándose como rangos de puntuación 34 y 204. La confiabilidad del instrumento para el presente estudio a través del alfa de Cronbach fue: Interacción personal 0,93; Guía 0,95; Retroalimentación 0,89; Interacción social. Los datos fueron analizados en el paquete estadístico SPSS versión 16.0® del cual se obtuvieron las frecuencias absolutas y relativas, medias y desviación estándar.</p>	<p>18 años, sin alteración del estado de conciencia, sin remuneración económica y que convivieran con la persona cuidada por un tiempo mayor de un mes.</p>			<p>13 horas diarias al cuidado, el 42,6% son únicos cuidadores, la responsabilidad del cuidado recae sobre los progenitores y los hijos en más del 60%, y reciben apoyo de familiares en un 64,2%.</p>	<p>el incremento de las enfermedades crónicas trae consigo el aumento de los cuidadores y de su morbilidad asociada con el rol. Los resultados precisan la necesidad de intervenciones desde enfermería tendentes a la utilización de las TIC como estrategias de soporte social. Se requiere investigación disciplinar e interdisciplinar, y líneas que implementen programas de cuidado a los cuidadores, midan su efectividad y generen propuestas de cuidado novedosas. Limitaciones: la estrategia de soporte social no permitió evaluar la totalidad de las dimensiones propuestas por Hilbert, toda vez que no se brindó ayuda material ni apoyo en las tareas físicas para determinar la efectividad de la dimensión ayuda tangible.</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--



ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

5	2012	Colombia	Ara Mercedes Cerquera Córdoba, Daysy Katherine Pabón Poches, Diana Marcela Uribe Báez.	Nivel de depresión experimental a por una muestra de cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer.	Identificar el nivel de depresión en una muestra de cuidadores informales de pacientes con Alzheimer.	En este estudio se utilizó el Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER), elaborado por C. D. Spielberger y validado para Colombia por G. Buena-Casal y D. Agudelo Vélez (2008). Teniendo finalmente claro que su función es evaluar el componente afectivo de la depresión mediante escalas, estado y rasgo, y cuatro subescalas (eutimia-e, distimia-e, eutimia-r, distimia-r).	Compuesta por 52 sujetos. Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: ser cuidador informal principal, tener mínimo 3 meses cuidando al enfermo, no recibir ningún tipo de remuneración económica y cuidar pacientes no institucionalizados.	Este corresponde a un estudio transversal descriptivo.	<p>Fase I. Se basó en la recolección de información y revisión de literatura pertinente para el estudio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fase II. Se llevó a cabo la selección de la prueba indicada para la evaluación de los cuidadores y se conformó una carpeta guía con los documentos pertinentes para la evaluación, consentimiento informado, formato de datos sociodemográficos y cada una de las pruebas seleccionadas. • Fase III. Se procedió a la consecución de los cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer por diferentes medio de comunicación, entre ellos la voz a voz, redes sociales y la visita y llamadas a instituciones relacionadas con la problemática. Los lugares llamados y visitados corresponden a las ciudades de Bogotá, en la Fundación Acción 	En los cuidadores evaluados se encontró que el 51,9% de los sujetos presentan puntuaciones altas en la subescala de eutimia estado, mientras que el 48,1% puntuaciones bajas. En la subescala de distimia estado se encontró que el 76,9% de los cuidadores evaluados presentan puntuaciones bajas y el 23,1% restante puntuaciones altas. En total estado se encontró que 28 de los evaluados, correspondientes al 53,8%, obtuvieron puntuaciones bajas y el 46,2% puntuaciones altas en esta subescala. En cuanto a la subescala de eutimia como rasgo, se halló	En cuanto a los resultados obtenidos en la medición de los niveles de depresión por medio del IDER, se hallan estudios como el de ÁvilaToscano et al. (2010), en el que lograron identificar los siguientes niveles de depresión en cuidadores informales de pacientes con demencia: 53.1% de ellos no presentan manifestaciones depresivas, mientras que el restante 46.9% presentó diferentes niveles de depresión, siendo el más frecuente la depresión leve (34.4%), seguida de la depresión moderada (12.5%), mientras que no se reportaron casos de depresión grave. De forma similar, en esta investigación encontramos que en la escala de estado, y con mayor frecuencia en la subescala de eutimia estado, se evidencia una cantidad significativa de presencia de la depresión, si bien la ausencia es de 53,8%, la presencia indica altos niveles, aunque
---	------	----------	--	--	---	--	---	--	--	--	---



