

Consecuencias psicológicas en familiares cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer: una revisión documental.

Angee Paola Romero Rodríguez

Angely Zuleidy Reyes Chilatra

Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Tolima y Magdalena Medio, Centro tutorial Ibagué

NRC 30727: Opción de grado

Mg. Gina Paola Vergara Torres

Mg. Fabián Alberto Buitrago Téllez

Mayo 31, 2022

Dedicatoria

Dedicamos con todo nuestro amor y cariño primeramente a Dios por permitirnos realizar este trabajo, por darnos la oportunidad de forjar un futuro con sacrificio y esfuerzo, cumpliendo su voluntad y buscándole de todo corazón sin desmayar, porque nos escogió para la alabanza de su gloria, siendo el resplandor de su luz, es el que nos llena de grande gozo, porque jehová nuestro Dios bendecirá el camino por siempre y a todas aquellas personas que han hecho parte de esta gran carrera de vida y que con cada uno de sus actos han aportado a la creación de una de las páginas de este libro que no se quedará como un cuento corto, si no que se convertirá en una historia llena de arte que nos sorprenderá por su contenido, mil y mil gracias.

“las palabras nunca alcanzan cuando lo que hay que decir desborda el alma”

Julio Cortázar.

Agradecimientos

Agradezco a mi Dios por darme la vida, por ponerme en este camino y por hacer lo imposible posible cumpliendo los anhelos de mi corazón y regalándome la hermosa familia que tengo.

A mi madrina quien ya no está conmigo en esta tierra y quien fue la luz de esperanza y motor para poder cumplir mis sueños, mi compañera de viaje, mi confidente y mi apoyo incondicional, por el amor que siempre me tuvo, por la confianza depositó en mí y en mis sueños.

A mi hermosa madre por su amor, su cariño, sus enseñanzas, por ser mi ejemplo de esfuerzo, disciplina, valentía, resiliencia y sobre todo por estar conmigo en cada momento apoyándome y alentándome, pero especialmente por darme ese motor tan hermoso como lo es mi hermano.

A mi amado esposo por su sacrificio y esfuerzo por creer en mi capacidad, por estar en los momentos difíciles dándome todo su apoyo, comprensión cariño y amor, por pensar siempre en un futuro para los dos.

A mis docentes asesores por acompañarnos en este proceso compartiendo sus conocimientos y orientándonos para dar lo mejor y poder sacar nuestro trabajo adelante.

Angee Paola Romero...

Agradecimientos

Agradezco a Dios primeramente por darme la oportunidad de estudiar esta hermosa carrera.

A cada uno de los miembros de mi familia padres y hermanos por el impulso retribuido para poder llegar a cumplir el logro de ser una gran profesional, ya que no ha sido un proceso fácil.

A cada una de mis compañeras por el acompañamiento que me brindaron y apoyo que me ofrecieron durante todo este tiempo.

A mis docentes por el apoyo conjunto y el conocimiento otorgado durante este proceso de formación.

Angely Zuleidy Reyes...

Tabla de contenido

Dedicatoria	2
Agradecimientos	3
Agradecimientos	4
Resumen	8
Abstract	9
Introducción	10
Capítulo I	13
1. Planteamiento del problema	13
1.1. Pregunta de investigación	16
1.2. Objetivos	16
1.2.1. Objetivo General	16
1.2.2. Objetivos Específicos	17
1.3. Justificación	17
Capítulo II	19
2. Marco referencial	19
2.1. Antecedentes investigativos	19
2.2 Referente teórico.	25
2.2.1. La enfermedad de Alzheimer.	25
2.2.2. Hipótesis del desarrollo del Alzheimer.	26
2.2.3. Fases del Alzheimer	28
2.2.4. Fase Leve.	28
2.2.5. Fase Moderada.	30
2.2.6. Fase Grave.	31
2.2.7. Signos y Síntomas de la enfermedad de Alzheimer.	31
2.2.8. Familiar Cuidador.	32
2.2.9. Cuidados del cuidador en pacientes con Alzheimer.	35
2.2.10. Principales necesidades del cuidador.	39
2.2.11. Síndrome de burnout.	40
2.2.12. Riesgo del cuidador.	42
2.2.13. Riesgo físico.	43
2.2.14. Riesgo personal-social.	44
2.2.15. Riesgo económico-laboral.	44
2.2.16. Riesgo psicológico.	45

