

Recursos de afrontamiento que emplean dos cuidadores informales, de adultos mayores diagnosticados con demencia tipo enfermedad de Alzheimer del municipio de Viterbo Caldas en el año 2018¹

Angie Leandra Taborda Londoño**

Angie_tl@hotmail.es

Silvia Karina Mejía Patiño***

karinapa386@gmail.com

Resumen

A medida que avanza la enfermedad de alzhéimer, los daños en las funciones cognitivas, psicológicas y conductuales se van agravando, teniendo una consecuencia directa sobre la independencia de la persona que lo padece, por ende, un miembro de la familia pasa a ser el cuidador principal, quien asumirá todas las tareas, atención y cuidado; se ha referido que los cuidadores familiares, presentan afectaciones psicológicas importantes, por la sobrecarga que esto representa. Este documento presenta un análisis sobre los recursos de afrontamiento que emplean 2 cuidadores informales, los cuales fueron salud y energía, habilidad y apoyo social, creencias positivas y recursos materiales; para esto, se les realizó una entrevista semiestructurada, con la que se evidenció que un cuidador hace uso de los recursos adecuadamente y no presenta tantas dificultades en su vida, a diferencia del otro cuidador.

Palabras claves: Cuidadores informales, demencia, enfermedad de Alzheimer, recursos de afrontamiento, estrés.

*Este artículo es producto del trabajo de grado para optar al título del programa de psicología de la universidad católica ¹ El presente texto corresponde al trabajo realizado en el componente de práctica investigativa III de noveno semestre de la Universidad Católica de Pereira para optar por el título de psicología. Asesorado por Sandra Milena.

** estudiante de psicología de noveno semestre

*** estudiante de psicología noveno semestre

Abstract

As Alzheimer's disease progresses, the damage to cognitive functions, psychological and behavioral behaviors become worse, having a direct consequence on the independence of the person suffering, therefore, a member of the family becomes the caregiver director, who will assume all the tasks, attention and care; It has been reported that family caregivers present important psychological alterations, due to the overload that this represents. This document presents an analysis of the coping resources employed by 2 informal caregivers, which are health and energy, social skills and support, positive beliefs and material resources; for this, a semi-structured interview was conducted, with the same evidence that a caregiver makes use of the resources and does not present the difficulties in his life, a difference from the other caregiver

Key words: Informal caregivers, dementia, Alzheimer's disease, coping resources, stress

Al hablar sobre alzhéimer, se suele centrar la atención sobre el paciente, dejando a un lado aspectos relevantes, como las implicaciones que se tiene con la función de cuidar, el cual lo realizan generalmente las personas de su entorno más cercano, la familia, quienes se ven involucrados en aspectos sociales, sanitarios y otras funciones del adulto mayor enfermo, que por su dependencia no logra realizar; por tal motivo, los cuidadores para cumplir con esas función, desarrollan importantes consecuencias físicas, psicológicas, sociales, etc.

Esta situación compleja del cuidado que vivencian los familiares, quienes se convertirían en cuidadores informales del enfermo, implica la utilización de sus recursos personales, también llamados recursos de afrontamiento; es claro que cada persona puede reaccionar de formas diferentes ante una situación que se considera estresante, debido a que intervienen los recursos psicológicos de cada uno (Lazarus y Folkman, 1986), los cuales ayudan a resistir los efectos perjudiciales del estrés (Lazarus, 1999).

Por lo tanto, la finalidad de esta investigación fue identificar los recursos de afrontamiento que emplean 2 cuidadores informales de adultos mayores, diagnosticados con

demencia tipo enfermedad de Alzheimer en el municipio de Viterbo caldas del año 2018. Para su desarrollo, se inicia con las conceptualizaciones centrales de la investigación, seguido de los antecedentes investigativos, la justificación, el planteamiento del problema, la metodología y, posterior a ello se encontrarán los resultados y las conclusiones.

Para empezar, la demencia se define como un síndrome clínico, que se caracteriza por pérdida de habilidades cognitivas y emocionales de gran severidad, suficientes para repercutir en lo social, laboral y personal (Arango, Fernández y Ardila, 2003). “La enfermedad de Alzheimer puede constituirse como un tipo de demencia que se caracteriza por grandes pérdidas neuronales, placas neuríticas y ovillos neurofibrilares” (Martínez y Moya, 2002, p.147).

El cerebro se deteriora gradualmente al aparecer formaciones anómalas, provocando alteraciones a nivel funcional, lo que conlleva a presentar una variedad de sintomatología clínica. Implicando diferentes aspectos de la vida diaria del enfermo.

Según Andrew et al (2016), los síntomas más característicos que presentan los adultos con enfermedad de Alzheimer son los olvidos frecuentes, la repetición de preguntas e historias, la pérdida de objetos por colocarlos en sitios equivocados, las dificultades para encontrar palabras (anomia), la sustitución de palabras y pausas en su discurso, la dificultad para aprender rutas nuevas, la desorientación en lugares que frecuentaba, las dificultades para planear actividades relacionadas con el olvido de secuencias de movimientos que antes realizaban de manera óptima, como hacer una reparación o cocinar, así mismo, la presencia de síntomas psicológicos y conductuales como apatía, depresión, ansiedad, irritabilidad, delirios, etc. Estos síntomas se van agudizando en las fases finales (fase muy leve, leve, moderada, y severa), lo cual requiere cada vez de un mayor cuidado (López y Martínez, 2006; Arboleda, 2016). Además, los síntomas en una persona enferma con alzhéimer, son significativos y aumentan en la medida que la enfermedad progresa, del mismo modo, esta enfermedad es una de las demencias más comunes.

Las cifras mundiales, muestran cerca de 900 millones de personas mayores de 60 años y, se proyecta que entre el 2015 y el 2050 el número de adultos mayores aumentará a un ritmo diferente según el país de procedencia; el incremento para los países de altos recursos será menor (56%), en comparación al gran aumento que tendrán los países de medianos recursos (185%) y al de los países de bajos recursos (239%) (Alzheimer's Disease International, 2015 p.1).

La organización mundial de la Salud (OMS, 2017) refiere que el aumento de la esperanza de vida en América latina es de 75 años, lo cual está contribuyendo a que el incremento de adultos mayores se produzca con mayor rapidez, así mismo a un aumento de la prevalencia de la enfermedad.

Por lo tanto, si los pronósticos que se mencionaron suelen ser correctos, se tendrá un porcentaje significativo de personas con la enfermedad mencionada, de igual manera habría una creciente en los cuidadores para este tipo de población por las condiciones de dependencia que ello demanda.

