



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

IMPACTO PSICOLÓGICO EN CUIDADORES FORMALES E INFORMALES DE  
PACIENTES CON ALZHEIMER

Tesis para optar al grado académico de Licenciado en Psicología

Autora:

MITZA ANDREA CISTERNAS CASTRO

Profesor Guía: Ps. Mg. HUGO PLAZA VILLARROEL

Viña del Mar, Chile.

2019.

## Índice

### Tabla de contenido

|                   |       |
|-------------------|-------|
| Resumen.....      | Pg. 4 |
| Abstrac.....      | Pg. 4 |
| Introducción..... | Pg. 5 |

### Capítulo I Planteamiento del problema

|   |       |
|---|-------|
| 1. Antecedentes del estudio.....        | Pg.7  |
| 1.1 Justificación del problema.....     | Pg.17 |
| 1.2 Relevancia de la investigación..... | Pg.22 |
| 1.3 Delimitación del estudio.....       | Pg.24 |
| 1.4 Pregunta de investigación .....     | Pg.24 |
| 1.5 Objetivos de la investigación.....  | Pg.24 |
| 1.6 Hipótesis.....                      | Pg.25 |

### Capítulo II Marco teórico

|   |       |
|---|-------|
| Teorías de los cuidadores y sobrecarga..... | Pg.25 |
|---|-------|

### Capítulo III Marco metodológico

|  |       |
|--|-------|
| 3. Paradigma investigativo.....                                | Pg.31 |
| 3.1 Metodología de la investigación.....                       | Pg.31 |
| 3.2 Tipo y características del estudio.....                    | Pg.32 |
| 3.3 Diseño de investigación.....                               | Pg.33 |
| 3.4 Universo, población, muestra, fuentes de información ..... | Pg.34 |
| 3.5 Instrumentos de recolección de datos.....                  | Pg.35 |
| 3.6 Criterios de inclusión muestral.....                       | Pg.36 |

|   |        |
|---|--------|
| 3.7 Criterios de cientificidad ( cualitativa y/o cuantitativa)..... | Pg.40  |
| 3.8 Técnica de análisis para el tratamiento de los datos.....       | Pg. 42 |
| 3.9 Procedimiento.....  | Pg.43  |
| 3.10 Consideraciones éticas de la investigación.....                | Pg.44  |
| <b>Capitulo IV Resultados</b>                                       |        |
| 3.11 Resultados.....  | Pg.46  |
| <b>Capitulo V Conclusiones</b>                                      |        |
| 3.12 Discusión.....   | Pg.48  |
| 3.13 Conclusión.....  | Pg.50  |
| <b>Bibliografía</b>   |        |
| 3.14 Bibliografía.....  | Pg.51  |

## Resumen

Se llevo a cabo una investigación de los cuidadores de pacientes con Alzheimer, en donde se logro determinar como afecta este trabajo en su vida cotidiana, se identifican 2 grupos de cuidadores los cuales son, los formales y los informales, junto a esto se dividieron los grupos de cuidadores por rango etario, género y lazo o nexo familiar con el paciente que padece Alzheimer.

Se aplicaron 2 test, el primer test aplicado se llama DASS 21 el cual medirá los niveles de depresión, ansiedad y estrés en ambos grupos de cuidadores, mientras que el segundo test llamado ZARIT, nos indico el nivel de sobrecarga de nuestros cuidadores a estudiar.

## Abstrac

This investigation is caregiver of patient with alzheimer, his searsh see work this affect in your cotidian life, this two group of caregiver this is formals and informals, this caregiver to separate for range of years old, genero and family bond with this patient of alzheimer.

In this investigation aplly two test, in te first test his name DASS 21 with de objetive to measure depression, anxiety and stress for caregiver group, while this other test his name is ZARIT to measure caregiver overload.

## Introducción

En la siguiente tesis se expondrá sobre la problemática de la sobrecarga que sufren los cuidadores formales e informales de pacientes con Alzheimer, en ambos grupos se hará énfasis en como llevan su calidad de vida y su trabajo a la par, se investigaron los tipos de impactos que son la ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga que pueden llegar a sufrir ambos grupos de cuidadores.

Se consideraron resultados de estudios hechos en diferentes partes del mundo con los cuales posteriormente se podrá comparar con la finalidad de demostrar en una línea de tendencia de quiénes son los más afectados dentro de este estudio, como por ejemplo, la edad media de los cuidadores participantes en el estudio ha sido de 61 años, y el 75 % de ellos eran mujeres familiares de la persona enferma, ya fueran cónyuges (43 %) o hijas (50,2 %). El 73,8 % de los cuidadores estudiados convivían con el enfermo, el 57 % llevaba menos de cinco años como cuidador y el 42,1 % dedicaban más de 12 horas diarias a la atención del enfermo.

A su vez se podrá observar que ambos grupos de cuidadores están propensos a sufrir una sobrecarga que conlleva la tarea de los cuidadores, se ha llevado a la palestra diferentes estudios los cuales indican la importancia de los cuidados que debe tener el cuidador con su salud, el poder lidiar con el manejo del estrés y de cómo afrontarlo, debido a estos estudios, específicamente un estudio realizado por la Universidad de Concepción indica que realizar la labor de cuidador muchas veces conlleva las siguientes enfermedades: “estrés, ansiedad y depresión.”

Donde en el primer capítulo se va a ver la definición de que es el Alzheimer, la justificación del problema, relevancia de la investigación, delimitación, objetivos y la hipótesis.

En el capítulo 2 se podrán ver distintas teorías acerca de la sobrecarga y el impacto psicológico de los cuidadores formales e informales de los pacientes con Alzheimer.

Después en el capítulo 3 se hablara de la metodología que se ocupara en la investigación de la tesis y sobre los test que se le aplicaran a ambos cuidadores.

Por último en el capítulo 4 se darán a conocer los resultados que arrojo el estudio del impacto psicológico en cuidadores formales e informales de pacientes con Alzheimer.

## **I Planteamiento del problema**

### **1. Antecedentes del estudio.**

El Alzheimer es una enfermedad donde genera un deterioro cognitivo importante, que es caracterizado por la pérdida de memoria, alteraciones en el lenguaje, pérdida del sentido de la orientación y dificultades para la planificación de tareas o la resolución de problemas. Se suele acompañarse por cambios en la personalidad y el comportamiento. (Clinic, 2015).

Algunas de las personas afectadas con Alzheimer no seguirán el curso evolutivo, pero se puede dar una orientación de cuáles son las cuatro fases que se experimentan en el Alzheimer. Estas fases son:

La primera fase preclínica: En esta etapa hay un deterioro sutil, no hay un diagnóstico por parte de un neurólogo de enfermedad de Alzheimer porque aún no existe como tal. Algunos de los déficits que se encuentran en esta fase están relacionados con atención, memoria episódica, dificultad para encontrar palabras (fenómeno de la punta de la lengua) etc. Desde esta fase hasta que se pase a la siguiente, pueden llegar a pasar 10 años, y la persona sigue llevando una vida normal. Es conveniente conocer cómo se cuida el cerebro para poder ralentizar lo máximo posible el avance a la siguiente fase. (González, 2018)

Segunda fase demencia leve: Llama la atención los déficits en la capacidad de aprendizaje y en la memoria, especialmente de hechos recientes. Existen más déficits como alteración en el pensamiento abstracto, la habilidad para manejar y comprender ideas complejas etc. En esta fase los déficits sí que son evidentes en el entorno laboral, social y familiar, y el neurólogo ya puede dar un diagnóstico de la enfermedad. Todos estos cambios en las funciones cognitivas superiores, repercuten en la personas a nivel emocional, y es posible que aparezcan síntomas de ansiedad, depresión, agitación, hiperactividad o apatía. (González, 2018).

Tercera fase demencia moderada: Se suelen acentuar los cambios cognitivos y emocionales de la fase anterior, son mucho más evidentes y llamativos. Es característica una desorientación temporal y espacial, déficits en la memoria, incluso en la memoria autobiográfica, incremento de la dificultad de encontrar palabras, comprensión de ideas y conversaciones etc. Los déficits en las funciones cognitivas pueden ir acompañados de anosognosia (negación de que existe "fallos de memoria") e incapacidad para realizar actividades de la vida diaria por si mismo, que antes si podía hacer. A nivel emocional pueden darse con más frecuencia síntomas psicóticos como delirios y alucinaciones, agresividad o apatía. (González, 2018).

Cuarta fase demencia severa o grave: En la última fase el deterioro cognitivo y comportamental es severo. La persona es incapaz de valerse por si misma, requiriendo cuidados y supervisión constante. Generalmente el paciente queda limitado a la silla y cama, sin control de esfínteres. Por otro lado, presentan signos y síntomas neurológicos severos como reflejos patológicos de succión, prensión, búsqueda etc. (González, 2018).

Cada una de estas fases requiere por parte de los profesionales un programa específico de estimulación cognitiva global adaptada a su curso evolutivo mediante terapias no farmacológicas. Incluso en la fase severa se debe proporcionar terapia, algo que no ocurre en todos los centros, pero los pacientes si son receptivos a ciertas técnicas, que se pueden incluso realizar en el propio domicilio, aumentando la dignidad y calidad de vida de la persona que padece Alzheimer. (González, 2018).

Una vez que los síntomas aparecen, las personas afectadas van sufriendo una incapacidad y dependencia progresiva. En las fases más avanzadas necesitará ayuda y cuidados durante la mayor parte del día. (Clinic, 2015).

El Alzheimer es más frecuente a partir de los 60 y 65 años, con el tiempo la prevalencia aumenta; así el 30% de las personas de 80 años y mayores desarrollan el Alzheimer es decir 1 de cada 3 personas (APEAD, 2018). Se desarrolla con mayor frecuencia en la adultez mayor, existe el Alzheimer de inicio temprano, donde la presentación se da entre los 30 y 50 años de edad y usualmente se asocia a la presencia de antecedentes familiares (APEAD,2018).