	6
2.2.3. Consecuencias psicológicas.	45
2.3.1. Estrés	45
2.3.2. Ansiedad.	48
2.3.3. Depresión.	49
Capítulo III	52
3. Metodología	52
3.1. Tipo de investigación.	52
3.2. Área de estudio.	52
3.3. Criterios de inclusión y exclusión.	52
3.3.1. Criterios de inclusión.	52
3.3.2. Criterios de exclusión.	53
3.4. Métodos, técnicas e instrumentos.	53
3.5. Procedimiento.	53
Capítulo IV	54
4. Resultados	54
4.1 Discusión	64
5. Conclusiones	67
6. Referencias	70
7. Anexos	80

Lista de Figuras

Figura 1 Documentos estrés.....	54
Figura 2 Predominancia estrés sexo.....	55
Figura 3 Predominancia estrés en edad	56
Figura 4 Documentos ansiedad.	57
Figura 5 Predominancia ansiedad en edad.	58
Figura 6 Tipo de ansiedad.	59
Figura 7 Documentos depresión.	59
Figura 8 Predominancia depresión en sexo.....	60
Figura 9 Predominancia depresión en edad.....	61
Figura 10 Tipo de depresión.	62
Figura 11 Consecuencia destacada.	63
Figura 12 Relación documental.....	64

Resumen

El Alzheimer es una enfermedad cerebral que ocasiona problemas relacionados con la memoria, el pensamiento, el comportamiento, el lenguaje entre otros, dicho de otro modo, es un trastorno neurodegenerativo que habitualmente empeora con el tiempo y no tiene cura, a su vez se le considera como una demencia ya que está relacionada con la pérdida de capacidades mentales generando una consecuencia grave o progresiva en el individuo como en la persona que le brinda el cuidado, el objetivo de la investigación es identificar las consecuencias psicológicas en familiares cuidadores de personas con Alzheimer por medio de una revisión documental entre los años 2015 a 2022, para el cual se tuvieron en cuenta criterios exclusión en documentos que no estuvieron relacionados con el idioma español e inglés o las fechas establecidas, dentro de la metodología se pudieron establecer tres fases, en la primera se llevó a cabo la selección de documentos, en la segunda se pudo hacer la recolección utilizando como instrumento la matriz para recolección y posteriormente en la tercera fase la categorizaciones de los datos y tabulación de información para hacer el respectivo análisis de estudios científicos relacionados a las consecuencias psicológicas, se obtuvo como resultados que la consecuencia más destacada en los documentos revisados, fue la depresión que puntuó con 45%, seguida de ansiedad con un 31,7% y por último el estrés con un 23,3%, para concluir se resalta que el sexo más predominante para asumir este rol es la mujer, dado el caso que es la que toma la delegación en el cuidado.

Palabras Claves: Alzheimer, cuidador familiar, sobrecarga, estrés, ansiedad, depresión, Síndrome de Burnout.

Abstract

Alzheimer's is a brain disease that causes problems related to memory, thinking, behavior, language, among others. In other words, it is a neurodegenerative disorder that usually worsens with time and has no cure. The objective of the research is to identify the psychological consequences in family caregivers of people with Alzheimer's through a documentary review, from the information collected and available in the repositories, performing an analysis of scientific studies related to the psychological consequences that generates care, was used as a tool for collecting and tabed information, from the different categorizations of the data, It was found that the most prominent consequence in the reviewed documents was depression with 45%, followed by anxiety with 31.7% and stress with 23.3%, to conclude that the most predominant sex to assume this role is the woman, given the case that is the one who takes the delegation in care.

Keyword: Alzheimer, family caregiver, overload, stress, anxiety, depression, Burnout Syndrome.

Introducción

A lo largo de los años el envejecimiento va formando parte de nuestra vida ya que este es un proceso por el cual todos los seres humanos pasamos, siendo esta la fase final de la vida, la organización mundial de la salud, refiere que este sería el resultado de muchos factores que a lo largo del tiempo traen consecuencias en las capacidades mentales y físicas, dentro de las enfermedades que se pueden presentar se encuentra la demencia para Espin Falcón (2020) esta es una enfermedad crónica que resulta de un daño en cerebro que poco a poco declina la memoria y las funciones ejecutivas, trayendo consecuencias graves o progresivas, teniendo en cuenta que actualmente no existe fármaco alguno que pueda revertir los síntomas, además de que repercuten en todas las áreas del paciente tanto individuales, familiares y sociales.