Es importante mencionar que la esperanza de vida de un enfermo que padece alzhéimer varía de una persona a otra, algunos pueden vivir entre 8 a 10 años; sin embargo, en muchos casos pueden sobrevivir hasta 20 años después de su diagnóstico (asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias, 2010).

De acuerdo con el tiempo de vida de los adultos mayores, se identifica que los cuidadores pudieran atender a los enfermos por un período de tiempo largo, implicándose en la participación absoluta de la realización de tareas de la vida cotidiana del enfermo, lo que conlleva limitaciones en las actividades personales de los cuidadores.

Se entiende como cuidador, aquel que asiste en las tareas diarias de una persona (Archiles, 2016), estos pueden ser profesionales de la salud, conocidos como cuidadores formales ó, familiares, vecinos y amigos, los que se conocen como cuidadores informales (Instituto de mayores y asuntos sociales, 2007). Además, la colaboración que los cuidadores deben brindar al

adulto mayor, hace que el cuidador descuide su propia vida y les genere alteraciones fisiológicas y psicológicas, como se mencionan a continuación.

Los cuidadores de personas con demencia tipo enfermedad de alzhéimer (DTEA) se ven sometidos a una situación de agobio con importantes consecuencias tanto en lo físico como en lo emocional, dado que presentan índices de ira, síntomas de ansiedad y depresión, mínimos niveles de bienestar subjetivo, así como una mayor probabilidad de sufrir alteraciones en su sistema cardiovascular; como consecuencia del estrés al que se somete frecuentemente (Cerquera y Galvis, 2014, p. 36). Otras alteraciones psicológicas son la depresión, ansiedad, conflictos familiares, pérdida de su autoestima, disminución de su autoeficacia y agresividad hacia el paciente u otras personas, y en las alteraciones fisiológicas se evidencia disminución del funcionamiento del sistema inmunológico, las alteraciones cardiovasculares, los trastornos gastrointestinales, los trastornos musculares y dolores asociados, o además cambios en algunas variables metabólicas (Ramírez, et al., 2007; Aldana y Guarino, 2012).

Se ha evaluado el nivel de eutimia que presentan los cuidadores, es decir, la fase de normalidad situada entre episodios de manía o depresión, encontrando que el 58.5% de los cuidadores informales, así como el 33.9% de los cuidadores formales, presentaron una respectiva sobrecarga subjetiva intensa. Es decir, la sobrecarga subjetiva intensa y la presencia de eutimia recae principalmente en los cuidadores informales (Cerquera y Galvis, 2013). En definitiva, los cuidadores informales presentan mayores niveles de sobrecarga en comparación con los cuidadores formales, de acuerdo con Aldana y Guarino (2012); en los estilos de afrontamiento, se halló que los cuidadores informales usan más afrontamiento emocional que racional y los cuidadores formales utilizan más afrontamiento racional que emocional, lo que lleva a comprometer más la salud de los primeros. De manera que los cuidadores informales pueden implicar más su salud al estar tan comprometidos con sus familiares, y al tener un lazo afectivo, puede generarles ansiedad, tristeza, miedo, inquietud y preocupación (Arango, Fernández y Ardila, 2003). Otros sentimientos que manifiestan los cuidadores informales, son la angustia, la ira y el miedo (Espín, 2009).

A partir de estas consideraciones, es importante mencionar que este trabajo se realizó con los cuidadores informales, puesto que en los antecedentes teóricos e investigativos, se evidencia una mayor afectación en éste tipo de población, manifestando estrés permanente por las limitaciones físicas, psicológicas, conductuales y cognitivas relacionadas con su parentesco familiar, lo cual puede ser motivo para sentirse más comprometidos.

Como se ha expuesto, el rol de cuidar a una persona que presente demencia tipo enfermedad de Alzheimer, tiene repercusiones negativas comprometiendo la salud física y emocional del cuidador, como lo son las manifestaciones somáticas, el padecimiento de algún tipo de enfermedad debido al estrés que produce esta función y sentimientos de tristeza, inquietud, miedo, preocupación, ira y angustia.

Se ha afirmado que las emociones son el producto de la razón, es decir, dependiendo la manera como se evalúe una situación, determina la forma de reaccionar emocionalmente frente al mismo. Riso (2009) plantea que la interpretación de la situación es la que influye sobre las emociones, la conducta y la respuesta fisiológica. En respuesta a esto, se han propuesto tipos de evaluación cognitiva: **La valoración primaria** se refiere a si lo que sucede es importante, las situaciones serán evaluadas como irrelevantes, benignas-positivas o estresantes las cuales pueden enmarcarse en los subtipos de pérdida, amenaza o desafío. **La valoración secundaria** es un proceso cognitivo que se centra en lo que puede hacer el individuo según las habilidades o los recursos con los que cuente para enfrentar esa situación estresante (Lazarus, 1999). Y **la reevaluación**, hace referencia a una modificación de la evaluación inicial de la situación y esta puede eliminar o aumentar la tensión de la persona.

Es decir, si la persona realiza una evaluación de una situación como estresante, y hace uso adecuado de los recursos, minimiza el impacto negativo del estresor, pero si por el contrario no se cuentan con recursos suficientes, el nivel de estrés aumentará produciendo afectaciones tanto en la salud física como en la emocional.

Sin embargo, muchas situaciones estresantes dan lugar a una serie de demandas que en muchas ocasiones sobrepasan los recursos de la persona; no obstante, a veces los recursos son adecuados pero, es la persona quien los decide utilizar (Lazarus y Folkman, 1986).

Entendiendo que los recursos son propios de cada persona y según la situación que se manifiesta se hace valioso utilizarlos.

Cabe mencionar que una forma de ver una situación como estresante, consiste en examinar el equilibrio de las fuerzas entre las demandas ambientales y los recursos psicológicos del individuo para manejarlas, si se tiene un buen equilibrio entre las demandas y los recursos, implicaría la ausencia de estrés o una cantidad modesta del mismo, pero si la carga ambiental sobrepasa a los recursos de la persona, se produciría una cantidad de estrés relevante, ya que el individuo posiblemente se sienta indefenso para manejar las demandas a las cuales está expuesto y, esto poder ocasionar sentimientos de pánico, depresión y desesperanza (Lazarus, 1999).

Entre los recursos más utilizados para el afrontamiento, según Lazarus y Folkman (1986), son:

Salud y energía:

Hamburg y Adams (como se citó en Lazarus y Folkman, 1986) refieren que una persona frágil, enferma, cansada o débil, tiene menos energía para aportar al proceso de afrontamiento que otra persona que sea más saludable. Cuando hay una estabilidad en el bienestar físico se logra resistir problemas o situaciones estresantes que demanda una movilización relevante. Aun así, se sugiere que las personas son capaces de afrontar las situaciones de manera adecuada a pesar de una escasa salud física y un agotamiento de la energía. Por ende, mientras la salud y la energía facilitan el afrontamiento, las personas enfermas y débiles, generalmente se movilizan lo suficiente como para afrontar una situación cuando lo que esté en juego es relevante para ellos.