Nivel de prevalencia del Alzheimer es más frecuente en mujeres que en hombres, según un estudio de la fundación ACE pone en relieve la elevada afectación de demencia en mujeres. Según los datos de este estudio el 70% de las personas con demencia analizada son mujeres con una cifra de 4.000 personas (Fundación ACE , 2017).

No existe ningún tratamiento que pueda detener la enfermedad. Sin embargo, algunos fármacos pueden ayudar a impedir por un tiempo limitado que los síntomas empeoren.

Al principio las personas que tienen la enfermedad mencionada anteriormente se pueden cuidar solas, pero conforme pasa el tiempo el Alzheimer va avanzando y es ahí cuando se hará necesario un cuidador. (Fundación ACE , 2017).

Esto significa que pueden tener dificultades para comer, vestirse o incluso, en fases muy avanzadas, para andar. Poco a poco, pues, se harán imprescindibles los cuidados permanentes y la presencia constante de un cuidador. (Clinic, 2015).

Los cuidadores son personas que están encargadas del cuidado de una persona que tiene algún nivel de dependencia y de proporcionarle a la vez una calidad de vida adecuada a está. El cuidador se caracteriza por cumplir con un rol fundamental en la vida de quien será su “paciente”, ya que en sus efectos el es quien velará por el bienestar y salud de quien sea su “paciente”, se debe considerar que para el cuidado de estos pacientes no se puede definir en el

tiempo, ya que el tiempo dedicado al paciente dependerá de como el “paciente” vaya desarrollando su enfermedad (Brescané, 2001).

Se debe destacar también que la edad estimada de un cuidador es entre los 25-50 años esto se debe a que en este rango etario el cuidador se encontrará en un punto de madurez adecuado (Centro estudio de vejez y Envejecimiento UC, 2015) el por que de este requisito es muy simple, esto se debe a que los cuidadores pueden tomar decisiones asertivas y correspondientes para cada situación, a su vez un punto muy importante a considerar es el comportamiento del cuidador y el estado psicológico de este, puesto que su labor de cuidador será muy agotadora tanto física y mentalmente.

### Tipos de cuidadores

A nivel mundial podemos encontrar 2 tipos de cuidadores, el cuidador informal y el cuidador formal, los cuales serán definidos a continuación:

#### Cuidador informal

Se les llama cuidadores informales a quienes cumplen con la función de cuidar, alimentar, administrar medicamentos, y vigilancia de sus paciente los cuales no puedes valerse por si mismo para la realización de su día a día, este cuidador se denomina informal (Garcia, 2017), ya que generalmente es un familiar directo o indirecto, el cual no recibirá ningún tipo de remuneración por su tiempo dedicado al paciente, inclusive en muchas ocasiones adicional al cuidado de su paciente estos cuidadores deben realizar prácticas como asesor de hogares, es decir encargarse de limpiar el hogar, cocinar y hasta lidiar con los problemas cotidianos presentes en el hogar .

### Cuidador formal

A diferencia de los cuidadores informales, estos, generalmente son expertos del ámbito de la salud, tales como enfermeros o paramédicos. Ellos ofrecen un servicio por el cuidado del paciente con tarifas y límites de horario, la relación del cuidador formal con su “paciente” es evitar cualquier tipo de compromiso afectivo donde no se involucran los sentimientos (García, 2016). Generalmente el cuidador formal entra en juego cuando el cuidado que necesite el paciente sea intensivo o el estado de su enfermedad se encuentre en una etapa muy avanzada.

Los cuidadores que se pueden encontrar generalmente son del sexo femenino, con un promedio de 55 años de edad y generalmente cohabitan con la persona dependiente, así mismo un estudio realizado por la Pontificia Universidad Católica de Chile, en el año 2015, indica que la mitad de los cuidadores menciona estar en pareja (casados o convivientes)

Las mujeres lideran en cifras comparadas con hombres, indicando que un 85,6% de los cuidadores son mujeres (Dependencia en personas mayores en Chile, 2010) y que destinan gran parte de su tiempo al cuidado de la persona dependiente, también se demostró que cada 3 cuidadoras en el mundo 2 de ellas no han podido tomar vacaciones en un periodo de 5 años.

También un estudio realizado en el año 2015 indica que un 16,1% de los cuidadores sufre de estrés y cansancio excesivo y un 7,4% declaró sufrir algún grado de depresión (Gobierno de Chile, Minsal, 2015)

### Perfil de los cuidadores

El perfil de los cuidadores, ya sean formales o informales que se desempeñaran con pacientes que padecen de Alzheimer debiesen contar con las siguientes características, Tener una relación

de confianza con el paciente y generar una alta dosis de empatía y familiaridad, junto a esto el cuidador deberá tener la disposición de servir al paciente cuando este lo requiera, no se omitir que quien realizará el cuidado debe tener vocación y tino con quien va a relacionarse, debe ser una persona íntegra y correctamente ética y finalmente el cuidador debe hacer parte de su vida al paciente, integrarlo y hacerlo sentir como una persona normal (Discapacidad y dependencia, 2015).

### Impacto psicológico en los cuidadores

La mayoría de los cuidadores formales o informales sufre síndrome del agotamiento o también llamada sobrecarga de los cuidadores y desgaste donde es el resultado de una combinación de estrés, tensión física y emocional.

El síndrome de desgaste no es otra cosa que el deterioro físico y emocional provocado por la constante atención a personas con enfermedades que requieren mucha atención, pocos o nulos resultados del cuidado, y que tiene repercusión no solo en el individuo sino en las relaciones que éste mantiene con las personas de su entorno. (Santes, 2010).

El cuidador principal, como llamaremos a la persona que está al frente de los cuidados, generalmente llega ahí por dos opciones: la primera, por decisión propia (querer estar cerca, alguna culpa inconsciente o por recibir alguna compensación, ya sea económica o emocional); la segunda la más pesada, porque no hay quien le ayude. En ambas se debe tener cuidado, ya que las expectativas del cuidado tienen que ver con el tipo de enfermedad, personalidad del paciente, el tipo de tratamiento, las redes de apoyo con las que cuente y es también muy importante cómo asume su propio cuidado. (Santes, 2010).

Después de un tiempo, el cuidador principal puede sentirse cansado, con malestares físicos, malhumorado, desilusionado, pero sobre todo hastiado de no ver resultados significativos; la

presión de los demás miembros de la familia hace que él (ella, en la mayoría de los casos), a su vez, se presione y cree una dependencia hacia el enfermo. Cuando esto ocurre, es signo de que el cuidador se está desgastando.(Santes, 2010).

Se encontró presencia de eutimia estado en 36% de los cuidadores informales y 21% de los formales. Además, 58.5% de los cuidadores informales y 33.9% de los formales presentaron sobrecarga subjetiva intensa. La estrategia de afrontamiento más utilizada en ambos grupos fue la religión. Se encontraron diferencias significativas entre el nivel de sobrecarga de los cuidadores formales y los informales, pero no entre sus niveles de depresión. (Aparacio y Cordoba, 2013).

Se realiza un estudio donde la mayor parte de las/os cuidadores 87,2 % refieren presentar molestias y/o dolores en las últimas dos semanas, más de la mitad 52,6% considera su estado de salud como regular, y al compararlo con un año atrás, el 50.6% refiere que se encuentra igual, el 36.5% lo califica como peor y sólo el 12.8% encuentra que su estado de salud es mejor (Aravena y Alvarado, 2010).

Los síntomas del desgaste son:

El primero es el agotamiento físico y emocional: Es el sentimiento de cansancio y malestares físicos, acompañados de una fácil irritación y sentimientos de inutilidad en el cuidado del enfermo. (Santes, 2010).

El segundo es la despersonalización: Que es la llamada “deshumanización”, la insensibilidad ante las necesidades del enfermo. (Santes, 2010).

La tercera y ultima es la baja autoestima: Se ve reflejada en la falta no solo de la motivación, sino del sentido en el cuidado del enfermo. (Santes, 2010).

Estas tres características nos dan una idea clara de lo importante que es prevenir el desgaste del cuidador, ya que ese enfermo oculto (cuidador principal), nos puede dar una sorpresa no muy agradable al caer enfermo, al igual que el paciente. ( Córdoba, Latorre y Mariño, 2011).

Se puede definir la sobrecarga como un resultado de combinaciones de trabajo físico, emocional, restricciones sociales ( Córdoba, Latorre y Mariño, 2011) hace referencia a un estado psicológico que surge al cuidar a un enfermo. Se puede definir según la percepción y la evaluación de los cuidadores acerca de los labores que realizan.

La sobrecarga puede provocar al cuidador estados de ansiedad, síntomas de estrés y hasta el punto de sentir depresión, todo esto es debido a la gran sobrecarga que recae sobre el cuidador (Escrich, 2013), lo que claramente puede llegar a transformarse en una dificultad para la realización de la actividad, también cabe destacar que todas las actividades que realice el cuidador serán concomitantes con el nivel de grado de discapacidad del paciente lo que se verá reflejado en el tiempo con el avance de la enfermedad (Seguel, 2012).

El cuidado de las personas con dependencia no puede recaer sólo en un individuo, esta responsabilidad debe ser compartida con toda la familia o algún profesional en la materia, debido a la carga y los costos que provoca el paciente son muy altos, y sólo se puede sobrellevar con la organización del trabajo familiar en forma igualitaria y equitativa. Respecto a que los cuidadores frecuentemente ven afectado su estado de salud y su bienestar debido a la situación de estrés y de no sentirse capaz de afrontar la situación y porque el cuidado de un paciente implica realizar tareas complejas que exigen un gran esfuerzo físico (Burden, 2004)

La ansiedad su función principal es alertar a la persona de un peligro emocional y puede aparecer dentro muchas circunstancias diferentes, donde a menudo esta acompañada de síntomas fisiológicos como taquicardia, sudoración, tensión muscular e insomnio (Baekeland, 2014), se

puede decir que es el resultado de sentir un peligro desconocido en una situación que es objetivamente no peligrosa, o menos peligrosa de lo que uno siente.