6	2011	Cuba	Ana Margarita Espín Andrade	Eficacia de un programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia	Diseñar y evaluar la eficacia de un programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia.	<p>Los criterios y escalas utilizados en la evaluación de resultados fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos acerca de la enfermedad y su manejo: test de conocimientos y habilidades del cuidador. • Habilidades para el cuidado: test de conocimientos y habilidades del cuidador(16). • Sentimiento de carga del cuidador: test de carga de Zarit. • Grado de depresión del cuidador: test de depresión de Beck. • Consumo de fármacos (cuidador): entrevista estructurada. • Percepción de trastorno de conducta del paciente: inventario neuropsiquiátrico. • Grado de satisfacción con el programa: cuestionario de satisfacción. • Calidad del cuidado al enfermo: guía de observación. 	192 cuidadores correspondientes al universo, se seleccionó una muestra aleatoria estratificada de 96 cuidadores que constituyen los casos, los restantes 96 cuidadores integraron el grupo control.	<p>Para las normativas se aplicó además el “Test de conocimientos y habilidades del cuidador” a los 75 cuidadores seleccionados para la identificación de necesidades sentidas. Esta es una prueba diseñada por la autora del trabajo y validada en el CITED para medir los conocimientos y las habilidades con que cuentan los cuidadores familiares de los enfermos que sufren demencia. Consta de 14 preguntas, las que miden las siguientes variables: nombre de la enfermedad, característica principal, pronóstico, tratamiento, aseo personal,</p>	<p>Se confeccionó un programa de 12 sesiones con una frecuencia semanal y una duración de una hora y media cada sesión, donde cada día se trató un tema diferente, dirigido por un especialista del equipo multidisciplinario (médico, psicólogo, enfermera, trabajadora social, defectólogo, fisioterapeuta). La sesiones se realizaron a través de métodos participativos e interactivos con técnicas afectivo-participativas y estudio de casos. Se consideró importante realizar la intervención en tres áreas de salud de los cuidadores, ya que estas intervenciones deben ser implementadas donde sean más accesibles para el cuidador, pues éste dispone de poco tiempo, y es este uno de los grandes problemas de los que han adolecido los programas psicoeducativas para cuidadores. Se realizó la capacitación de todos los equipos</p>	<p>La diferencia entre el grupo de estudio y el de control con relación a los conocimientos acerca de la enfermedad antes de la intervención no era significativa ($p=0,8$); se apreció una diferencia significativa entre ambos grupos posterior a la intervención ($p=0,0$), donde aumentó el conocimiento suficiente sobre la enfermedad de un 18,7% a un 90,6% en el grupo de estudio, mientras no se observaron diferencias en el grupo control. Con relación a las habilidades de cuidado, no se observó diferencia significativa entre el grupo de estudio y control antes de la intervención ($p=0,11$); mientras que después de la</p>	<p>El programa fue eficaz debido a que aumentaron los conocimientos y habilidades para el cuidado, disminuyó la carga así como la cantidad de medicamentos consumidos por el cuidador, mejoró la conducta del enfermo y la calidad del cuidado ofrecido.</p>
---	------	------	-----------------------------	---	---	---	---	---	---	--	--

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA



--	--	--	--	--

comunicación con el enfermo, accidentes en el hogar, alimentación, extravió del enfermo, incontinencia, manejo de la agresividad, hábitos de sueño, actividades físicas y sociales y sobrecarga del cuidador(16). Se consideró pertinente, además de brindar conocimientos acerca de la enfermedad y el desarrollo de habilidades para el cuidado, incluir aspectos relacionados con el rol del cuidador, al velar por el desarrollo de estrategias de afrontamiento adecuadas, el logro de un mayor control emocional de los cuidadores y hacerlo

multidisciplinarios de cada una de las áreas seleccionadas para la intervención, de manera que el programa se aplicara de la manera más homogénea posible, al utilizarse los mismos medios y técnicas (demostrativa, expositiva, con un predominio de las participativas). La capacitación comprendió tanto la parte del programa como la evaluación.