Creencias positivas: Son aquellas creencias generales y específicas que son fundamentales para la esperanza y, favorecen al afrontamiento en las situaciones complejas. La esperanza puede ser alentadora por la creencia de que la situación puede ser manejable. La esperanza se da sólo cuando las creencias posibiliten un resultado positivo. Una creencia puede conducir a una evaluación de desesperanza que a su vez, disminuye el afrontamiento dirigido al problema, una creencia negativa sobre la propia posibilidad para ejercer control

sobre una situación o sobre la eficacia de una determinada estrategia puede disminuir la capacidad de afrontar los problemas (Lazarus y Folkman, 1986).

Habilidad y apoyo social: Es la capacidad de comunicarse y de interactuar con otras personas, de manera adecuada y efectiva. Lo cual permite aumentar la capacidad de atraer el apoyo de otras personas en términos emocionales, recibir información por parte instituciones profesionales y demás entes colaboradores (Lazarus y Folkman, 1986).

Recursos materiales: Hace referencia al dinero, los bienes y servicios que se puedan adquirir. Los recursos económicos aumentan de manera relevante las opciones de afrontamiento en la mayoría de situaciones estresantes, puesto que brinda el acceso más fácil y efectivo a la asistencia legal, médica, financiera y de cualquier otro tipo (Lazarus y Folkman, 1986).

Estos recursos de afrontamiento al ponerlos en práctica, ayudan al cuidador a salir de una situación estresante, pero si la persona no cuenta con los recursos aceptables de afrontamiento, puede ocasionar sobrecarga o desencadenar el síndrome del cuidador, el cual es consecuencia del estrés a largo plazo, trayendo resultados negativos en las diferentes áreas de la vida del cuidador. (Arango, Fernández y Ardila, 2003).

Según se ha evidenciado en el recorrido de los antecedentes, los estudios sobre los cuidadores y los programas de intervención, no son entonces los más concluyentes para poder permitir que el cuidador asuma de la mejor manera el rol (Cerquera y Pabón, 2014); por ende, se requieren otro tipo de estudios que ayuden a generar un mayor impacto en la psicología, ya que no se encuentran aportes significativos desde esta disciplina, siendo la encargada de brindar herramientas que ayuden al bienestar de la persona como son, el autocuidado, fomentar una red de apoyo, mantener una estabilidad tanto física como emocional, entre otras.

Puesto que, en su mayoría los estudios están enfocados en la depresión y ansiedad de los cuidadores, o en la sobrecarga que presentan los mismos (Cruz, 2013, Dueñas, et al., 2006. Pérez, Cartaya, Bárbara y Olano, 2012. Rivas y Maldonado y Paul, 2015. Galvis y Cerquera, 2016). Estos han sido abordados principalmente por el campo de la enfermería y han dado aportes muy importantes para esta disciplina.

Por otra parte, después de conocer las cifras epidemiológicas, la prevalencia de la enfermedad, aumenta cada día más, por lo tanto, es útil tener un acercamiento profundo sobre los recursos de afrontamiento y despertar interés desde la perspectiva psicológica, dando a conocer las herramientas que pueden ser eficaces para desarrollar el rol de cuidar de manera adecuada desde la subjetividad.

Como se ha visto, el cuidador deja a un lado cuestiones personales, sociales y laborales, para dedicarse de manera responsable y constante a la persona que sufre esta demencia, por lo tanto, la investigación podría incentivar actores a plantear programas para potencializar fortalezas, prestar apoyo a los cuidadores o, realizar actividades para mejorar la calidad de vida. Por ende, se debe iniciar una intervención desde el punto de vista del modelo bio-psico-social que tenga como propósito mejorar principalmente las condiciones sociales, físicas y psicológicas, permitiendo que la población de cuidadores cuente con apoyo social y de igual manera utilice recursos de afrontamiento que no altere el bienestar en su totalidad.

De acuerdo con lo anterior, el cuidador informal al percibir apoyo social, disminuye significativamente los factores psicológicos negativos (Espín, 2009; Pérez, Cartaya, Bárbara y Olano, 2012 y Pabón, Galvis y Cerquera, 2014).

Finalmente, después de haber realizado una búsqueda relacionada con los cuidadores de adulto mayor con demencia tipo enfermedad de Alzheimer, se hizo necesario formular el siguiente planteamiento ¿Cuáles son los Recursos de afrontamiento que emplean dos cuidadores informales de adultos mayores diagnosticados con demencia tipo enfermedad de Alzheimer en el municipio de Viterbo caldas del año 2018?

De acuerdo con lo anterior, la presente investigación buscó analizar los recursos de afrontamiento que emplean 2 cuidadores informales de adultos mayores diagnosticados con demencia tipo enfermedad de Alzheimer, en el municipio de Viterbo Caldas del año 2018. Se desarrolló a partir de los siguientes objetivos específicos: Identificar dos cuidadores informales que lleven como mínimo 6 años con su función, caracterizar los recursos de afrontamiento que los dos cuidadores informales emplean en su labor y, determinar los

recursos de afrontamiento que emplean dos cuidadores de adultos mayores con demencia tipo enfermedad de Alzheimer.

Metodología

La presente investigación se enmarca dentro del enfoque cualitativo, esta metodología se basa en la recolección de datos que permita describir cuestiones sobre un fenómeno determinado teniendo en cuenta que este enfoque se centra principalmente en la interpretación de la información (Martínez, 2006). En este caso se busca identificar los recursos de afrontamiento que tienen los cuidadores de pacientes con demencia tipo enfermedad de Alzheimer, por medio de la historia de vida el cual es un método de investigación que se centra en el estudio de los relatos de los acontecimientos en la vida de una persona y, tiene como elemento central el análisis de la narración que la persona realiza acerca de sus experiencias más relevantes (Amegeiras et al, 2007).

La unidad de trabajo se llevó a cabo con 2 cuidadores informales de pacientes con demencia tipo enfermedad de Alzheimer pertenecientes a la base de datos de la secretaría de salud del municipio de Viterbo Caldas. Las características de los participantes fueron: llevar más de 6 años en su rol de cuidado, ser cuidador informal y los pacientes tener un diagnóstico claro por un especialista.