El estrés suele hacer referencia a ciertos acontecimientos en los cuales nos encontramos con situaciones que implican demandas fuertes para el individuo que pueden llegar a agotar sus recursos de afrontamiento (Vindel, 2002), puede llegar a hacer una consecuencia del desequilibrio por el ambiente (social, laboral, etc) donde el individuo tiene que dar una respuesta adecuada.

Los cuidadores pueden enfrentar estrés inmediato, que en la mayoría de los casos los lleva a un deterioro en sus funciones cognitivas que interfiere en la asistencia y el cuidado adecuado del paciente con Alzheimer (Fhon, 2017). Pueden sufrir limitaciones físicas, psicológicas y sociales que impiden la realización de su labor y pueden empeorar su calidad de vida.

Se pueden dar a conocer algunos síntomas de sobrecarga del estrés sentirse abrumado o desamparado, ansiedad o irritabilidad, enojo excesivo hacia la persona que cuida, su familia o usted mismo, problemas de salud (ardor de estómago, dolores de cabeza, etc), problemas de sueño, aislamiento social y comportamientos no saludables como fumar o beber demasiado alcohol (familydoctor,2017). Existen sentimientos de tensión física o emocional donde puede prevenir de distinta situación o pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, furioso o nervioso.

La depresión en el individuo posee un estado de ánimo que sufre sentimientos severos y prolongados de tristeza o síntomas relacionados que afectan a su capacidad para relacionarse con otros, trabajar o afrontar el día (Fernández, 2015) donde también el individuo se puede sentir culpable excesivamente o inútil.

Algunos síntomas de la depresión cambios de apetito pérdida o aumento involuntario de peso, llorar fácilmente o sin ninguna razón, sentimiento de tristeza, desesperanza o desamparo,

sensación de lentitud, estar inquieto o irritable, sentirse inútil o culpable, dolores de cabeza, dolores de espalda o problemas digestivos, pérdida de interés en el sexo, perder interés o placer en las cosas que antes le gustaban, problemas de sueño, problemas para recordar cosas, concentrarse o tomar decisiones y pensar en la muerte o el suicidio (familydoctor,2017).

Es evidente que la sobrecarga y la depresión son dolencias que pueden desarrollar los cuidadores en donde ejerce su labor y afectan su calidad de vida con el desempeño de su rol. Los estudios (Galvis y Córdoba, 2016) donde se han enfocado más en la frecuencia de las variables en especial de los cuidadores informales, pero no en su relación con el paciente.

Así también en muchos casos, los cuidadores crean un método en el cual encapsulan su cansancio y desgaste a tal punto de descuidar su propio bienestar para hacer énfasis en su paciente, esto se debe a que el sentir preocupación por si mismo lo pueda inhabilitar para el cuidado y preocupación del paciente.

El bienestar físico del cuidador también se puede ver afectado donde son más vulnerables a problemas de fatigas, trastornos del sueño, dolores de cabeza, dolores articulare, etc. (Hualde, 2017). Donde los cuidadores están más propensos a tomar medicamentos o hacer visitas al medico más frecuentes.

La mayor prevalencia del bienestar físico se puede encontrar en distintas enfermedades como por ejemplo osteoarticulares, lumbalgias, cefaleas, cansancio, etc. (Basterra, 2012), donde estas prevalencias se pueden encontrar en algunos cuidadores.

Existen factores predictores de la sobrecarga donde está la percepción de salud, puesto que es un predictor de los resultados relacionados con la salud, junto a la presencia de enfermedades crónicas son factores de riesgo para la depresión (Basterra, 2012), ya que estas enfermedades están relacionadas entre y pasarían hacer crónicas en el tiempo en los cuidadores.

Es así como mundialmente ambos grupos de cuidadores (formales/informales) manifiestan los diferentes síntomas de sobrecarga, es por esto que se debe hacer gran hincapié en la vigilancia y supervisión sobre el estado de salud de los cuidadores. Es de suma importancia el saber identificar como y cuando un cuidador esta comenzando a manifestar cualquiera de estos síntomas, tales como el estrés, el cual generará un colapso mental y físico en el cuidador, esto puede conllevar a que las diferentes situaciones y frustraciones del cuidador lo lleven a un cuadro de ansiedad, el cual puede en un futuro llegar a ser una importante limitante a la hora en que requiera la operatividad máxima del cuidador.

### **1.1 Justificación del problema**

A nivel mundial existen estudios realizados por diferentes organizaciones de Alzheimer de los diferentes países del mundo y de la Organización Mundial de la Salud, desde ahora en adelante “OMS” revela que los cuidadores son una fuente necesaria para quienes los requieren, esto debido a que el cuidado de las personas con Alzheimer suele ser altamente estresante que en el caso de los cuidadores informales incluso puede llegar a generar conflictos de índole familiar y agotamiento excesivo. (OMS , 2017).

Se realizo un estudio con colaboración con la Obra Social “la Caixa” y la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzhéimer y otras Demencias (CEAFA), la investigación se realizo con 23 grupos terapéuticos en la cual durante un año y medio, han participado 221 cuidadores seleccionados por la CEAFA y un equipo de más de 30 especialistas en psicología y neuropsicología, distribuidos por Canarias, Cataluña, Castilla y León, la Comunidad Valenciana y Andalucía.(Gallardo, 2016).

El estudio muestra que la intervención psicológica grupal pautada, reforzada con sesiones de seguimiento, ha mejorado significativamente la calidad de vida, los estados de ansiedad y depresión, el apoyo social percibido y la capacidad de resiliencia de los cuidadores (Gallardo, 2016).

Los participantes en el estudio han asistido, durante cuatro meses, a una sesión semanal de hora y media de duración donde han compartido sus experiencias y han tratado temas como el desgaste emocional, la aceptación de la nueva realidad y el pensamiento positivo, y en varios de los grupos también se ha realizado un seguimiento mensual durante un año (Gallardo, 2016).

Los resultados preliminares del estudio son también “prometedores”, al indicar que la intervención con seguimiento en los grupos tiene un “impacto positivo” en la economía del sistema sanitario, ya que “los cuidadores que se cuidan a sí mismos limitan el consumo de fármacos y las visitas al médico”, ha señalado la neurocientífica y gestora de proyectos de la fundación, Gema Huesa. (Gallardo, 2016).

En ausencia de tratamientos para el alzhéimer, “lo más importante para el enfermo es que alguien esté dispuesto a cuidarle durante muchos años”, ha declarado el director general de la fundación, Jordi Camí, y esta persona se convierte en una figura central, “porque el enfermo depende de su estado físico y anímico”. (Gallardo, 2016).

Pero como afecta el Alzheimer en los cuidadores. Cuando se habla de alzhéimer, se suele centrar en el paciente.

Donde los aspectos socio sanitarios relacionados con la enfermedad, la investigación e, incluso, la labor de los propios cuidadores quedan en un segundo plano. Sin embargo, el alzhéimer también afecta a los cuidadores en su esfera social, económica y sanitaria. (Garcia, 2017).

Así se pone de manifiesto en el estudio Consecuencias de la enfermedad de Alzheimer en el cuidador familiar, realizado por Ceafa, que pretende conocer la situación real del cuidador y proponer las medidas necesarias para mejorar su calidad de vida y que, de esta manera, pueda conciliar su dimensión como cuidador y su vida personal. (Garcia, 2017).

Conseguir que el Alzheimer se ponga en la agenda política y sea reconocido como una prioridad socio sanitaria es otro de los objetivos de Ceafa y, por ello, ha entregado el estudio al Grupo Estatal de Demencias para que sirva de fuente en la elaboración del Plan Nacional de Alzheimer que, previsiblemente, se aprobará a finales de 2017. (Garcia, 2017).

Se diagnostican cada año unos 40.000 nuevos casos. Sin embargo, la sociedad española de neurología (SEN) asegura que entre un 30 y un 40% de los pacientes están sin diagnosticar.

Teniendo en cuenta todos estos datos, Ceafa ha querido dar un paso más y ha elaborado el estudio Consecuencias de la enfermedad de Alzheimer en el cuidador familiar, con la colaboración de Cinfa. “El cuidador ha sido objeto de atención y tratamiento, y existe una extensa bibliografía de apoyo que describe, fundamentalmente, el conocido como síndrome del cuidador quemado y ofrece soluciones para su prevención. Sin embargo, nosotros buscamos conocer cómo el Alzheimer afecta al cuidador como persona; es decir, el estudio habla de la persona que hay detrás del cuidador”, subraya la presidenta de Ceafa, Cheles Cantabrana. (Garcia, 2017).

El cuidador es, ante todo, una persona. Por tanto, Ceafa defiende que hay que darle el apoyo que necesita durante todo el proceso de la enfermedad: el diagnóstico, la evolución y los momentos de duelo. Así debe ser la atención centrada en la persona, que trasciende el calificativo “cuidador”. (Garcia, 2017).

Si el cuidador no se encuentra bien, no podrá cuidar correctamente. Por ello, los cuidadores

deben adquirir estrategias que transmitan seguridad y tranquilidad y, sobre todo, aprender a compaginar la vida personal con la de cuidador sin renunciar, en ningún momento, a su salud física y emocional. (García, 2017).

En América Latina, es innegable el aumento de la población mayor debido al proceso de transición demográfica que está generando un envejecimiento poblacional de manera acelerada. (Aparacio y Córdoba, 2013).

Se realizó un estudio que se llevo a cabo con 18 cuidadores de personas mayores con Alzheimer, 53 cuidadores informales y 62 formales. Todos residentes en la ciudad de Bucaramanga y los municipios que conforman su área metropolitana.

Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta para la selección de los cuidadores informales fueron: (a) que se tratara del cuidador principal, (b) que llevara al menos tres meses ejerciendo la labor del cuidado, (c) que no tuviera estudios especializados para el cuidado de personas con Alzheimer, y (d) que el paciente al cual cuidaba tuviera diagnóstico realizado por un médico especialista. (Aparacio y Córdoba, 2013).

En el caso de los cuidadores formales, se tuvo en cuenta que llevaran al menos tres meses a cargo del cuidado de personas con demencia, recibieran remuneración económica a cambio de la labor del cuidado, y cuidaran de un paciente que tuviera diagnóstico realizado por un médico especialista. Se incluyeron personas que contaban con formación técnica, tecnológica o superior en el área de Enfermería, así como personas sin formación específica para la labor de cuidado. (Aparacio y Córdoba, 2013).

Se utilizó el Inventario de Depresión Estado - rasgo IDER, la Escala de Sobrecarga de Zarit y la Escala de Estrategias de Coping Modificada. Se analizaron las frecuencias de aparición de cada variable y se compararon las puntuaciones de los cuidadores formales e informales.

(Aparacio y Cordoba, 2013).

Se encontró presencia de eutimia estado en 36% de los cuidadores informales y 21% de los formales. Además, 58.5% de los cuidadores informales y 33.9% de los formales presentaron sobrecarga subjetiva intensa. La estrategia de afrontamiento más utilizada en ambos grupos fue la religión. Se encontraron diferencias significativas entre el nivel de sobrecarga de los cuidadores formales y los informales, pero no entre sus niveles de depresión. (Aparacio y Cordoba, 2013).

Se realiza un estudio donde la mayor parte de las/os cuidadores 87,2 % refieren presentar molestias y/o dolores en las últimas dos semanas, más de la mitad 52,6% considera su estado de salud como regular, y al compararlo con un año atrás, el 50.6% refiere que se encuentra igual, el 36.5% lo califica como peor y sólo el 12.8% encuentra que su estado de salud es mejor (Aravena y Alvarado, 2010).

Como se puede observar en las cifras del estudio que se realizó, estos cuidadores están propensos a sufrir una sobrecarga que conlleva la tarea de los cuidadores ha llevado a la palestra diferentes estudios los cuales indican la importancia de los cuidados que debe tener el cuidador con su salud, el como poder lidiar con el manejo del estrés y de cómo afrontarlo, debido a estos estudios, específicamente un estudio realizado por la Universidad de Concepción indica que realizar la labor de cuidador muchas veces conlleva las siguientes enfermedades: “estrés, ansiedad y depresión.” (Aravena y Alvarado, 2010).

## **1.2 Relevancia de la investigación**

La importancia de la investigación sobre el impacto psicológico de los cuidadores formales e informales es que al brindar los cuidados al paciente con Alzheimer la mayoría de las veces estos descuidan su bienestar.

Actualmente, es la familia quien, en el 94 % de los casos, atiende a su familiar diagnosticado por esta enfermedad, y en el 76 % de los casos es la mujer quien se encarga del cuidado. Además, el coste medio de cuidar a una persona con Alzheimer ronda los 31.000 euros anuales. (García, 2017).

El cuidador esta adquiriendo una importancia creciente en una sociedad que esta envejeciendo, donde su participación esta siendo fundamental para los adultos mayores que son vulnerables ( Schaie, Willis, 2003). Para poder permanecer en su entorno con una calidad de vida aceptable. Por eso es necesario que desde la sociedad se conozca su realidad con el fin de realizar acciones de apoyo que les permitan al cuidador seguir con su labor.

Es relevante esta investigación, ya que se busca generar conciencia en la mejora del estado y de las condiciones a las cuales se encuentran expuestos los cuidadores, es decir, buscar mejorar las condiciones de ambos grupos de cuidadores en el ámbito psicológico para que ellos tengan una calidad de vida más saludable para poder realizar su trabajo de cuidador con mayor énfasis y motivación en lo que realizan.

Con el paso del tiempo estos comienzan a padecer diferentes tipos de enfermedades, las enfermedades más comunes que suelen padecer los cuidadores son el estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga.

La OMS tras un estudio indica que los cuidadores pueden padecer dos tipos de factores de estrés (estrés primario y estrés secundario) el estrés primario hace referencia a los cuidados del

paciente tales como la supervisión de su paciente, el tiempo demandado y los diferentes episodios que van mostrando el desarrollo del Alzheimer, por otro lado el estrés secundario hace alusión a las exigencias laborales que esta obligado al cumplir el cuidador (OMS, 2015).

El mejor apoyo para el cuidador o la cuidadora es que tengan tiempo para relajarse, tiempo libre, aminorar la carga de estrés y poder recibir la atención de un medico. Es importante que el cuidador sepa manejar el estrés (Schaie, Willis, 2003). Algunas de las formas son estar informados de la enfermedad del paciente, las técnicas de atención y cuidado de pacientes que padecen esa enfermedad u otras similares, obtener ayuda de la familia, las amistades y de la comunidad y vigilar la salud.

Psicológicamente es importante ser realistas y aceptar los cambios conforme ocurre y sobre todo entender la importancia del trabajo que se realiza.

Por consiguiente se debe considerar que un cuidador tiene el único propósito que es cuidar del paciente y velar por la comodidad del mismo.

Se encuentran factores que también son relevantes para que el cuidador que puede llegar a sufrir de sobrecarga.

El cuidar de otro es una actividad que se generará por un conjunto de motivos o gatillantes, pueden ser por complicaciones de salud que generen grados de incapacidad en el paciente o por el envejecimiento. Bajo estas circunstancias es inevitable la presencia de un cuidador que ayude a cubrir por lo menos las necesidades básicas (Schaie, Willis, 2003). Cuando se trata de cuidar a otros por razones de salud, donde las actividades de cuidado que se realizan en espacio familiares y en el espacio privado.

### **1.3 Delimitación del estudio**

El estudio se realizó durante el primer semestre del 2019, incluirá cuidadores informales (cuidadores / familiares) y cuidadores formales (cuidadores particulares en atención domiciliaria, hogares de ancianos o instituciones geriátricas) de las comunas de Villa Alemana, Quillota, Limache y Viña del Mar.

### **1.4 Pregunta de investigación**

¿Cuál es el nivel de ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en los cuidadores formales e informales en pacientes con Alzheimer?

### **1.5 Objetivos de investigación**

Objetivo general:

- Identificar el nivel de ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en los cuidadores formales e informales en pacientes con Alzheimer.

Objetivo específico:

- Describir ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en los cuidadores formales e informales en pacientes con Alzheimer.
- Describir la sobrecarga en los cuidadores formales e informales en pacientes con Alzheimer.
- Comparar los niveles de ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en los cuidadores formales e informales en pacientes con Alzheimer.

## **1.6 Hipótesis**

Se encontraran los niveles más alto de depresión, ansiedad, estrés y sobrecarga en los cuidadores informales que en los cuidadores formales.

## **Marco Teórico**

### **Teoría de los cuidadores y la sobrecarga**

Desde una mirada antropológica se puede definir al cuidador como aquella persona que asiste o cuida a otra persona afectada con cualquier tipo de discapacidad minusválida o cualquier tipo de incapacidad que sea un factor que dificulte o impida el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales (Ríos y Galán, 2012), expresa la necesidad.

Desde la perspectiva mencionada anteriormente se desprenden las 2 clases o tipos de cuidadores, el cuidador formal y el cuidado informal.

Los cuidadores “Formales” son todos aquellos que estudiaron una carrera perteneciente al área de la salud, tales como “enfermería, paramédicos, técnicos en enfermería, etc”. En resumidas palabras los cuidadores formales son todos aquellos que se capacitaron y por ende conocen los cuidados específicos de cada tipo de enfermedad, es decir, son los “expertos” en el área, también se debe destacar que este grupo de cuidadores recibe remuneración y un horario establecido para el cuidado del paciente.

Por otro lado los cuidadores “informales” no poseen capacitación alguna con respecto al cuidado de pacientes con Alzheimer, este grupo de cuidadores a diferencia de los cuidadores formales, los cuidadores informales no reciben ningún tipo de remuneración y no tienen un horario establecido para el cuidado del paciente, también cabe destacar que esta clase de cuidadores se caracteriza por tener relación directa con el paciente, es decir, hijos, pareja,

sobrinos, nietos, hasta incluso un amigo cercano de la familia, adicional a esto el cuidador informal en la mayoría de los casos debe saber conllevar la mantención de un hogar y el cuidado de niños.(Aravena,2016).

Como es de conocimiento general el hecho de realizar cualquier tipo de cuidado de pacientes conlleva una cantidad de síntomas y enfermedades tanto físicas y psicológicas, una de las enfermedades mas comunes según la OMS es la “Sobrecarga”, las cifras indican que casi en un 75% de los casos los cuidadores comienzan a manifestar síntomas claros de la sobrecargar. (OMS, 2014).

La sobrecarga se podría definir como un “estado psicológico” que resulta a través de una combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen a cuidar al paciente (Flores,2012).

Donde la sobrecarga experimentada por el cuidador principal puede dividirse en dos vertientes donde la primera sería la sobrecarga objetiva del cuidador que se debería detener al desempeño de las tareas del cuidador como por ejemplo asear al paciente, la segunda sobrecarga sería subjetiva del cuidador esto se refiere al plano de los sentimientos y emociones que le provocan dicho labor al cuidador (Abengózar, Roing y Serra, 2000). En una investigación realizada por Bergman- Evans (1994) ella observo que a menor sobrecarga en el cuidador principal cuando este recibía el apoyo social de sus familiares, vecinos, etc , mientras los que no recibían apoyo social eran más propensos a padecer depresión y a sentir ansiedad (Abengózar, Roing y Serra, 2000).

Como resultado del excesivo trabajo y demanda por parte del cuidado de un familiar o paciente con Alzheimer, donde el cuidador puede llegar a presentar manifestaciones de ansiedad, estrés y depresión.