intervención, se observó un aumento significativo (de un 5% a un 90%) de las habilidades para el cuidado de los ancianos en el grupo de estudio con respecto al grupo control, que se evidencian en la $p=0,0$. Con relación a la carga, no existían diferencias significativas entre el grupo de estudio y control antes de la intervención, lo que se evidencia en la p de 0,6. Sin embargo, se aprecia que después de la intervención, hubo una variación significativa ($p=0,01$) al disminuir la carga del grupo de estudio con respecto al control, de un 50% que no tenía carga a un 70,9%. También se modificó favorablemente

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA



consciente de la necesidad de su propio cuidado para garantizar un cuidado de mayor calidad.

el grado de la carga, se observan diferencias en el grupo de estudio, donde la carga leve disminuyó de un 38,5% a un 20,8%, mientras que en el grupo control no existió variación. Hubo un aumento de los casos sin depresión después de la intervención en el grupo de estudio con respecto al control, de un 26% a un 57,3%, aunque no se evidenció una diferencia significativa entre el grupo de estudio y control, ni antes ni después de la intervención, lo que se expresó en los valores de p mayores de 0,05. Se apreció una variación favorable del grado de depresión en el grupo de

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



ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA



estudio, al disminuir la depresión leve de 51% al 30%, pero la diferencia con el grupo control no fue significativa, lo que indicó que no se redujo lo suficiente con la intervención.



7	2017	Colombia	Ara Mercedes Cerquera Córdoba, Daysy Katherine Pabón Poches, Alexis Lorenzo Ruíz.	Implementación del programa de intervención psicológica en Resiliencia para cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer PIRCA	La implementación del programa PIRCA (Programa de Intervención en Resiliencia para Cuidadores Informales de pacientes con Alzheimer) para observar los cambios presentados en los sujetos después de haber participado en el programa.	<p>El programa PIRCA, de enfoque cognitivo conductual, tiene como objetivo realizar una intervención psicológica en Resiliencia a cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer, está conformado por 10 sesiones, cada una con una duración aproximada de 90 minutos.</p> <p>Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) La versión en idioma español adaptada fue tomada de Novella (2002). Consta de 25 ítems escritos en forma positiva con un sistema de respuesta tipo Likert que va de 1 a 7 puntos. Comprende dos dimensiones: competencia personal y aceptación de sí mismo y de la vida la validez de la escala es de 0.79, según el alfa de Cronbach. A mayor puntuación, mayor nivel de Resiliencia tanto en la escala total como en sus dimensiones (Quiceno, Vinacia, & Remor, 2011).</p>	Este estudio contó con la participación de 10 cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer, participantes del programa de intervención en Resiliencia para cuidadores, 9 mujeres y 1 hombre, de la ciudad de Bucaramanga, en edades comprendidas entre los 55 y 80 años y quienes llevaban cuidando a su familiar como mínimo 6 meses, 8 horas	<p>Fase I. Selección de instrumentos y revisión teórica: Esta fase consistió en revisión de literatura pertinente para definir conceptos claves del proyecto, escoger los instrumentos más adecuados para la población y posteriormente contrastar resultados. Así mismo, se entrenó al grupo de investigación de Calidad de vida en la tercera edad de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, Colombia, estudiantes tesis de último año y jóvenes investigadoras de Colciencias, para la</p>	<p>Fase IV. Ejecución de programa de intervención Se procedió a invitar a 70 cuidadores que de forma aleatoria fueron seleccionados para la participación en el programa. Del total de cuidadores invitados iniciaron 30 y culminaron 10, esta fase se llevó a cabo en el Instituto de familia y vida de la Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga, en el periodo comprendido de Febrero a Abril de 2014. La implementación del programa se desarrolló en diez sesiones. La primera sesión es de presentación, tiene como objetivo establecer el contrato terapéutico y crear expectativas frente al programa; la segunda sesión, este soy yo, cuyo propósito es mejorar la imagen que se tiene de sí mismo reconociendo emociones y facilitando la autoconfianza; la sesión tres; aceptándome, busca reconocer por medio de las experiencias</p>	Los resultados indicaron que los puntajes de las variables con mayor variabilidad fueron depresión estado, eutimia estado, sobrecarga, estrategias de afrontamiento como búsqueda de apoyo social y religión. El apoyo emocional incrementó, lo que indica que el participar del programa los hace percibir un apoyo emocional. Los otros puntajes de la escala MOS se mantuvieron o aumentaron de forma mínima, queriendo con ello apoyar el impacto de la intervención psicológica en los cuidadores. En la prueba Zarit se observa una disminución importante que muestra la efectividad del programa para	se concluye que intervenir la Resiliencia responde a una necesidad básica de los cuidadores ya que está presente en las características de personalidad del cuidador. En la evaluación de resultados del programa de intervención PIRCA se encuentra que los cuidadores presentan Resiliencia en la aplicación del pre y post test, esta se evidencia cuando las respuestas están en la media de 144.16 en total. En las subescalas de aceptación de sí mismo y de la vida 45.70 y en competencias personales 98.4. Los datos arrojados son relevantes en la medida que para ser cuidador se debe ser resilientes. Esto lo confirma la literatura en la definición de Resiliencia, entendida como “una trayectoria estable de funcionamiento saludable a lo largo del tiempo, así como la capacidad para generar experiencias y
---	------	----------	---	--	--	---	--	---	--	---	---