Para la recolección de los datos se utilizó la entrevista semiestructurada que es más flexible y motiva al interlocutor, ayudando aclarar términos, identificar ambigüedades reducir formalismos, (Rodríguez, 2012). Los sujetos entrevistados pueden expresar sus puntos de vista de manera abierta, lo que piensan y lo que viven, el desarrollo de la entrevista se va construyendo a medida que transcurre la entrevista misma, es decir las respuestas de los participantes delimitan la orientación a seguir por los entrevistadores (Recio y Rasco, 2003).

La presente investigación, se desarrolló de acuerdo a lo estipulado por el Código Deontológico y Bioético para el ejercicio de la profesión de Psicología en Colombia (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2009). En el marco de este código, el investigador guardará el

secreto profesional en todo lo relacionado con la información recibida como producto de la investigación. En este sentido la información que aportaron a los estudiantes es confidencial y a ella se le dará el manejo adecuado para proteger su identidad. De igual forma, el material psicotécnico al ser exclusivo de los profesionales de la Psicología, contó con la supervisión del asesor. Sin embargo se tuvo en cuenta otras consideraciones fundamentales como:

- Brindarle información a cada uno de los participantes sobre el propósito de la investigación que se está llevando a cabo.
- Se invitó a los cuidadores a participar en la investigación dejándoles claro que la participación era voluntaria y cuál era el tiempo estipulado para su realización.
- Se prometió no utilizar el nombre de los participantes.
- Después de lograr el objetivo, se les mencionó cuales fueron los hallazgos encontrados y sus posibles beneficios.

Resultados

Se realizaron 2 entrevistas semiestructuradas a 2 cuidadores, quienes se desempeñan en su rol desde hace más de 6 años, que el (cuidador 1) es una mujer de 33 años quien cuida a su suegra de 73 años, tienen un nivel socioeconómico medio, viven en casa tres personas (enfermo, hijo del enfermo y la nuera que desempeña el rol como cuidadora), tiene un nivel educativo superior (profesional) y el segundo participante (el cuidador 2) de 85 años se desempeña como cuidador de su esposa desde hace 8 años, el nivel socioeconómico es medio, viven 2 personas (la enferma y el cuidador) su nivel de estudio fue hasta 5 primaria, en su vida siempre se desempeñó por ser líder de grupos políticos, los dos enfermos se encuentran en la fase final del trastorno (Andrew, Budson y Paul, 2016).

Evaluación primaria sobre la función como cuidadores

Cuando se aborda por el significado que se tiene sobre el alzhéimer, el cuidador 1 la percibió como una pérdida y una amenaza, refiriendo que “primero se pierde el alma y, después se va el cuerpo”, mencionando además lo complejo de estar al cuidado de una persona con demencia, teniendo repercusiones de igual modo a nivel familiar, social y laboral en su totalidad; por su parte, el cuidador 2 manifiesta no percibir la enfermedad como un problema

sino como parte de la naturaleza humana, por lo cual refiere que le correspondía cumplir con esa función que, por su parte no le ha restado felicidad a su vida, no obstante, en su narración alude que en ocasiones, siente tristeza porque su esposa se caracterizaba por tener muchas cualidades positivas y ser un ejemplo como persona, en este sentido pudiera considerarse que el cuidador 2, también significa la situación como una pérdida .

Creencias positivas

En el momento de abordar las creencias positivas que tienen para ejercer el rol de cuidar, el participante 1 mencionó que su primer fortaleza, se enfoca hacia el amor por el prójimo y la fe, manifestando que en el grupo religioso al que pertenece, encuentra mucha fortaleza y siente paz; la segunda fortaleza que manifiesta es la vocación de servir con amor, pues piensa que no está exenta de poder estar en esa misma situación en el futuro, la tercer fortaleza que refiere es que la suegra podría curarse o mejorar, por ello todos los días le dan aceite de coco natural con mucha fe, considerándolo como un estimulante del cerebro.

Por su parte el cuidador 2 indica que su mayor fortaleza, es la creencia enfocada en el espíritu santo (convicción que le dejó su madre), ello le da la fuerza de no perder la razón, de sostenerse y dejar a un lado la tristeza, en los momentos que se ha visto involucrado en una situación adversa, puesto que cuando el espíritu santo llega a él, inmediatamente cambia de parecer, la segunda fortaleza que alude es el compromiso que como esposo debe asumir.

Habilidad y apoyo social

En este apartado se exploró sobre los grupos sociales en los que están vinculados, el cuidador 1, mencionó: “pertenezco a un grupo religioso, pero si puedo ir yo, no puede ir mi esposo”, a lo que también dio cabida para mencionar “pero no hay grupos de apoyo de la enfermedad cerca y, tampoco me he relacionado con otras personas que tengan familiares con esta enfermedad, porque algunos solo pagan por el cuidado y ya”; en cuanto a las relaciones sociales, “se han presentado muchos cambios, pero el grupo de amigos han sido muy flexibles vienen a ver tv en la casa y a comer”, indicando que antes pasaban más tiempo

en casa, encerrados y ahora los amigos van a su casa a visitarlos , el cuidador 2 refiere “ no pertenezco a ningún grupo, pero voy a misa y después me siento con mis amigos en el parque”.

Por consiguiente se interrogó por la fuente principal de comunicación y la manera como expresan sus emociones, el cuidador 1 manifiesta que a pesar de sentirse triste, no busca ayuda de terceros ni de profesionales, indicando: “Nada, continúo normal hasta la noche que pueda descansar”; por su parte, el cuidador 2 menciona: “yo llamo al hijo que vive acá en Viterbo y el inmediatamente se dirige hacia mí”.

Salud y energía:

En esta categoría, el cuidador 1 hace alusión a no sentir energía en el momento de despertarse, deseando seguir durmiendo, debido a que sus pensamientos están enfocados en lo difícil que es la tarea de cuidar a su suegra en el transcurso del día; en cambio el cuidador 2 respecto a la energía, manifiesta sentirse muy feliz al despertarse todos los días.

Por otra parte, en lo relacionado con la salud de los cuidadores, ambos refieren tener algunas afectaciones sobre su salud, el cuidador 1, lo asoció al rol que desempeña, expresando que se agota mucho, siente dolores de cabeza, ha presentado alteraciones en el sueño en los momentos de sentirse excesivamente agotado, como también manifestó un quiste en una mano por los excesivos movimientos manuales que realiza, mientras que el cuidador 2 indica que le dieron 7 infartos cerebrales, sin embargo no lo asocia por el rol que desempeña sino que lo indica como un acontecimiento normal.

Recursos materiales:

En esta categoría, el cuidador 1 menciona que económicamente están estables por los aportes económicos que su esposo asume, enunciando: “Mi esposo es el que trabaja y supe las exigencias que su madre vaya necesitando, como sus medicamentos”; el cuidador 2 responde: “Yo pensé desde muy joven en mi vejez, yo siempre trabajé y luché por pagar todo lo del seguro social y la pensión y, yo vivo de eso, de una pensión, todos mis gastos los hago yo, mis hijos en alguna dificultad que yo no alcanzo a cubrir, me colaboran”.