El estrés en los cuidadores se debe a la tensión emocional y física producida por cuidar de otra persona. Los cuidadores poseen altos niveles de estrés los cuales son significativos a la hora de comparar con que son muchos más altos que las personas que no son cuidadoras (Office on women`s health, 2018). Cualquier persona que sea cuidador puede sufrir de estrés, pero en las cuidadoras mujeres son las que informan mediante estudios que poseen estrés y otras mujeres tienen una probabilidad más alta de padecer problemas en la salud que son relacionadas con el estrés.

El estrés en el cuidador puede presentarse de maneras distintas, como por ejemplo puede sentirse abrumada/o, frustrada/o, y enojada/o. Pueden adoptar conductas pocas saludables como fumar o beber demasiado alcohol. (Office on women`s health, 2018). Otros síntomas que también pueden estar presente son sentirse sola/o o abandonada/ o, dormir mucho o muy poco, aumentar o bajar mucho de peso, sentirse cansada/o la mayor parte del tiempo, perder el interés en las actividades que solías disfrutar, etc.

Un poco de estrés puede llegar hacer bueno, ya que ayuda a enfrentar y responder a un cambio o algún desafío, pero el estrés a largo plazo puede llegar afectar tu salud. Algunas de las formas que puede llegar afectar son: problemas con la memoria a corto o largo plazo, mayor riesgo de enfermedades crónicas, obesidad, sistema inmunitario débil , depresión y ansiedad. (Office on women`s health, 2018).

Al poseer estrés el cuidador es más probable que sufra de ansiedad y esta se puede definir como una anticipación de un daño o desgracia a futuro, acompañada de un sentimiento desagradable y de síntomas somáticos de tensión (Hartmann, 2015). Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a un amenaza.

La ansiedad también puede llegar a considerarse una sensación o estado emocional normal antes determinadas situaciones que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes y puede considerarse como un estado de ajuste que nos pone en alerta para ser capaces de adaptarnos, sin embargo, esto puede volverse patología cuando supera nuestra capacidad adaptativa (Hartmann, 2015).

Se pueden encontrar algunos síntomas físicos, estos son: debilidad, falta de aire, frecuencia cardiaca rápida, náuseas, molestia estomacal, sofocos y mareos, estos síntomas por lo general van acompañados de otras enfermedades mentales o físicas (Office on women`s health, 2018).

Al volverse patológica la ansiedad el cuidador puede llegar a padecer un trastorno de ansiedad en el cual se pueden encontrar los siguientes síntomas, presenta una respuesta extrema (mucho miedo ante una situación), no puede controlar su reacción y altera su forma de vida debido a la ansiedad como por ejemplo no sale a la calle, evitar hablar o comer en público, etc. (Movimiento de salud mental, 2018). Es importante prestar atención a estos síntomas para prevenir que los cuidadores que padezcan de estos no sufran una crisis más severa.

La ansiedad también puede dar inicio a otra enfermedad que sería la depresión, las personas que cuidan a un paciente que padecen Alzheimer estas manifiestan el doble de probabilidades de deprimirse que quienes cuidan a pacientes que no tienen alguna enfermedad que afecte el cerebro.

Donde al cuidar a un paciente que posee Alzheimer puede ser demasiado agobiante, ya que no es igual a otro tipo de cuidado. Los cuidadores no solo tienen que dedicar muchas más horas semanales al cuidado, si no que también problemas de salud de física y mental, estrés y problemas laborales (National center on caregiving, 2002), tienen menos tiempo para hacer las cosas que disfrutaban y menos tiempo para ver a sus familiares.

Las vivencias que tienen los cuidadores ya sean físicas o emocionales del cuidado los pueden llevar al límite incluso a las personas que tienen más resistencia donde pueden aparecer sentimientos de ira, ansiedad, agotamiento, etc. (National center on caregiving, 2002), y sensación de culpa por llegar a tener esos sentimientos puede llegar hacer una carga muy pesada.

Todos los cuidadores pueden llegar a tener estos sentimientos negativos que surgen y desaparecen con el tiempo, pero cuando esos sentimientos tiene una mayor intensidad, los cuidadores se sientan totalmente fatigados, esto hace que lloren con facilidad y se enojan con mucha frecuencia puede ser una señal de depresión . (National center on caregiving, 2002).

La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes padecen necesitan un tratamiento para mejorar. En el peor de los casos, la depresión puede prolongarse durante años e incluso afectar de forma irreversible a la persona que la padece. (CinFaSalud, 2015).

Se caracteriza por un estado de ánimo bajo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y pensamiento. Puede causar ansiedad, insomnio, pérdida de apetito y falta de interés o placer por realizar diferentes actividades. (CinFaSalud, 2015).

Estadísticamente la depresión es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. Esto se debe a las circunstancias puede deberse a diferencias genéticas u hormonales, o a que ellas sufren en general más estrés emocional o que los hombres tienden a no admitir o a reprimir sus sentimientos. (National center on caregiving, 2002).

Los hombres que sufren depresión tienden a estar más cansados y irritable e incluso a veces enojados. Pueden perder interés en sus trabajos o en las actividades que alguna vez disfrutaron y pueden llegar a sufrir trastorno del sueño. (National institute of mental health, 2010).

Algunos síntomas de la depresión son: tristeza, ansiedad o sentimiento de vacío persistentes, pérdida de interés en actividades que producían placer, fatiga o pérdida de energía, pérdida de apetito o aumento de apetito, problemas para dormir, pérdida de la expresión emocional, sentimiento de desesperanza, retraimiento social, problemas para concentrarse, irritabilidad, problemas físicos persistentes como jaquecas y pensamiento o ideación suicida e intentos de suicidio o autolesiones. (European Alliance against depression, 2018).

Podemos encontrar algunos síntomas físicos que son asociados con la depresión y estos síntomas son: sensación de tensión interna, reducción del apetito y pérdida de peso, pérdida de interés sexual, cefaleas / jaquecas, mareos, dolor de espalda, problemas para respirar, problemas de corazón, problemas gastrointestinales y dolor abdominal. (European Alliance against depression, 2018).

Las personas que tienen depresión suelen reconocer primero algunos de estos síntomas físicos, sin embargo, muchas veces estos síntomas no son reconocidos. Además las molestias físicas como por ejemplo el dolor de espaldas, previos a la depresión y es normal que se agudice durante un episodio depresivo. (European Alliance against depression, 2018).

Para poder tratar la depresión primero el cuidador tendrá que ir a visitar a un médico que sea profesional en la salud mental. Él o ella le hará un examen para determinar si tiene depresión, puesto que le tendrá que decir los síntomas y desde cuando comenzaron, cuanto han durado y cuán grave son. Él o ella también debe saber si le han ocurrido anteriormente estos síntomas, y de ser así como los trato. También hay que preguntar si tiene antecedente de algún familiar que haya tenido depresión. (National institute of mental health, 2010).

Los medicamentos también son una solución para tratar la depresión. Puede ser necesario tomarlos durante varias semanas para notar su efecto. Consultar con un psicólogo para hacer terapia. (National institute of mental health, 2010).

Como se puede apreciar el hecho de desempeñarse como cuidador no es una tarea menos, esto se debe a las diferentes circunstancias y problemáticas que esta labor conlleva, sin embargo a medida que avanzan los años esta profesión se ha ido desvalorizando debido a la ignorancia y falta de cultura de la sociedad que en muchas oportunidades creen que el hecho de ser cuidador es solo acompañar y ayudar a quien lo necesite.

## **Marco Metodológico**

### **3. Paradigma investigativo**

El paradigma que se ocupó para la investigación de este trabajo estuvo enfocado en lo cuantitativo, ya que se utilizaron dos escalas de recolección de datos las cuales fueron aplicadas en método de cuestionario en donde los cuidadores formales e informales deberán responder los cuestionarios de las escalas DASS 21 y ZARIT.

La escala DASS 21 se enfocará en medir los niveles de ansiedad, depresión y estrés en ambos grupos de cuidadores formales e informales mientras que en la escala ZARIT buscará medir los niveles de sobrecarga de los cuidadores mencionados anteriormente.

#### **3.1 Metodología de la investigación**

La metodología utilizada para la investigación es una metodología cuantitativa, esta metodología está basada en el análisis del comportamiento de causas u efectos a partir de diferentes estudios con datos numéricos y base a estudios probabilísticos. Este método se basa en

una investigación empírica-analista basada en estadísticas con causas-efectos: Los datos analizados siempre deben ser cuantificables, se orienta a resultados numéricos y datos representan la realidad más abstracta y estudia las conductas humanas y los comportamientos de una muestra de la población (Álvarez , 2011).

### **3.2 Tipo y característica del estudio**

A lo que refiere el tipo de investigación, esta se basa en estudios netamente comparativos transversales, es decir que cruzan la problemática presente mediante estudios cuya finalidad es buscar una propuesta en la cual se busca la solución a la problemática de la calidad de vida de los cuidadores formales y cuidadores informales, mediante la comparación de información recopilada de diferentes centros de estudios de la salud de los cuidadores formales e informales de paciente con Alzheimer.

La información recopilada para la investigación fue muy relevante para el proceso investigativo y comparativo, esto se debe a que los tipos de información recopilados son semejantes, estaremos más cerca de la propuesta de solución más correcta para la problemática. (Bettina, 2010).

El diseño de esta investigación es de carácter no experimental, esto se debe a que la problemática de salud de los cuidadores no es un tema nuevo en el área, por el contrario es un tema que trasciende desde los inicios de esta labor, por lo cual es la que convierte a esta investigación en no experimental.

### **3.3 Diseño de investigación**

El diseño no experimental es aquella que se realiza sin manipular, ya que se basa en observar los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos (Hernández, 2004), no hay condiciones ni estímulos a los cuales se expongan los sujetos de estudio. Los sujetos son observados en su ambiente natural.

El diseño transeccional se centra en el nivel o estado de una o de diversas variables en un momento dado o bien en cual es la relación entre un conjunto de variables en un punto del tiempo (Hernández, 2004), dado que su propósito es describir variables y analizar su interrelación en un momento dado, pueden abarcar varios grupos o subgrupos de personas.