				<p>Escala de carga del cuidador Zarit adaptada al castellano por Martín et al., (1996) Fue diseñada para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga sentida por el cuidador principal de pacientes con demencia. Se trata de un instrumento auto aplicado de 22 ítems que explora los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos. Cada cuestión se evalúa mediante una escala tipo Likert con 5 posibles respuestas que van desde nunca a casi siempre y que puntúan entre 1 y 5. La puntuación total es la suma de todos los ítems y el rango, por lo tanto oscila entre 22 y 110. La consistencia interna arroja un coeficiente alfa de Cronbach de 0.91. La fiabilidad es de 0.86.</p> <p>Escala de estrategias de Coping-modificada (EEC-M) Modificada por Londoño et al. (2006). En esta escala se</p>	<p>diarias, la enfermedad de Alzheimer estaba dentro de los tres estadios y su familiar era madre, padre, esposa/esposo. Los participantes cumplían con los siguientes criterios de inclusión: no recibir remuneración por ser cuidador, ni tener ningún tipo de capacitación formal sobre la enfermedad, convivir en el mismo domicilio del enfermo con Alzheimer y haber estado al cuidado del</p>	<p>aplicación de las pruebas previstas y la entrevista semiestructurada.</p> <p>Fase II. Contacto con la muestra En esta fase se inició la búsqueda de instituciones de salud que trabajaran con adultos mayores y más específicamente con demencias. Así, se presentó a dos instituciones la propuesta de trabajo para posteriormente acceder a una base de datos de pacientes con Alzheimer. Elaborada la base de datos, se procedió a llamar a cada uno de las casas de estos pacientes para establecer contacto con un familiar a cargo, presentar la</p>	<p>positivas las características de vida estable; en la sesión cuatro, de apoyo social, busca identificar el tipo de apoyo social que tiene el cuidador para potenciar el balance personal, la quinta sesión, así me ven, pretendía fortalecer la autoestima del cuidador reconociendo las cualidades que otros ven en él; la sexta sesión, queriéndolo hacer y lo logré, tiene como objetivo reconocer la perseverancia y la decisión como competencias personales desarrolladas; la séptima, lo que sería capaz de hacer, la cual busca identificar la decisión como una característica importante de la competencia personal; la sesión ocho, reconociendo mis derechos y aprendiendo a pedir ayuda, busca identificar los derechos del cuidador para mejorar su calidad de vida; sesión nueve, mis poderes</p>	<p>disminuir la carga, mientras que en Resiliencia no hay variaciones importantes.</p>	<p>emociones positivas”</p>
--	--	--	--	---	--	--	--	--	-----------------------------



ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

			<p>plantean 69 ítems que representan diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. El sujeto debe señalar el número que mejor indique que tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante situaciones estresantes con los siguientes valores: 1 nunca, 2 casi nunca, 3 a veces, 4 frecuentemente, 5 casi siempre, 6 siempre. La consistencia interna arroja un coeficiente alfa deCronbach de 0.847.</p> <p>Cuestionario MOS de apoyo social Validado por Espíndola, Enrique y Carmelo (2005) versión argentina. El cuestionario centraliza el análisis en la percepción de ayuda. Consta de 20 ítems con una escala tipo Likert expresada en los siguientes valores: 1 nunca, 2 pocas veces, 3 algunas veces, 4 la mayoría de veces, 5 siempre. Con 0.919 de</p>	<p>mismo como mínimo 6 meses, 8 horas diarias.</p>	<p>investigación y el respectivo consentimiento informado en caso de aceptación en la participación del estudio.</p> <p>Fase III. Aplicación pre test Habiendo establecido contacto con la muestra, se procedió a verificar que cumplieran con los criterios de inclusión para finalmente concertar una cita donde recibiría la visita de los investigadores, quienes aplicarían las pruebas pre test para la evaluación del programa.</p>	<p>motivacionales, su objetivo es inhibir acciones, sentimientos creencias indeseables con el fin de que el cuidador visualice la aparición de logros y objetivos que lo lleven a desarrollar las competencias personas de Resiliencia y la décima sesión, cierre, el objetivo es evaluar los resultados del programa de intervención.</p> <p>Fase V: Evaluación de resultados Terminada la ejecución del programa de intervención, se da paso a la evaluación de proceso por medio de tres cuestionarios con elaboración propia y la aplicación pos test dando paso a la calificación de las pruebas, tabulación en el sistema de datos SPSS. 22 para el respectivo análisis.</p>		
--	--	--	---	--	---	--	--	--

ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA



				consistencia interna según Alfa de Cronbach.					
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



8	2010	España	Fernando L. Vázquez, Patricia Otero, María López, Vanessa Blanca y Ángela Torres	Un Programa Breve Basado en la Solución de Problemas para la Prevención de la Depresión en los Cuidadores Informales de Pacientes con Demencia: Un Estudio Piloto.	<p>Evaluar la viabilidad de un programa de intervención breve basado en la terapia de solución de problemas para prevenir la depresión en los cuidadores informales de personas con demencia que presenten sintomatología depresiva sin llegar a cumplir los criterios diagnósticos para el trastorno de depresión mayor (prevención indicada).</p>	<p>Cuestionario de información sobre características de los cuidadores y familiares con demencia. Se recogieron datos sobre variables sociodemográficas y clínicas del cuidador y de la persona cuidada. La Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977; versión española de Vázquez, Blanco y López, 2007). Es una escala autoinformada de 20 ítems que proporciona una puntuación continua sobre el nivel de sintomatología depresiva durante la última semana.</p> <p>Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (SCID-CV; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997/1999). Es una entrevista semiestructurada que proporciona diagnósticos del DSM-IV (American Psychiatric</p>	<p>La muestra estuvo formada por 13 sujetos (76.9% mujeres), con un rango de edad comprendido entre los 43 y los 82 años (M = 59.9 años; DT = 11.9). Inicialmente, se evaluaron un total de 21 sujetos, de los cuales tres fueron eliminados por no cumplir los criterios de inclusión. Tres de los 18 sujetos elegibles declinaron participar, y dos decidieron abandonar el tratamiento durante la fase de intervención</p>	<p>En este estudio se empleó un diseño pretest-postest sin grupo de comparación con una medida de seguimiento a los tres meses. Los participantes eran cuidadores informales, esto es, personas encargadas del cuidado no remunerado y no vinculado a un servicio de atención profesional prestado normalmente por un familiar a un sujeto que requiere ayuda en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria (Mossialos, Allin y Figueras, 2007; Rivera, 2001), con independencia de si convivían o no con la persona</p>	<p>En primer lugar se procedió a contactar con dos asociaciones federadas de familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias de Galicia, quienes nos facilitaron el acercamiento a los cuidadores pertenecientes a dichas asociaciones. Todos los sujetos que formaron parte en el estudio fueron evaluados con anterioridad al inicio de la intervención con el objeto de garantizar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión y establecer una línea base. Posteriormente, fueron evaluados tras la terminación del programa de intervención y a los tres meses de su finalización para evaluar los efectos de la intervención. Todas las evaluaciones fueron realizadas por evaluadores independientes. El proceso de evaluación de los cuidadores consistió en una entrevista clínica y la aplicación de la batería de cuestionarios</p>	<p>Sintomatología depresiva. En aquellos sujetos que completaron el programa de intervención, los cambios experimentados en las puntuaciones media en sintomatología depresiva en los distintos momentos de medida revelaron diferencias estadísticamente significativas, $F(2, 24) = 13.34, p < .001$. Tras participar en el programa de intervención, así como en el seguimiento, los cuidadores informales mostraron una menor puntuación media en sintomatología depresiva. Los análisis post hoc (prueba de Scheffé; $\alpha = .05$) indicaron que las diferencias estadísticamente significativas se encontraron entre</p>	<p>Se encontró que los cuidadores que participaron en este estudio disminuyeron significativamente el nivel de sintomatología depresiva tras la aplicación de la intervención y mantuvieron dicha reducción a los tres meses de seguimiento. De igual forma, se alcanzó una reducción significativa del riesgo de desarrollar una depresión clínica tras la intervención, cuyos efectos se prolongaron hasta tres meses después. Los resultados alcanzados en reducción de la sintomatología depresiva son congruentes con los hallados en diversos estudios en los que la aplicación de diversos programas de intervención para reducir la sintomatología depresiva alcanzaron resultados estadísticamente significativos Cabe mencionar que los resultados hallados en este estudio permiten recoger una tendencia de reducción de la</p>
---	------	--------	--	--	---	--	---	---	--	---	---