En lo relacionado con los servicios (asistencia médica, financiera y de otro tipo), el cuidador 1 menciona “no contamos con una asistencia médica oportuna, puesto que se presentan muchas dificultades para la entrega de medicamentos u otros utensilios importantes para el cuidado y, a veces no se logran realizar las autorizaciones, por la cantidad de trámites que debemos realizar, por lo que el sistema de salud nos obliga a comprarlos”, del mismo modo, la cuidadora se queja de los especialistas, considerando que no siente un apoyo por parte de ellos, quienes, según su opinión, no brindan la información esperada, para este cuidador es fundamental ampliar su conocimiento sobre la enfermedad, y busca información mediante las redes sociales para conocer los factores, las causas y algunas cuestiones relacionadas con dicha enfermedad, donde se informan sobre la investigación del aceite de coco; por el contrario el cuidador 2, no manifestó ningún tipo de quejas sobre la EPS, mencionó que le dan medicamentos para que la enfermedad no avance tan rápido.

Valoración primaria

En cuanto a la valoración primaria, la situación de cuidado es evaluada en el participante 1 como estresante, enmarcada en el subtipo de **pérdida** que se relaciona con el daño que ya se ha producido y de **amenaza**, el cual lo enmarcan como un daño a futuro mencionando “una pérdida física” es decir, la muerte, de igual manera el cuidador 2 evalúa la situación como una **pérdida** cuando refiere “ella fue muy buena, con muchas cualidades y muy cariñosa, por eso me da mucha tristeza verla en esa condición”; no obstante, cada cuidador maneja la situación de manera distinta de acuerdo a las acciones que realizan, teniendo consecuencias tanto físicas, psicológicas y biológicas.

El cuidador 1 presentó episodios de tristeza, gratitud, temor, amor y, también de alegría mientras contaba el relato; sin embargo, esas emociones se asocian frecuentemente con el estrés, puesto que en su discurso, menciona cuestiones como “mi suegra nunca fue afectiva, he notado que en este momento es más cariñosa, por ejemplo vamos caminando, coge de la mano a su hijo, le da un beso y le dice que tan hermoso, en esos momentos es más tierna, más cariñosa y hasta enamorada, nos sigue afectando mucho, porque mi esposo dice que él hubiera querido

que su mamá hubiera sido consciente de lo que está haciendo por ella”, esa necesidad en demostrarle a su madre lo que él realiza día tras día, puede tornarse estresante, ello confirma que el estrés no solo se determina en las emociones estresantes (tristeza y temor), u otras como la angustia, la ira y el miedo (Espín, 2009), sino que también en aquellas que son positivas (amor, gratitud, alegría). En este sentido es relevante mencionar que existe una interdependencia entre el estrés y la emoción, puesto que si hay estrés también están presentes las emociones (Lazarus, 1999).

En este mismo sentido, el cuidador 2 manifestó emociones positivas, como el amor, la alegría, la gratitud y el cariño, pero también emociones de tristeza que se presenta ocasionalmente por determinadas situaciones, y menciona “una persona con Alzheimer requiere de mucho cariño es una fortaleza para ellos, en cambio si uno los deja tirado y se pone a discutir con ellos es más horrible la enfermedad, ella siempre ha sido una mujer muy cariñosa muy callada, siempre fue muy tranquila, nunca peleó con nadie, siempre ha tenido unas cualidades, por eso a ratos siento tristeza viendo la situación ahora, porque antes salíamos y ahora ya la gente me pregunta dónde está su esposa que no la he visto, y a ella no le gusta salir”.

La tristeza es una de las emociones que más se manifiesta en los cuidadores, e incluso en otros estudios investigativos, se evidencia que los familiares sienten un cariño muy grande por el enfermo, pero las condiciones en las que se encuentra su familiar les genera tristeza y lástima puesto que es una situación que no se puede mejorar (Algado, Basterra y Garrigós, 1997), de igual manera, en este estudio la emoción más común entre los cuidadores fue la tristeza, la cual se enmarca como una emoción estresora, originada de vivencias perjudiciales para ambos cuidadores (Lazarus, 1999).

Creencias positivas

En esta categoría, se busca identificar aquellas creencias generales que favorecen el afrontamiento, al cuidador 1 lo moviliza la fe, el amor por el prójimo, la vocación de servir, e incluso asiste a un grupo religioso donde se siente más fortalecido y siente paz; el cuidador 2, en situaciones de dificultad acude al espíritu santo, el cual le hace bien, puesto que cambia su perspectiva negativa a algo positivo, esto se puede sustentar como creencia racional según Riso

(2006), puesto que contribuye en su felicidad, además resulta saludable porque los lleva a sentir emociones positivas y, los ayuda en el adecuado afrontamiento en situaciones complejas; en este aspecto, ambos cuidadores tienen un resultado positivo.

Las creencias existenciales como la fe en el espíritu santo, en Dios o, en otro orden natural del universo, son creencias que ayudan a las personas a mantener la esperanza y a buscar el sentido de la vida a pesar de sus dificultades (Lazarus y Folkman, 1986). Los efectos positivos sobre la salud física y psicológica de las creencias religiosas espirituales, también han sido evidenciados por Cerquera y Galvis (2013), quienes encontraron en su estudio que los dos cuidadores recurren al ámbito espiritual, como el recurso más utilizado para favorecer el adecuado afrontamiento.

Sin embargo, no todos los recursos de afrontamiento sirven para responder de manera adecuada a una dificultad, sino que por el contrario puede disminuir la capacidad de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986), es decir, se puede tener el recurso de afrontamiento pero no utilizarlo de manera apropiada, en este caso, el cuidador 1 tiene la esperanza que el aceite de coco curará la enfermedad de su familiar, pero cuando su intento de solución no les significa una mejoría en el estado de salud de su familiar, les genera un estado de frustración, esto entonces se enmarcaría como una creencia irracional, puesto que conduce a emociones negativas (Riso, 2006).