Las diferentes personas con enfermedades crónica adquieren consecuencias y esto conlleva a que necesiten de un cuidado permanente, generalmente quien brinda estos cuidados son las personas más allegadas a su entorno familiar y se puede ver reflejado en los cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer sabemos que esta es una enfermedad cerebral que ocasiona problemas relacionados con la memoria, el pensamiento y el comportamiento, La revista Neuronup (2022), menciona las particularidades de la patología de la enfermedad de Alzheimer, ya que se forma de manera progresiva por las placas seniles y ovillos neurofibrilares en la corteza cerebral ya que se va evidenciando la pérdida neuronal, donde se ve afectado la capacidad de razonamiento, afasia, apraxia, pérdida de capacidad espacial, entre otros, dicho de otro modo, es un trastorno neurodegenerativo que habitualmente empeora con el tiempo y no tiene cura, a su vez, se le considera como una demencia.

La OMS (2017), nos indica que una de las formas más comunes de ver la demencia Alzheimer teniendo una prevalencia alta entre el 60% y el 70 %, además de dar una aclaración sobre la demencia ya que esta no solo se refiere al Alzheimer, sino que también a otras enfermedades que infieren en la capacidad de los seres humanos para hacer las diferentes labores cotidianas.

Por consiguiente, Minsalud (2017), define el alzhéimer una de las principales causas de discapacidad y con una dependencia del entre las personas mayores, la enfermedad no solo afecta al individuo, sino también a su núcleo familiar generando un gran impacto social, económico y por consiguiente a la persona que le brinda todos los cuidados, el cual se conoce como el cuidador primario, para García-Cardozo et al. (2018) el cuidador es el único responsable del adulto mayor, quien recibe este cargo por diversos factores como lo son la cultura de la sociedad, la relación familiar, el hecho de ser mujer, entre otros, en concreto este es un familiar que satisface las necesidades físicas y emocionales del paciente las 24 horas del día, sin remuneración alguna, debido a que estas personas requieren de apoyo y cuidado permanente.

Pérez (2013), nos indica que la esfera psicológica también repercute en la experimentación del cuidador en su rol, ya que puede conllevar a alteraciones en sentimientos negativos que gran parte de ellos no son diagnosticados y que se generan en quien los cuida teniendo en cuenta estas afectaciones psicológicas entre otras posibles enfermedades relacionadas con la salud física, muchos de los cuidadores han tenido que acoplarse a los diferentes cambios que genera el cuidar un paciente con la enfermedad de Alzheimer, dando por sentado la combinación de todos los entornos sociales con el cuidado familiar y una

disminución de tiempo en todos estos aspectos, generando que en los diferentes casos hayan tenido que dejar sus trabajos y además desencadenando otras afectaciones.

Con base en lo anterior que a lo largo de los años se ha podido evidenciar que las familias de los pacientes con la enfermedad de Alzheimer, en la mayoría de los casos siempre se le delega la responsabilidad del cuidado a una sola persona, el cual progresivamente va perdiendo su independencia, desatendiendo su propia vida y dejando a un lado su proyecto de vida.

Como consecuencia de esto, los cuidadores pueden sentirse frustrados ya que la situación que viven los obliga a caer en un aislamiento social, generando un conjunto de emociones que afectan su estado de ánimo y su ritmo de vida, debido a que la enfermedad poco a poco va evolucionando y trayendo consigo muchas más responsabilidades que recaen en el cuidador.

Es así como en este trabajo se pretende hablar del cuidador y las diferentes consecuencias psicológicas que se generan a partir del cuidado del paciente con la enfermedad de Alzheimer ya que la experiencia de cuidar es una responsabilidad enorme que conlleva un esfuerzo significativo y que provoca en los cuidadores cargas que si no se logran manejar adecuadamente Salinas et al (2017), generan repercusiones en su entorno social, físico, económico y emocional, desencadenando una inadecuada adaptación en el medio, convirtiéndose este en un enfermo secundario, por esto la importancia de esta revisión documental.