					<p>Association; APA, 1995) y debe ser administrada por un clínico. Está compuesta por seis módulos (episodios afectivos, síntomas psicóticos, trastornos psicóticos, trastornos por uso de sustancias, trastornos de ansiedad y otros trastornos) de entrevista diagnóstica. De la totalidad de la entrevista, sólo se ha utilizado el módulo correspondiente a los trastornos depresivos.</p> <p>El Inventario de Solución de Problemas Revisado (Social Problem-Solving Inventory-Revised; SPSIR, D'Zurilla, Nezu, y Maydeu-Olivares, 1997; versión española de Maydeu-Olivares, RodríguezFornells, Gómez-Benito y D'Zurilla, 2000). Es un cuestionario autoaplicable que evalúa las habilidades para resolver los problemas. Consta de 52 ítems en una escala tipo Likert con varias opciones de respuesta que van desde el 0 (no es típico en mí) al 4</p>	<p>n o la fase de seguimiento. Las razones referidas para los rechazos y abandonos fueron problemas de salud y falta de tiempo para implicarse en el estudio.</p>	<p>receptora de los cuidados. Dichos participantes se reclutaron durante los meses de abril, mayo y septiembre de 2007 en dos asociaciones federadas de familiares de enfermos de Alzheimer de Galicia. Para participar en el estudio cada sujeto tenía que a) ser cuidador informal de un familiar en situación de dependencia por sufrir la enfermedad de Alzheimer o algún otro tipo de demencia (diagnosticada anteriormente por un médico), b) pertenecer a una asociación federada de Galicia relacionada con la enfermedad de Alzheimer u otras</p>	<p>anteriormente señalados. Toda la información se recogió con la garantía de confidencialidad de la proporcionada. La aplicación del programa fue llevada a cabo por tres licenciadas en psicología previamente entrenadas en la técnica de solución de problemas (dos de ellas con experiencia previa en esta modalidad de intervención). El análisis de los resultados obtenidos por los cuidadores en sintomatología depresiva en relación a la terapeuta que guió cada grupo mostró que no existen diferencias estadísticamente significativas en función de la terapeuta que aplicó el programa de intervención.</p>	<p>las medias de la medida de pre-intervención y de postintervención ($p = .01$) y de pre-intervención y seguimiento ($p < .001$). No así entre la de post-intervención y la de seguimiento ($p = .19$). Pero además de un análisis del cambio de los niveles de sintomatología depresiva, se han estudiado los resultados en cuanto al riesgo de sufrir una depresión clínica (puntuaciones CES-D ≥ 16). En la evaluación post-intervención seis sujetos experimentaron esta reducción del riesgo, lo que supone un 46.2% del total de sujetos. Esto alcanzó niveles de significación estadística ($p = .03$). Tres meses más tarde, estos seis sujetos siguieron manteniendo sus</p>	<p>sintomatología depresiva que se corresponde con un aumento en las habilidades de solución de problemas. Aunque estos datos deben ser tomados con cautela debido al pequeño tamaño de la muestra, los resultados conseguidos en la reducción de la sintomatología depresiva están en consonancia con la aplicación del programa de intervención y el aprendizaje y mejora de las habilidades de solución de problemas planteadas en él. Probablemente, con un tamaño de muestra mayor la capacidad de solución de problemas se comportaría como una variable moduladora de la sintomatología depresiva.</p>
--	--	--	--	--	---	---	--	--	---	---