El método comparativo consiste en poner dos o más fenómenos, uno al lado del otro, para establecer sus similitudes y diferencia (ABC, 2003) para sacar conclusiones que definan un problema o que establezcan caminos futuros para mejorar el conocimiento de algo.

Al momento de la implementación de estos tres métodos se realizará de la siguiente manera. El diseño no experimental se llevo a cabo mediante el proceso de observación mientras que los cuidadores desarrollan las actividades del cuidado de sus pacientes, con la finalidad de analizar minuciosamente sus cambios y la manera en que se desarrollan mediante su labor.

El diseño transeccional se desprende del diseño no experimental en cierta manera, ya que mediante la observación del comportamiento de los trabajadores se pudo realizar un análisis en la cual se van a considerar las variables de estudios para recopilar la información con la cual se generaron las variables del estudio.

Finalmente el método comparativo se demostró a base de la comparación de ambos grupos de cuidadores, en el cual se analizaron los diferentes condiciones a las que se encuentran expuestos

ambos grupo (formales / informales), lo cual será una variable crucial a la hora de determinar la severidad de los riesgos o factores a los que los cuidadores se encuentran expuestos.

### **3.4 Universo, población, muestra, fuentes de información**

En lo que se refiere al universo de los cuidadores ya sean formales o informales se determino que es un universo no finito, pero de igual manera es imposible tener registro completo sobre el total de los cuidadores, esto es debido a que no se tiene un registro sobre cuanta es la masa que se ve representado en el grupo de cuidadores informales, sin embargo con las cifras de cuidadores formales, se logró obtener una media entre ambos grupos para estimar la cantidad existente en el país.

La población a estudiar son los grupos de cuidadores, tanto cuidadores formales como cuidadores informales.

El calculo muestral que en este caso sería la muestra correspondería a un error del 5% con un 95% de confianza asignando una variable del 50% dado que no hay reporte con sobrecarga donde se ocupara a 384 casos divididos en dos grupos de cuidadores formales e informales.

Fuente de información es primaria son las que tiene la información original donde proveen un testimonio o evidencia directa sobre la investigación (Wigodski, 2010), las personas están envueltas en el tema que se esta investigando. El tipo de fuente primaria será a través de aplicación de instrumentos a los cuidadores para saber de su trabajo.

La muestra final de la investigación quedo conformada con 156 personas, dentro de este grupo el rango etario es de menos de 25 años a mayores de 55 años, para la variable de género se consideraron hombres y mujeres, en referencia al tiempo que llevan trabajando cuidando a las personas se considero entre menos de 1 año hasta 25 años hacia delante y en cuanto al nivel de

educación de cuidadores de personas se considero desde ningún tipo de formación profesional hasta el nivel de estudio universitario en el área de la salud (enfermería).

### **3.5 Instrumentos de recolección de datos**

Los instrumentos para la recolección de datos que se utilizaron son: La escala DASS 21 nace a raíz de la problemática de buscar algún método en el cual se pudiese evaluar y medir los niveles de “depresión, ansiedad y estrés” en las personas, la idea nace y se concreta gracias a Henry, j. d., & Crawford, j. r. En el año 2005. (Szabó M., 2011). En Chile esta escala fue adaptada por Zayra Antúnez, Ps de la Universidad Austral de Chile y por la Ps Eugenia C. Vinet de la Universidad de la Frontera de Chile, cabe destacar que este instrumento de medición se encuentra estandarizado para estudios de la población, la cual permite detectar las patologías antes mencionadas para la posterior intervención si así se requiere, para la aplicación de esta escala, se someterán ambos grupos de cuidadores para la realización del test, en el cual se les plantearán 21 preguntas a las cuales ellos deberán responder con la alternativa que ellos se sientan más identificados, en donde 0 No me aplicó 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo, 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo y 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo.

Por otro lado se utilizaron la escala ZARIT la cual fue creada por Zarit, Reever, y Bach-Peterson en 1988 y fue adaptada en Chile por Elena Lavoz, Viviana Méndez y Roxana Lara. Esta escala nos indica el nivel de carga de los cuidadores, ya sean formales o informales, esta escala cuenta con 22 preguntas estandarizadas, en donde el puntaje correlativo es el siguiente: Nunca (0) – Casi Nunca (1) – A veces (2) – Bastantes veces (3) - Casi siempre (4). La puntuación máximo cuestionario es de 88 puntos, esta escala no consta con normas ni puntos de cortes

establecidos, pero generalmente en el medio se considera que para determinar un nivel de “No Sobrecarga” la puntuación inferior debiese ser 46 puntos, mientras que para un nivel de “sobrecarga intensa” una puntuación superior a 56 puntos.

### **3.6 Criterios de inclusión muestral**

Generalmente el perfil de los cuidadores suele ser una interrogante un poco inusual, es por eso que el siguiente perfil de los cuidadores el más adecuado es el siguiente:

#### Perfil de los cuidadores formales:

El perfil de estos cuidadores de mujeres y hombres serán de un rango de edad entre los 25 y 50 años, en los cuales gran parte de este grupo son mujeres con distintos títulos especializados en la salud y así ser actos en los cuidados de los pacientes y estos se encontrarán trabajando en hogares de ancianos, hospitales, casas de reposos, recintos privados, etc.

#### Perfil de los cuidadores informales:

El perfil de estos cuidadores de mujeres y hombres serán de un rango de edad entre los 18 y 55 años, ya que son la familia quien cuidado de estas personas por eso el rango de edad varia y la mayoría son mujeres que se encargan de cuidarlos.

Son cuidadores que gran parte de este grupo tienen título y otros no, puesto que solo se han dedicado a cuidar a su familiar.

Estos cuidadores se encontrarán en las casas de sus familiares, amigos cercanos de la familia y familia con diferentes grados, etc.

A continuación se adjuntan los diferentes tipos de muestra que se obtuvieron a través de 156 personas que fueron encuestadas donde después estos datos fueron ingresados en una base de datos para posteriormente ser analizados, por tipos de “género; país; edad; nivel de educación; estudios en cuidado de personas y tiempos de dedicación en cuidados”

Tipo de Muestra:

Género

|        | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Acumulado |
|--------|------------|------------|----------------------|
| Mujer  | 106        | 66,7       | 67,9                 |
| Hombre | 50         | 31,4       | 100,0                |
| Total  | 156        | 98,1       |                      |

País

|         | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Acumulado |
|---------|------------|------------|----------------------|
| Chilena | 106        | 66,7       | 67,9                 |
| Chileno | 50         | 31,4       | 100,0                |
| Total   | 156        | 98,1       |                      |

Edad

|                    | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Acumulado |
|--------------------|------------|------------|----------------------|
| Menos de 25 años   | 30         | 18,9       | 19,2                 |
| Entre 25 y 35 años | 25         | 15,7       | 35,3                 |
| Entre 36 y 45 años | 34         | 21,4       | 57,1                 |
| Entre 46 y 55 años | 49         | 30,8       | 88,5                 |
| Mayor de 55 años   | 18         | 11,3       | 100,0                |

#### Nivel de educación

|                                | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Acumulado |
|--------------------------------|------------|------------|----------------------|
| Media Completa                 | 51         | 32,1       | 32,7                 |
| Media Incompleta               | 1          | 6          | 33,3                 |
| Liceo Técnico<br>Completo      | 40         | 25,2       | 59,0                 |
| Educación Superior<br>Completo | 64         | 40,3       | 100,0                |

#### Estudio de cuidado de personas

|                    | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Acumulado |
|--------------------|------------|------------|----------------------|
| Técnico Enfermería | 59         | 37,4       | 37,8                 |
| Enfermería         | 32         | 20,1       | 58,3                 |

|   |    |      |       |
|---|----|------|-------|
| Capacitaciones en cuidados de adultos mayores | 24 | 15,1 | 73,7  |
| Ninguno                                       | 41 | 26,3 | 100,0 |

Tiempo que llevas trabajando cuidando personas

|                           | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Acumulado |
|---------------------------|------------|------------|----------------------|
| Menos que 1 año           | 16         | 10,1       | 10,3                 |
| De 1 a 5 años             | 31         | 19,5       | 30,1                 |
| De 10 a 15 años           | 43         | 27,0       | 57,7                 |
| De 20 a 25 años           | 36         | 22,6       | 80,8                 |
| De 25 años hacia adelante | 30         | 18,9       | 100,0                |

Tiempo que llevas cuidando a esta persona

|                           | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|---------------------------|------------|------------|----------------------|
| Menos que 1 año           | 11         | 6,9        | 7,1                  |
| De 1 a 5 años             | 35         | 22,0       | 29,5                 |
| De 10 a 15 años           | 45         | 28,3       | 58,3                 |
| De 20 a 25 años           | 34         | 21,4       | 80,1                 |
| De 25 años hacia adelante | 31         | 19,5       | 100,0                |

### **3.7 Criterios de cientificidad ( cualitativa y/o cuantitativa)**

Se utilizo la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit donde consta de 22 preguntas de 5 opciones cuyos resultados se suman en un puntaje total, donde este resultado se clasifica en un nivel de “no sobrecarga” y “sobrecarga intensa”. Esta herramienta presenta gran confiabilidad ínter-observador con coeficiente de correlación intra- clase 0,71 en su estudio original y 0,71 – 0,85 en validaciones internacionales (Breinbauer, Guerra, Millan , Mayanz, y Vásquez, 2009). También ha demostrado gran validez de apariencia, contenido y constructo en diferentes adaptaciones lingüísticas. En validez de criterio muestra una alta correlación con instrumentos afines y con inventario de breve síntomas. Se relaciona con patologías, principalmente en salud mental donde se estima un 20,7 % de trastornos mentales en cuidadores, siendo la escala Zarit capaz de discriminar estrés psíquico con una sensibilidad del 93% y especificidad (Breinbauer, Guerra, Millan , Mayanz, y Vásquez, 2009).