Capítulo I

1. Planteamiento del problema

Según Romano et. al. (2007), el Alzheimer es una enfermedad progresiva que cuenta con un déficit de memoria como síntoma principal y de mayor relevancia en el momento del desarrollo de esta misma, por lo general el paciente empeora progresivamente desarrollando problemas perceptivos, de lenguaje y emocionales con la evolución de dicha enfermedad.

Factográfico Salud (2021), en Europa de acuerdo con los resultados del consorcio EURODEM, en diferentes investigaciones se estiman que ahí cerca de 46,8 millones de personas con demencia en el mundo, pero que paulatinamente se aumentará con el paso del tiempo en un aproximado 65 millones de personas que la padezcan, también en América Latina y el Caribe se ha incrementado la manifestación de esta enfermedad ya que paso de los 3,4 millones a los 4,1 millones en el año 2020 y donde se representa el 60% y el 80% de las enfermedades comunes neurodegenerativas, donde se infiere que la demencia es una de las más representativas en el mundo, teniendo una incidencia del 1,4 % en mayores de 64 años.

Avanzando en el tema, la enfermedad del Alzheimer tiene diferentes fases. La demencia leve citada en Alzheimer's Association (2018) referencia que la persona puede desenvolverse independientemente para realizar diferentes actividades sociales, pero en ocasiones pueden presentar acontecimientos de pérdida de memoria, olvidándose de personas que conocen o ubicación de objetos, entre otras cosas, en esta fase de la enfermedad permite a la persona vivir tan como le sea posible y realizar planes a futuro; en la fase moderada las personas pueden tener más inconvenientes para realizar tareas como recordar una dirección o teléfono, necesita ayuda para escoger la ropa adecuada, puede tener cambios en los patrones de sueño y

presentar problemas para dominar la necesidad de ir al baño entre otras, pero a pesar de esto pueden recordar detalles significativos de su vida.

En la última fase de la enfermedad las personas pierden la suficiencia de responder a su ambiente, la comunicación se torna difícil, son más propensos a las infecciones, estas personas tienden a necesitar todo el tiempo a una persona para ejecutar sus actividades diarias y básicas como comer, bañarse, ir al baño entre otras del cuidado personal.

Es importante reconocer que todos estos cuidados en las diferentes fases del Alzheimer se puede dar de diferentes maneras ya sea en instituciones especializadas, cuidados formales o informales que en muchas ocasiones son proporcionados por la familia, se encuentran en estudios presentados por Francisco del Rey Mazarrasa citados en Giraldo(2005) que señala que los diferentes cuidadores familiares generan un impacto importante ya que la mayoría de ellos emplea el 88% de su tiempo en la asistencia del cuidado informal en comparación con el que se dedica desde el cuidado formal ya que este solo es del 12%, se puede evidenciar que la mayoría de cuidadores de la salud son de asistencia informal proporcionado por los familiares.

Según la OMS (2017) citada en Sepúlveda (2021) refiere que la carga social y económica más representativa la padecen las familias en todos los países en general prevaleciendo el 60% en los países de medianos y bajos ingresos, con relación a lo anterior la demencia tipo Alzheimer no únicamente afecta a una persona si no que a todo su entorno especialmente a sus familiares más cercanos, este es un proceso traumático y debe ser manejado de una manera acorde. Por lo tanto, Barreiro y Chávez (2019) indican que “La familia es la principal proveedora de cuidados al adulto mayor dependiente. En estudios realizados se ha encontrado

que el 71,9 % de los cuidadores de personas mayores con Alzheimer son miembros de la familia” (p.91).

A continuación Saldaña (2011) indica que según las investigaciones relacionadas a los cuidadores que se encuentran al cuidado de pacientes que cuenten con alguna enfermedad crónica, los cuidadores que experimentan un tiempo mayor de tres meses en el cuidado de estos perciben cambios significativos en varios aspectos de su vida, es de notar que a medida que pasa el tiempo la enfermedad requiere de más asistencia por parte del cuidador y es en ese momento que la carga de cuidar afecta las diferentes dimensiones del ser humano como lo son su estado físico, psicológico, espiritual y sus relaciones sociales.