					<p>(extremadamente típico en mí). Escala de Ajuste Social (Social Adjustment Scale Modified; SAS-M; Cooper, Osborn, Gath y Feggetter, 1982). Se trata de una escala autoadministrada que valora distintos aspectos del ajuste social del sujeto a lo largo de las últimas dos semanas. Consta de 45 ítems con una escala tipo Likert que va desde 1 (casi nunca) a 5 (todo el tiempo). Entrevista de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview; CBI; Zarit, Reever y Bach Peterson, 1980; versión española de Martín et al., 1996). Consta de 22 ítems y evalúa la carga subjetiva asociada al cuidado. Las puntuaciones se valoran mediante una escala tipo Likert que va desde 0 (nunca) hasta 4 (casi siempre), con lo que el rango de la puntuación total que se puede alcanzar en el cuestionario es de 0 a 88. Uno de los</p>	<p>demencias, c) someterse a una evaluación psicológica realizada por un psicólogo mediante una entrevista y la cumplimentación de cuestionarios, d) encontrarse en una situación de riesgo de depresión determinada por una puntuación en la Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977) igual o mayor al punto de corte (≥ 16), e) estar de acuerdo en participar en la evaluación de seguimiento, y f) firmar el consentimiento informado de participación en el tratamiento. Se excluyeron a</p>	<p>resultados y se añadieron tres sujetos más, lo que supone un 23% más del total de sujetos de la muestra. Aunque las diferencias entre el postratamiento y los 3 meses de seguimiento no fueron significativas ($p = .25$); al comparar la medida de pre-intervención con los tres meses de seguimiento también se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p = .004$). Así, tras la intervención y los tres meses de seguimiento, un total de 9 sujetos (69.2% de la muestra) obtuvieron puntuaciones inferiores a 16 en la CES-D, con una consecuente reducción del riesgo de sufrir una depresión clínica. Habilidades de</p>
--	--	--	--	--	---	---	--



ESTRÉS EN CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA

					<p>ítems aporta información sobre el nivel global de sobrecarga.</p>	<p>aquellos sujetos que en el momento de la evaluación</p> <p>a) experimentaran un episodio depresivo mayor, b) estuvieran recibiendo un tratamiento psicológico o farmacológico, c) presentasen otros trastornos mentales o médicos que pudieran actuar como variables de confusión en el estudio.</p>	<p>solución de problemas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias obtenidas en el SPSIR en los distintos momentos de medida, $F(2, 24) = 16.66, p < .001$. Las puntuaciones medias en el SPSIR que obtuvieron los sujetos que participaron en el estudio experimentaron un aumento paulatino.</p>
--	--	--	--	--	--	---	--