Aunque la escala de Zarit ya ha sido utilizada en algunos estudios recientes en Chile, nunca ha sido formalmente validada. En un estudio cuantitativo se estimó que 28,1% de los cuidadores de AM en Santiago presentarían sobrecarga intensa.

La implementación de intervenciones gubernamentales , aunque dificultosa e incompleta, ya ha generado mejoras en los cuidadores, en términos de puntaje de la escala Zarit y calidad de vida . Más aún, considerar al paciente dependiente y su cuidador como una diada interrelacionada, necesitada de una atención integral, no forma aún parte de la práctica clínica habitual en nuestro medio. Cobra relevancia contar con instrumentos validados en Chile, que permitan objetivar la sobrecarga de cuidadores de pacientes dependientes. (Breinbauer, Guerra, Millan , Mayanz, y Vásquez, 2009).

También se utilizo la escala de depresión, ansiedad y estrés DASS 21 donde esta constituido

por tres escalas que miden por separado depresión, ansiedad y estrés. Según los autores Lovibond y Lovibond que la discriminación perfecta entre medidas de auto-informes de ansiedad y depresión parece imposible, por que las correlaciones en la escala DASS 21 no se deberían únicamente a los factores, sino más bien a la continuidad natural entre los tres síndromes (Antúnez yVinet, 2012) y por ende, a la correlación esperable entre los factores, que puede surgir debido a que existen causas comunes subyacentes a la depresión, la ansiedad y al estrés.

Considerando que la depresión y la ansiedad representan dimensiones y no categorías, en el desarrollo del DASS se emplearon predominantemente muestras no - clínicas, en las cuales pruebas preliminares arrojaron que el DASS poseía adecuada validez convergente y discriminante, donde se desarrollo posteriormente un abreviada del DASS21 para situaciones en que se necesite realizar una aplicación más breve donde esta ultima ha sido traducida y validada en la población hispana y han sido analizadas su estructura factorial y propiedades psicométricas, encontrándose una estructura de tres factores mediante análisis factorial confirmatorio(Antúnez y Vinet, 2012).

La confiabilidad del DASS 21 es muy relevante a la hora de determinar las características psicométricas de las Escalas Abreviadas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21).

Se realiza un investigación para la confiabilidad donde la muestra estuvo constituida por cuidadores formales y informales, los cuales fueron seleccionados mediante un muestreo probabilístico a la población afectada, utilizando un diseño correlacional transversal. La validez de constructo se verificó mediante análisis factorial exploratorio, el que arrojó una estructura de tres factores, explicando el 49,99 % de la varianza total. Los resultados arrojados por la encuesta fueron verificados con el BAI, BDI – II y SCL – 90 – mediante la comparación se

logró constatar la adecuada confiabilidad y consistencia interna del DASS – 21.

También se realizó un estudio de validación del DASS - 21 en Chile a estudiantes de enseñanza media, con una edad promedio de 15 años. En este estudio, se utilizó además el BAI y el BDI - II para verificar la validez convergente y discriminante, obteniéndose correlaciones significativas entre la escala de Depresión del DASS - 21 y el BDI ( $r = 0,71$ ), y entre la escala de Ansiedad del DASS - 21 y el BAI ( $r = 0,76$ ). Asimismo, la escala de Estrés del DASS - 21 se relacionó significativamente tanto con el BAI ( $r = 0,64$ ), como con el BDI ( $r = 0,57$ ). A su vez, mediante análisis factorial confirmatorio se encontró que un modelo de tres factores modificado presentó rangos aceptables, con correlaciones importantes entre factores ( $r = 0,70$  entre depresión y ansiedad;  $r = 0,72$  entre depresión y estrés; y  $r = 0,86$  entre ansiedad y estrés). (Antúnez y Vinet, 2012).

### 3.8 Técnica de análisis para el tratamiento de los datos

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS  | MEDIOS DE ANÁLISIS   |
|-----------------------|---|--|
| OBJETIVO 1            | Describir ansiedad, depresión estrés en los cuidadores informales y formales de pacientes con Alzheimer | - Estadística descriptiva<br>- Medidas de tendencia central (media)<br>- Desviación de rango |
| OBJETIVO 2            | Describir el nivel de sobrecarga en los cuidadores formales e informales de                             | - Estadística descriptiva<br>- Medidas de tendencia central (media)                          |

|            |  |  |
|------------|--|--|
|            | pacientes con Alzheimer  | - Desviación de rango                        |
| OBJETIVO 3 | Comparar los niveles de ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en los cuidadores de pacientes con Alzheimer. | - Test de student<br>- Muestra independiente |

### 3.9 Procedimiento

El procedimiento para la realización de la investigación es el siguiente:

1. En primer lugar se debe encontrar cuidadores formales e informales para poder aplicar la dos escalas que estas son la ZARIT y DASS 21.
2. Para encontrar a los cuidadores formales habrá que ir a hogares de adulto mayores, las residencias de adulto mayores , hospitales que se encuentren personas con Alzheimer, a fundaciones y personas que tengan contratadas a estos cuidadores.
3. A los hogares de adultos mayores, las residencias de adultos mayores, hospitales que se encuentren personas con Alzheimer, a fundaciones y personas que tengas contratadas a estos cuidadores se va a hablar con las personas que estén a cargo para explicarle de que consta la investigación y así los cuidadores formales no tengan problemas al momento de realizar las dos escalas que serán aplicadas.
4. Para encontrar a los cuidadores informales se les preguntara a las personas si algunas vez han cuidado a algún familiar que allá tenido Alzheimer estas personas serian amigos, compañeros de la universidad, a la misma familia, conocidos de la familia , etc.
5. Se les explicara de que consta la investigación a los cuidadores formales e informales.

6. Si deciden ayudar con la investigación se le explicara sobre las condiciones éticas que lleva esta investigación y se les entregara un consentimiento informado.
7. Se darán a conocer las dos escalas que se le aplicaran a los cuidadores formales e informales para que ellos sepan de que tratan estas escalas y que se van a medir con ellas.
8. Las escalas son aplicadas a los cuidadores formales e informales.
9. Ya aplicadas las escalas se sacaran los resultados para saber como están los niveles de sobrecarga, depresión, ansiedad y estrés.
10. Por ultimo se les hará una devolución de los resultados de los niveles de ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga a los cuidadores formales e informales.

### **3.10 Consideraciones éticas de la investigación**

Las consideraciones éticas de la investigación se relaciona con la información entregada a la población de estudio, en donde se les indicará el fin de la investigación, la importancia de la investigación, la importancia de que en la investigación las respuestas entregadas por la población deben ser honestas y reales, ya que una respuesta falsa puede provocar la falla del estudio lo que posteriormente transformaría la investigación en datos erróneos y inexactos.

También se le hará entrega de un consentimiento informado en el cual cada participante que quiera participar en la investigación. Se le indicará al encuestado que no estará obligado a registrar sus datos personales y que los datos juntos con estos documentos se le indicará que la relación de esta investigación no significará que repercutirá en la mejora de sus condiciones laborales actuales, si no que busca dar a conocer la situación actual y condiciones laborales que estos grupos deben sobrellevar.

Se hará entrega de una devolución de los resultados de las dos escalas aplicadas a los cuidadores formales e informales.

Se explicara que está investigación no es maliciosa, si no es todo lo contrario, ya que es una investigación que intenta dar a conocer como se encuentran psicológicamente los cuidadores formales e informales.

### **Resultados:**

Tabla de frecuencia

|            | Media | Desviación Estándar | Mínimo | Máximo |
|------------|-------|---------------------|--------|--------|
| Estrés     | 7,9   | 2,3                 | 2      | 14     |
| Depresión  | 11,6  | 2,8                 | 4      | 20     |
| Ansiedad   | 11,8  | 2,8                 | 2      | 19     |
| Sobrecarga | 45,4  | 7,6                 | 27     | 64     |

Como se pudo apreciar en la tabla anterior para estrés el mínimo esperado es de 2 puntos y el máximo esperado es 14 puntos donde cada escala tiene 7 items que se valoran de 0-3 cada uno, por lo cual en el dass21, el mínimo esperado de cada escala es 0 y máximo 21, con una media de 7.9, por lo cual se puede decir que se encuentran en general en rango medio de estrés.

En la depresión el mínimo esperado es de 4 puntos y el máximo esperado es de 20 puntos donde cada escala tiene 7 items que se valoran de 0-3 cada uno, por lo cual en el dass21, el mínimo esperado de cada escala es 0 y máximo 21, con una media de 11,6 por lo que se puede decir que se encuentra en un rango medio de depresión.

En la ansiedad el mínimo esperado es de 2 puntos y el máximo esperado es de 19 punto donde cada escala tiene 7 items que se valoran de 0-3 cada uno, por lo cual en el dass21, el mínimo

esperado de cada escala es 0 y máximo 21, con una media de 11,8 por lo que se puede decir que se encuentra en rango medio de ansiedad.

En la sobrecarga el puntaje mínimo esperado es de 27 puntos y el puntaje máximo esperado es de 64 puntos son 22 ítems del test, donde el rango de respuesta es de 0 a 7 puntos , en donde la media es de 45,4 puntos, por lo que se puede decir que se encuentra en rango medio de sobrecarga.

Tabla prueba T

|            | Con estudios | Sin estudios | T      | Sig.  |
|------------|--------------|--------------|--------|-------|
| Estrés     | 7,8 (2,3)    | 8,3 (2,5)    | -1,292 | 0,99  |
| Depresión  | 11,8 (2,6)   | 11,2 (3,3)   | 1,103  | 0,136 |
| Ansiedad   | 11,8 (2,8)   | 11,9 (2,9)   | -0,180 | 0,429 |
| Sobrecarga | 45,5 (7,5)   | 45,5 (8)     | 0      | 0,50  |

Como podemos apreciar en la tabla de los resultados de la prueba T, en relación a los cuidadores con estudios y sin estudios no se puede apreciar una diferencia estadísticamente significativa, lo anterior se puede observar en que ningún sigma es menor que 0,05, por lo tanto no rechazamos la hipótesis de nulidad (es decir que las medias son estadísticamente iguales). En síntesis no se aprecian diferencias en las puntuaciones de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga.