Habilidad social y apoyo social

En este apartado se indaga por los recursos que utilizan los cuidadores en cuanto a la resolución de problemas, la adaptación social y la comunicación con los demás, aquí, el cuidador 1 mencionó estar en un grupo religioso de “Emaús” donde únicamente encuentra un apoyo emocional; sin embargo, manifiesta la necesidad de poder pertenecer a grupos de apoyo para cuidadores informales; el cuidador 2, mencionó asistir a misa y compartir con sus amigos en el parque; no obstante, manifiesta la importancia de pertenecer a escuelas de cuidadores que orienten sobre el manejo del enfermo y otras situaciones relacionadas con el cuidado. En el mismo orden de ideas, los resultados de un estudio, identifican a los cuidadores de adultos mayores discapacitados, como un grupo vulnerable, con necesidades

preventivas y terapéuticas (Dueñas, Martínez, Morales, Muñoz, Viáfara y Herrera 2006). En otro estudio, afirman que el cuidador informal al percibir apoyo social, disminuye significativamente los factores psicológicos negativos (Espín, 2009; Pérez, Cartaya, Bárbara y Olano, 2012 y Pabón, Galvis y Cerquera, 2014). Así mismo, en el estudio de García, Manquián y Rivas (2016), refieren que hay una influencia importante del apoyo social de los familiares y amigos para el bienestar psicológico de los cuidadores.

Esta necesidad también se evidencia en otros estudios, mencionando que el aporte por algunas instituciones ha sido completamente escaso, también comentan que han dejado de hacer cosas que antes solían realizar, como celebrar los cumpleaños o interactuar con sus familias en fechas importantes, este cambio fue una de las situaciones más difíciles en cuanto el rol de cuidar (Leiva, Hernández, y Aguirre, 2016). Estos hallazgos coinciden con la presente investigación, en tanto los cuidadores manifiestan haber tenido cambios en su entorno social, afirmando no salir a compartir con sus amigos como antes lo solían hacer, dejaron de realizar actividades que para ellos eran importantes; así como fue manifestado por el cuidador 1, quien dejó de asistir al mismo tiempo que su pareja al grupo religioso, o realizar actividades de autocuidado; no obstante, refieren recibir visitas de sus amigos; mientras el cuidador 2 se reúne con amigos cuando va al parque. En otra investigación (Chacón y Valverde, 2014), los cuidadores empleaban como estrategia de afrontamiento el retiro de las actividades sociales.

Salud y energía

Esta categoría hace referencia al estado físico y a las energías que una persona manifiesta en una situación, en este caso, el cuidador 1 se siente constantemente agotado, desanimado, sin ganas de levantarse, predisposto por la labor tan compleja que percibe y, tiene algunas manifestaciones físicas de dolores, teniendo en cuenta que la somatización es uno de los síntomas con mayor presencia (Aldante y Guarino, 2012). También hay un alto porcentaje que los cuidadores informales padezcan algún tipo de enfermedad (Dueñas, Martínez., Morales, Muñoz, Viáfara y Herrera, 2006), como lo manifestó el cuidador 1, quien presenta un quiste en la mano y dificultades para conciliar el sueño, relacionándolo a la función de cuidar; mientras el cuidador 2 dice no sentirse agotado puesto que para él es muy importante realizar

permanentemente su función por el compromiso que tiene como esposo, manteniéndola en condiciones estables, sin dejarse destruir por la situación estresora.

En esencia, la dificultad de salud en el cuidador 1 se posiciona como un riesgo, de tal manera, el buen cuidado podría estar en peligro, puesto que la salud del cuidador es importante para conllevar la función de manera adecuada (Nieto, 2002).

Por otra parte, el cuidador 2 se levanta con mucho ánimo y dice que se siente feliz todos los días, en su discurso menciona que la relación de ellos como pareja fue muy tranquila; de acuerdo con Nieto (2002), cuando una relación se percibe en términos positivos, el cuidado se realizará con más afecto y amor, esto a su vez contribuye a responder con mayor resistencia ante las situaciones estresantes (Lazarus y Folkman, 1986). Por el contrario el cuidador 1 manifestó no haber tenido una buena relación con su suegra, por lo que ve el cuidar como un compromiso que lo median las creencias antes descritas.

En este sentido, es importante mencionar que los cuidadores presentan dificultades frente a la salud física, que de acuerdo con Lazarus (1999), pueden ser reacciones fisiológicas a causa de acontecimientos externos dolorosos como la derrota o la pérdida, estas situaciones, serán entendidas como estresores psicológicos. De este modo, el cuidador 1, asoció sus enfermedades y poca energía a lo que implicaba su rol como cuidador, a diferencia del cuidador 2 que presentó problemas en su salud, pero estas fueron asumidas como algo natural del organismo, creencia que le permite levantarse feliz y enérgico todos los días, a diferencia del cuidador 1.

Por lo tanto, con lo anterior se evidencian respuestas diferentes de los cuidadores frente a la misma situación de cuidar, provocando en ambos reacciones fisiológicas a causa de esta labor; no obstante, pudiera considerarse más estresante para el cuidador 1.

Recursos materiales:

Este apartado hace referencia al dinero, los bienes y servicios que utilizan los cuidadores para llevar a cabo su función, encontrándose que ambos cuidadores están económicamente estables y suplen las necesidades constantes para un óptimo cuidado de los enfermos, así que, las personas con dinero generalmente viven mucho mejor ya que estos recursos, les

proporcionan un acceso más fácil a la asistencia médica, financiera y de otro tipo y, así no se utilice este tipo de recursos, el hecho de estar en un estatus económico mayor, la vulnerabilidad se minimiza facilitando el afrontamiento efectivo (Lazarus y Folkman, 1986); no obstante, el cuidador 1 alude que no cuenta con asistencia médica oportuna, ya que hay inconvenientes para la autorización de medicamento u otro utensilio importante como son los pañales, de igual manera menciona que la información suministrada por especialistas es muy escasa, considerando la asistencia médica como un apoyo nulo. Ese déficit de recursos materiales se enmarca como un problema frecuente, repercutiendo directamente en el cuidador y el resto de familiares (Nieto, 2002).

De igual manera cuentan con conocimientos escasos, de modo que el no tener conocimiento sobre la enfermedad pueden estar en un riesgo personal, puesto que la ignorancia puede distorsionar la realidad (Lazarus, 1999). Por su parte, el cuidador 2 dispone de muchos recursos materiales según se evidencia en su discurso y cuenta con conocimientos adecuados de la enfermedad, por lo que se puede inferir que este cuidador, a diferencia del cuidador 1, sabe utilizar sus recursos económicos y materiales.

Como se pudo evidenciar en el estudio de Rivas, Romero y Paul (2015), existen unas consecuencias como la limitación económica, la falta de conocimiento sobre la enfermedad de Alzheimer, que generaron una sobrecarga intensa y niveles de ansiedad, que afectaron la salud psicofísica de las cuidadoras de su investigación.

Conclusión:

El enfermo de Alzhéimer al tornase dependiente, sobre todo en las fases finales, requiere que un familiar lo asista completamente en la realización de sus actividades cotidianas, este familiar, será considerado como su cuidador informal.