9	2014	España	<p>Isabel Gutiérrez Martínez, José Antonio del Barrio Campo, Ana I. Sánchez Iglesias, Florencio Vicente Castro, Antonio Sánchez Cabaco, Jerónimo González Bernal, Alfredo Jiménez Eguizabal, Isabel Fajardo Caldera, Isabel Gutiérrez, Carne</p>	<p>Propuesta de programa de promoción de la salud en cuidadores informales de enfermos de Alzheimer y prevención del síndrome del cuidador "evitando que el cuidador se convierta en paciente".</p>	<p>Es mejorar tanto la calidad del cuidado como la calidad de su salud y prevenir el desarrollo del Síndrome del Cuidador.</p>	<p>Para evaluar el cambio pre-post tratamiento se utilizarán dos instrumentos: • Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview). Se emplea para medir el grado de sobrecarga subjetiva de cuidadores de ancianos afectados de trastornos mentales. Se considera una escala con suficiente validez, que permite controlar programas de intervención basados en grupos de apoyo, terapia ocupacional de enfoque comunitario, terapia cognitivo-conductual y entrega de herramientas de manejo de pacientes dependientes (Hayo, et al., 2009). Consta de 22 ítems con una escala tipo Likert de 1 a 5. • Inventario de depresión de Beck (BDI-II): Mide la depresión y su gravedad. Se considera que es un instrumento válido de detección y cuantificación de síntomas depresivos (Vázquez, 2005).</p>	<p>La población a la que va dirigida el programa la componen los familiares / cuidadores de enfermos de Alzheimer recién diagnosticados. Desde los centros de salud y los médicos de familia, se les informará de la posibilidad de asistir al programa a todas las personas que sean cuidadores informales de una persona diagnosticada de enfermedad de Alzheimer en el último año,</p>	<p>Se desarrolla, desde la perspectiva de la promoción de la salud y con un modelo participativo, una propuesta de programa dedicado a los cuidadores informales de enfermos de Alzheimer.</p>	<p>La duración del programa será de 10 sesiones, repartidas durante cinco semanas con dos sesiones semanales de una hora y media cada una, dirigidas por un profesional Psicólogo. El programa se divide cuatro grandes grupos: 1. Presentación y evaluación pre-tratamiento (Sesión 1). El objetivo de esta sesión es la presentación del programa, que los asistentes se conozcan entre sí. Se empleará esta sesión también para la evaluación pre-tratamiento consistente en la aplicación de los dos instrumentos de evaluación descritos anteriormente. 2. Terapias de grupo de intercambio de pautas e información (Sesiones 2- 3- 4). El objetivo de este grupo de sesiones es informar de todo lo que tiene que ver con la enfermedad que padece su familiar, asesorarles sobre las posibles ayudas a las que pueden acceder y aconsejarles sobre las</p>	<p>En esta investigación extrajeron las siguientes conclusiones: 1. Los cuidadores familiares tienen peores niveles de salud física y psicológica y satisfacción vital que la población general. 2. Los cuidadores familiares tiene peores niveles de salud psicológica. 3. Las mujeres cuidadoras tienen peor salud física que los hombres cuidadores. 4. La conformidad con las normas de género femenino tiene riesgos y beneficios para la salud psicológica de las mujeres. 5. El modelo de afrontamiento del estrés en el cuidado es parcialmente válido para explicar el proceso de adaptación en los cuidadores. 6. El programa de intervención psicoeducativo grupal resulta eficaz en mejorar la salud psicológica de las personas cuidadoras remuneradas. 7. El programa de intervención psicoeducativo grupal</p>
---	------	--------	--	---	--	--	---	--	---	---



		<p>n Palmer o Cámara .</p>		<p>Consta de 21 ítems de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta de 0 a 3.</p>	<p>quedando excluidas las que lleven más de un año ejerciendo el rol de cuidador. La muestra estará constituida por el grupo de cuidadores que asistirán al programa. Se formará con un mínimo de cinco personas y un máximo de diez.</p>	<p>distintas pautas de cuidado que deben llevar a cabo para promocionar su salud. Esto se llevará a cabo durante las tres siguientes sesiones. En la segunda sesión, se les informará de todo lo que tiene que ver con la enfermedad, la etiología, evolución y fases terminales, haciendo hincapié en los distintos cambios cognitivos y comportamentales que va a padecer el enfermo. La tercera sesión se centrará en las ayudas tanto públicas como privadas a las que pueden acceder. Por último, la cuarta sesión se centrará en el Síndrome del Cuidador, explicando en qué consiste e informando de pautas y cuidados que los cuidadores pueden seguir para promocionar su salud y prevenir su aparición. Se dejará un tiempo al final de la sesión para que los asistentes compartan sus dudas y puedan asesorarse con distintos trucos que usen en su vida diaria.</p>	<p>resulta eficaz en mejorar la salud de personas cuidadoras familiares y remuneradas. Añadiendo además el gasto que supone para el SNS el tratamiento de estas personas por depresión y trastornos de ansiedad, que se vuelve en la mayoría de los casos crónicos y el agravamiento emocional de una vez terminado el cuidado al sentirse responsables de la muerte del familiar por pensar que sus cuidados no fueron todo lo buenos que deberían.</p>
--	--	--	--	---	---	--	--