Tabla de correlacionales

|            | Estrés | Ansiedad | Depresión |
|------------|--------|----------|-----------|
| Sobrecarga | 0,13*  |          |           |

P<0,05

Como se puede apreciar en la tabla de correlaciones anterior, sólo se obtuvo una correlación positiva entre sobrecarga y estrés (con un valor bajo de 0.13), esto significa que si nuestros cuidadores cuentan con sobrecarga, manifestarán una mayor puntuación en relación a estrés.

Por otra parte, se puede observar que no existe correlación alguna entre sobrecarga – ansiedad y sobrecarga – depresión, debido a que según el análisis de datos de las encuestas realizadas a los cuidadores, no demuestran valores significativos cómo para establecer una correlación entre las variables “sobrecarga / ansiedad y sobrecarga / depresión”.

## Conclusiones y Discusiones

### Discusión

Como se logró ver reflejado en los resultados muestreados de la prueba T, un 16,2 % del total de los cuidadores formales e informales presencian niveles de estrés, a su vez los resultados obtenidos de las encuestas, indican que en un 23% del total de cuidadores sufren de depresión, para la muestra de los resultados de cuidadores que padecen ansiedad las cifras estimadas por la base de datos indican que un 23,7 % del total de los grupos de cuidadores reflejan ansiedad, y finalmente en un 91% del total de los cuidadores encuestados indican sintomatologías referentes a la sobrecarga. Según estudio realizados por la OMS en el año 2014, en gran número de los cuidadores encuestados por ellos, las cifras mas alarmantes y evidentes eran en los niveles de sobrecarga donde los encuestados a nivel nacional indicaban un 75% de síntomas reflejados como sobrecarga.

Se encontraran los niveles más alto de depresión, ansiedad, estrés y sobrecarga en los cuidadores informales que en los cuidadores formales, en base a la hipótesis planteada antes de la realización del estudio, se pretendía encontrar los niveles de estrés, depresión, ansiedad y estrés más altos en los cuidadores informales, esto debido a que este grupo de cuidadores no contaba con ningún tipo de especialización profesional en el tema.

Según el estudio realizado, los niveles para los cuidadores informales fueron los siguientes:

Niveles de estrés 8,3% - Niveles de depresión 11,2% - Niveles de ansiedad 11,9% - Niveles de sobrecarga 45,5 %, versus los cuidadores formales, los resultados fueron los siguientes: Nivel de estrés 7,8% - Nivel de depresión 11,8% - Nivel de ansiedad 11,8% - Nivel de sobrecarga 45,5%.

En vista y considerando los siguientes resultados y considerando nuestra hipótesis, los cuidadores informales si presentan niveles mas altos que los cuidadores formales, esto se debe a

que los cuidadores informales en muchas ocasiones no cuentan con horarios para el cuidado ya que en su gran mayoría los pacientes son sus mismos familiares, por ende la atención hacia ellos es casi a tiempo completo.

A la hora de identificar los hallazgos mas importante en el estudio, se logra apreciar que uno de los puntos mas importantes descubiertos con el estudio es el muestreo que refleja la correlación entre estrés y sobrecarga, se considera importante ya que es una correlación positiva entre ambas patologías, sobrecarga y estrés, con un valor inferior a 0,13 lo que significa que si los cuidadores cuentan con síntomas de sobrecarga, manifestaran una mayor puntuación en relación a sintomatologías referentes al estrés.

En base al estudio realizado una de las inquietudes que generó la utilización del programa SPSS, es que al momento de arrojar los resultados solo identifica los resultados específicos solicitados, quizás una mejora para futuras investigaciones es que se puedan identificar todas las correlaciones sin importar que si estas son significativas o no, esto sería útil para poder identificar que tan grandes podrían ser las diferencias entre el resto de correlaciones.

Como se menciona en el punto anterior, una de las posibles líneas investigativas que se pueden desprender de esta investigación, podrían ser sobre las correlaciones entre las demás patologías, otra de las líneas investigativas que se podrían desprender de esta investigación podría ser en cómo afecta el estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga de los cuidadores en la calidad del servicio prestado y como le afecta al paciente.

## Conclusión

Como se pudo apreciar mediante la descripción de las diferentes sintomatologías identificadas (ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga) en ambos grupos de cuidadores de pacientes con Alzheimer. Se logra identificar que de las cuatro sintomatologías a investigar, la más recurrente dentro de los cuidadores es el estrés.

En los cuidadores formales, el estrés se ve reflejado como consecuencia de a la poca importancia que se le da a las condiciones laborales en los diferentes recintos u hogares de cuidados de adultos mayores, esto se ve reflejado en la carga laboral que se les entrega a estos cuidadores.

A su vez el factor común entre todas las sintomatologías analizadas en los cuidadores formales e informales es la sobrecarga, esto se debe a que en base al estudio realizado y posteriormente analizado, la sobrecarga toma una significativa importancia a la hora de correlacionarse con ansiedad, depresión, estrés, ¿por qué es importante la tendencia de la sobrecarga en relación con las demás sintomatologías?. Si bien, se logra obtener resultados significativos del análisis del estudio realizado, la sobrecarga contempla las diferentes necesidades que requieren cubrir los cuidadores en ambos grupos (formales y informales), es por esto que al hablar de sobrecarga se busca hacer énfasis en las problemáticas que en el común de los centros no se prioriza al momento de destinar responsabilidades a ambos grupos.

Mediante el análisis de los resultados obtenidos a través del estudio realizado sobre el impacto psicológico de los cuidadores formales e informales de pacientes con Alzheimer, se encontró una correlación entre sobrecarga y estrés significativa en comparación con las demás sintomatologías, lo que no significa que el resto de patologías no sean importantes o causen impacto en los cuidadores formales e informales.

## **Bibliografía**

- Aparacio M., Cordoba A. (2012), Efectos de cuidar a una persona con Alzheimer: Un estudio sobre cuidadores formales e informales, Universidad Pontificia Boliviana.
- Aravena. J, ( 2016), Calidad de vida en cuidadores informales de persona con demencia: una revisión sistemática de intervenciones psicosociales.
- A. Vindel (2005), Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), Universidad Complutense de Madrid.
- Alzheimer´s Association (2018), Qué es el Alzheimer, Alzheimer´s Association.
- C. Baekeland (2017), Una breve psicología de la ansiedad, asociación psicoanalítica de Madrid.
- Centro de estudios de vejez y envejecimiento UC, Estudio y sistematización y descripción de los perfiles de las cuidadoras de personas dependientes, las demandas de apoyo que las cuidadores presenten y los programas existentes para aliviar el trabajo de cuidado, Instituto de sociología UC Santiago, Chile.
- C. Álvarez (2011), Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa, Universidad Surcolombia.
- Cinfasalud (2015), Depresión, Una de las enfermedades medicas más tratables.
- E. Flores, E. Rivas, F. Seguel (2012), Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa, Ciencia y enfermería.
- European Alliance against depression (2018), ¿Cuáles son los síntomas y signos de la depresión?, Fight depression.
- F. Fleck (2010), Apoyo a la familia para atender a personas con demencia, Organización Mundial de la Salud.

- Family doctor (2017), Estrés del cuidador, American Academy of Family Physicians
- García. S (2017), Como afecta la enfermedad de Alzheimer en los cuidadores, Balance sociosanitario de la dependencia y la discapacidad.
- García. E (2016), Puesta al día: Cuidador Informal.
- Gallardo. R (2016), La terapia grupal mejora la vida de los cuidadores de Alzheimer, EFE: Salud.
- H. Breinbauer, H. Vásquez, S. Mayanz, C. Guerra, T. Millán (2009), Validación en Chile de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada, Revista médica de Chile.
- Hartmann (2015), Síntomas físicos y psicológicos de la ansiedad, El rincón del cuidador.
- J. Abajo (2015), Diferencias entre cuidador formal y informal, Profesional de psicología abajo.
- J. Wigodski (2010), Fuentes primarias y secundarias, Metodología de la investigación.
- M. Payer (2014), ¿cuántas etapas tiene el Alzheimer y qué características tiene cada una?, Know Alzheimer.
- M. Hualde (2017), Trastornos que sufre el cuidador de un enfermo de Alzheimer, Sanitas.es – Muy saludables.
- M. Galvis, A. Córdoba (2016), Relación entre depresión y sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer, psicología desde el Caribe/ scielo.
- M. Roig, M. Abengózar, E. Serra, La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer, Universidad de Murcia y Universidad de Valencia.
- M. Pinzón, L. Aponte, C. Galvis (2011), Perfil de los cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas y calidad de vida, Crónicas Villavicencio.

- Movimiento de salud mental (2018), ¿Qué es la ansiedad?, Sana mente.
- National center on caregiving (2002), Los cuidadores y la depresión, Family caregiver Alliance.
- National Institute of mental health (2010), Depresión, NIH.
- N. Escrich (2012), La sobrecargar del cuidador, Universidad de Lleida.
- Office on women's health (2018), Estrés del cuidador, Womens Health.
- Office on women's health (2018), Depresión, Womens Health.
- Organización mundial de la salud (2017), La demencia. OMS
- P. Cañabate (2006), El 70% de las personas con Alzheimer son mujeres, Fundación Barcelona Alzheimer Treatment & Research Center.
- R. Sampieri (2009), Diseño de investigación no experimental, Slide share
- V. Aravena (2011), El cuidado informal como objeto de estudio, Universidad de Concepción.
- Z. Antúnez, E. Vinet (2012), Escalas de depresión, ansiedad y estrés “dass 21”, Terapia psicológica.