Esta nueva situación como cuidadores informales, algunas personas la pueden interpretar como devastadora, ya que pueden evaluarla como una pérdida, una amenaza o un desafío, especialmente cuando el enfermo carece de total autonomía. De este modo y, según lo evidenciado, los cuidadores deberán enfrentar cambios en los ámbitos social, personal y laboral, que los pudiera llevar a una situación de estrés (Lázarus y Folkman, 1986; Nieto, 2002; Cerquera y Pabón, 2014; Crespo y Rivas, 2015); sin embargo, se debe aclarar que asumir la función como

cuidador, no constituye en sí un evento estresor, es decir, cada sujeto puede percibir un mismo evento de maneras diferentes.

En este mismo orden de ideas, el cuidador 1 de este estudio respecto a su nueva función como cuidador informal, muestra una valoración primaria de amenaza y de pérdida, mientras que el cuidador 2 la valora como una pérdida, de este modo, ambos evidencian emociones como tristeza, miedo y angustia; sin embargo, estas emociones son más intensas en el cuidador 1 que en el 2, debido a los recursos de afrontamiento que cada uno utiliza.

Se evidencia en esta investigación, así como en otros antecedentes investigativos, que la función de cuidar a un familiar puede ser una situación generadora de estrés que pasa por varios momentos, el primero es cuando los parientes del enfermo empiezan a percibir los cambios conductuales y cognitivos que se presentan de forma continua, segundo cuando conocen el diagnóstico y, por último, al inicio de la etapa final cuando el deterioro implica la pérdida de autonomía, llegando a ser completamente dependientes, siendo aquí cuando los parientes del enfermo se enfrentan a modificar su vida en cuanto a lo personal, social y laboral, al asumirse como cuidadores informales.

Para el presente caso, ambos cuidadores informales afrontaron la situación estresora de manera diferente, en acuerdo con los recursos personales que los beneficiara desde su condición de yerna o esposo. Sin embargo, desde las creencias positivas, el recurso que más utilizan ambos cuidadores es la espiritualidad, pero, en el cuidador 2 se destaca más la esperanza, haciendo que sus creencias tengan un resultado positivo en él, que lo ayuda a favorecer el afrontamiento en el momento de encontrarse en condiciones adversas; por su parte, el cuidador 1 tiene la esperanza de que la situación de enfermedad se puede modificar mediante el consumo de productos naturales lo que pudiera interpretarse como una evaluación de desesperanza que disminuye el adecuado afrontamiento de la situación problema (Lazarus y Folkman, 1986).

Los 2 cuidadores refieren mantener grupos de amigos con los cuales comparten de manera eventual sus gustos o creencias; sin embargo, en su discurso mencionan la utilidad e importancia que tendría para ellos asistir a grupos de apoyo donde se enfatice exclusivamente en el cuidado de los enfermos con demencia tipo enfermedad de Alzheimer, con el fin de tener un espacio para

la construcción de sus propios conocimientos respecto a este tema, por consiguiente, en el discurso del cuidador 2, se identificó un mayor conocimiento al respecto, explicado a partir de la información que le brinda el especialista sobre dicha enfermedad, a diferencia del cuidador 1, quien no considera tener un tipo de información por parte de sus especialistas, sino que realizan lecturas para aclarar sus dudas mediante redes sociales como el Facebook, desconociendo la pertinencia de obtener información de fuentes confiables, lo que hace que se nuble la perspectiva de utilizar este tipo de recurso.

En los recursos materiales, se encuentra que ambos cuidadores se posicionan en un nivel socioeconómico medio y refieren no haber pasado por ninguna necesidad, no obstante el cuidador 1 manifiesta tener más dificultades, con los utensilios, la asistencia médica y otros recursos materiales necesarias para el cuidado, mientras que el cuidador 2 no manifiesta ningún tipo de necesidad, pudiera pensarse que este cuidador hace un mejor uso de los recursos económicos y con ello proporciona la asistencia médica, financiera y otra necesidad que se requiera (Lazarus y Folkman, 1986). No obstante, es de recordar además que el cuidador 2, cuenta con el apoyo económico de sus hijos, en caso de necesitarlo, mientras que el cuidador 1, solo con los aportes de su esposo, ya que éste es el único hijo de la paciente.

En cuanto la salud y la energía, el cuidador 2 hace evidente emplear este recurso de manera adecuada, ya que menciona no sentirse cansado, disfrutando cada día de su vivencia con el enfermo, mientras que el cuidador 1 presenta algunas enfermedades, tiene problemas para conciliar el sueño y manifiesta cierto tipo de dolores en su organismo, lo cual relaciona la enfermedad y lo demás al rol que desempeña como cuidador, lo que significa que el cuidador 1 tiene menos energía que aportar al proceso de afrontamiento mientras que el cuidador 2 podría resistir más demandas estresantes (Lazarus y Folkman, 1986).

Por ende, los recursos de afrontamiento influyen de manera significativa en la adaptación de la persona ante una experiencia difícil, de este modo, fue evidenciado con el cuidador 2, que hace uso de los recursos, asumiendo su responsabilidad como esposo y cuidador, sin manifestar tantas dificultades en su vida, en comparación al cuidador 1, quien cuida de su suegra con la que no tuvo una buena relación durante su tiempo de lucidez (antes de recibir el diagnóstico),

por lo cual pudiera pensarse que no tienen un lazo emocional fuerte; además durante su relato, el cuidador 1 manifiesta sentimientos de angustia y tristeza por haber tenido que dejar su labor profesional, menciona tener conductas ansiosas, dolores y otro tipo de enfermedades que repercuten en la salud del mismo.

Finalmente, los recursos de afrontamiento que emplea el cuidador 2, son equivalentes a las demandas que implica el rol de cuidado, manifestando una cantidad modesta de estrés o ausencia del mismo, a diferencia del cuidador 1 quien cuenta con una proporción más grande de demandas y una mínima parte de recursos, teniendo como resultado el estrés; estos hallazgos coinciden entonces con la afirmación de Lazarus y Folkman (1986), cuando enuncian que, aunque el cuidador cuente con los recursos adecuados, depende de éste para que se empleen de manera óptima.

Sin embargo, los 2 participantes manifiestan la necesidad de pertenecer a un grupo de apoyo especializado en la orientación de cuidadores informales, por lo tanto, se considera pertinente fomentar un programa de intervención clínica para estas personas, pero sin dejar a un lado aspectos sociales donde se tengan espacios de socialización, con el fin de nutrir sus conocimientos con otros cuidadores y, de esa manera cooperar para fortalecer recursos de afrontamiento que se consideren útiles, relevantes y necesarios, para el adecuado funcionamiento tanto individual como social, del familiar quien está ejerciendo la prolongada función del cuidado.

Bibliografía

Alba, R. (2015). El Concepto de cuidado a lo largo de la historia. *Revista cultura de los cuidados. Universidad de Alicante*, 101-105. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46628/3/Cultura-Cuidados_41.pdf

Aldana, G., y Guarino, L. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de adulto mayor con demencia tipo Alzheimer. *Summa psicológica*, vol. 9, n°1, 5-14. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/summa/v9n1/a01.pdf>

- Algado, M., Basterra, A., y Garrigos, J. (1997). Familia y enfermedad de alzhéimer. Una perspectiva cualitativa. *Anales de psicología*. Vol. (13). Recuperado de http://www.um.es/analesps/v13/v13_1/02-13-1.pdf
- Amegeiras, R., Chernobilsky, B. L., Veliveau, G .V., Mallimaci, F., Mendizabal, N., Neiman, G., Quaranta, G., y Soneira, J. A. (2006). *Recursos de investigación cualitativa*. Gedisa S.A, 1, 175-209.
- Andrew, E., Budson, P y Paul., R. (2016). *Pérdida de memoria, alzhéimer demencia*. España: Elsevier.
- Alzheimer's Disease International. (2015). *Informe Mundial sobre el Alzheimer 2015*. Recuperado de <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/World-Report-2015-Summary-sheet-Spanish.pdf>
- Arango, J., Fernández, S y Ardila, S. (2003). Las demencias, aspectos clínicos neuropsicológicos y tratamiento. Bogotá: *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 35, núm. 1, 2003, pp. 41-5. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535104.pdf>
- Arboleda, A. (2016). Diagnostico neuropsicológico de la anomia. *Scielo*, 273-274. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v32n4/v32n4a01.pdf>
- Archiles, E. (2016). La sobrecarga de los cuidadores informales de personas mayores dependientes en Medina del Campo. Universidad de Valladolid. Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/16810/1/TFG-G%201718.pdf>
- Bennet, M. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson education limited.
- Cerquera, A. M., y Galvis, M. J. (2013). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio de cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico*, 12(1), 149-167. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612014000100011
- Cerquera, A., y Pabón, D. (2014). Intervención en cuidadores informales de adulto mayor con demencia en Colombia: una revisión. *Psicología: avances de la disciplina*, 8(2), 73-81. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/html/2972/297232756005/>
- Chacón, E., y Valverde, L. (2014). Estrategias de afrontamiento y nivel de sobrecarga en el cuidador informal de la persona con Alzheimer. Hospital Regional Docente de Trujillo 2013. Universidad Privada Antenor Orrego. Recuperado de: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/123456789/307/1/ESTRATEGIAS_AFRONTAMIENTO_CHACON_EDWARD.pdf

Crespo, M., y Rivas, M. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Revista Clínica y Salud*, 9-16.

Asociación americana de psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Estados Unidos: copyright.

Asociación de familiares de personas enfermas de alzhéimer y otras demencias (2010). *La enfermedad de alzhéimer*. Madrid, España. Recuperado de:
<http://www.afalaszasmadrid.org/la-enfermedad>

Espinosa, J., Contreras, F., y Esguerra, G. (2009). Afrontamiento al estrés y modelo psicobiológico de la personalidad en estudios universitarios. *Scielo*, 87-96. Recuperado en <http://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/93>

Espín, M. (2009). “Escuela de cuidadores” como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia, *revista de salud pública*, 35 (2),1-11. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200019

García, F; Manquián, E., y Rivas, G. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas* versión On-line ISSN 0718-6924; vol.15 no.3 Valparaíso. Recuperad de:https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-69242016000300010&script=sci_arttext

Jefatura del estado (15 de 12 de 2006). Noticias jurídicas. Recuperado el 30 de marzo de 2018, de promoción de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Recuperado de http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/139-2006.html

Instituto de mayores y asuntos sociales. (2007). Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer, Madrid España, *imsero artegraf, S.A*. Recuperado de <http://www.dependencia.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/21011alzheimer.pdf>

Lazarus, R., y Folkman., J. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Lazarus. R. (1999). *Estrés y emoción manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Desclée de Brouwer.

Lowe, R., & Norman, P. (2000). Coping, emotion and perceived health following myocardial infarction. *British journal of health psychology*, 337- 350.

- Leiva, V., Hernández, M., y Aguirre, E. (2016). Experiencias de familias que conviven con una persona con diagnóstico de Alzheimer. *Rev. Enfermería Actual de Costa Rica*, 30, 1-22. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i30.22550>
- Martínez, J., Y Moya, M. (2002). Enfermedad de Alzheimer. Obtenido de Revista Alimentación Dieta y Nutrición: <http://alimentaciondietaynutricion.com/wp-content/uploads/2012/09/Enfermedades-neurodegenerativas.pdf#page=103>
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa. *Ipsi* vol. 9, 123-146. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v09_n1/pdf/a09v9n1.pdf
- Nieto, M. (2003). Ante la enfermedad de Alzheimer. España: *desclee de brouer*, S. A.
- Organización panamericana de la salud y organización mundial de la salud. (2017). *La esperanza de vida en las américas*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13722%3AExpectancy-in-the-americas-increases-to-75-years&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es
- Pérez, M., Cartaya, M., Olano, M. (2012). Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer. *Revista Cubana scielo*, 28(4), 509-520.
- Pérez, J., Rodríguez, S., Herrera, A., Travieso, D., García, M., René, B., y Chang, M. (2013). Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de adulto mayor dependiente. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, versión On-line ISSN 1561-3003; vol.51 no.2 Ciudad de la Habana. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032013000200006&script=sci_arttext&tlng=en
- Prince, M., y Wimo, A. (2015). Informes Mundial Sobre el Alzheimer 2015. *Alzheimer's Disease International* . Recuperado de: <https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimerreport2015-summary-spanish.pdf>
- Ramírez, A., Morales, V., Pineda, F., Sánchez, S., Ramos, B., y López, U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de adulto mayor. *Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 485-494. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2008/im085e.pdf>.
- Rivas, P., Romero, M., y Paul, P. (2015). Sobrecarga y niveles de ansiedad en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer del Área de Psiquiatría del Hospital Manuel

Ygnacio Monteros del IESS de la ciudad de Loja. Universidad Nacional de Loja.
Recuperado de: <http://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/14204>.

Recio, R., y Rasco, F.(2003). Los primeros contactos con la investigación etnográfica.
Maracena, Granada: *ediciones aljibe*, S, L

Rodríguez, M. L. (2012). Teoría y técnica de la entrevista. Recuperado de:
http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/salud/Teoria_y_tecnica_de_la_entrevista.pdf.