Los cuidadores de pacientes con la enfermedad de Alzheimer viven a diario una difícil situación según Angulo y Ramírez (2016), en el transcurso de los años “se evidencian múltiples factores físicos, psicológicos y sociales, que los hacen perder su independencia, hasta el punto dedicarse completamente a esta labor” (p.22), es así que Según Sánchez citado en Saldaña et al. (2011), relata que la vida cambia trascendentalmente a medida que el cuidador tiene experiencias relacionadas con las fases de la enfermedad.

Además, Zambrano y Ceballos (2007) “calcula que la persona que propicia los cuidados permanece los siete días de la semana, en un promedio de 16 horas diarias, lo cual tiene implicaciones económicas, sociales y de salud” (p.28). También nos indican que en Colombia ahí una mayor probabilidad de que los cuidadores principalmente se han sus familiares entre estos sus hijos, hermanos o la pareja con la cual conviven, teniendo en prevalencia el sexo femenino ya que el 87,3% son mujeres que en su mayoría aproximadamente superan los 50 años.

Por otro lado, Monica y Alejandro (2019) indican que el costo del cuidador no es un tema menor ya que se debe hacer un análisis de costos directos, sociales y de atenciones hospitalarias y este es significativo en la medida en que gran parte de los medios que dispone la familia ya que se destina al cuidado suspendiendo actividades profesionales, laborales, incluso personales, además teniendo en cuenta que actualmente el salario de un trabajador es el mínimo, no se logra alcanzar a cubrir todos los gastos que del cuidado.

Como podemos ver el cuidador tiene efectos relevantes donde pierden sus autonomía y pueden presentar trastornos psicológicos por la sobrecarga de actividades y el mal manejo que le dan a sus emociones, además de que también padezcan enfermedades enfocadas en su salud física, esto es una realidad que nos aqueja actualmente y que en futuro incrementara más debido a la alta frecuencia del padecimiento de la demencia de Alzheimer, generando que la experiencia del cuidado no sea digna debido a la exigencia de la misma, es por esta razón que nace la importancia de saber:

1.1. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las consecuencias psicológicas de familiares cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer registradas en los repositorios científicos entre los años 2015 y 2022 a nivel nacional e internacional?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Identificar las consecuencias psicológicas en familiares cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer por medio de una revisión bibliográfica.

1.2.2. Objetivos Específicos

Revisar los factores que influyen en familiares cuidadores en el desarrollo de sobrecarga psicológicas.

Analizar resultados de investigaciones sobre las consecuencias psicológicas más prevalentes en cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer.

1.3. Justificación

Las consecuencias psicológicas de los cuidadores de pacientes con Alzheimer son un reto a nivel mundial, ya que estas tiene un gran impacto tanto a nivel individual como social, los cuidadores principales constantemente están prestando atención a las necesidades de los pacientes, las demandas implican que el cuidador genere una impresión negativa sobre las diferentes áreas de su vida, además de que esté trabajo mantiene pensamientos disfuncionales que perjudican su salud física y psicológica, así mismo Torres citado en Córdoba et al. (2014), los cuidadores están expuestos a estresores que pueden influir emocionalmente en entornos laborales y personales, que repercuten en la labor del cuidado de las personas mayores.

Gran parte de las investigaciones muestran el enorme trabajo que requiere el cuidado de un paciente con la enfermedad de Alzheimer, esta es una tarea ardua de tiempo prolongado que ocupa gran parte de los recursos y la energía del que presta el cuidado, cuando el cuidador vive en un entorno adecuado su salud mental y física estarán mejor y esto se verá reflejado en la persona que cuida es así que Vitaliano (1997) “nos indica que en cuanto más tiempo los cuidadores gocen de buena salud, más tiempo podrán mantener su independencia, llevar una vida satisfactoria y proporcionar un cuidado adecuado a sus seres queridos”(p.75), ya que el cuidador cuenta con un alto desgaste físico, emocional y

financiero, dando una importancia a esas exigencias de atención diarias con las que debe de vivir.

Por lo mencionado anteriormente, nace la importancia de considerar el papel que asume el cuidador primario en pacientes con la enfermedad de Alzheimer, enfocándonos no solo en los cuidados que este debe prestar, sino en conocer las consecuencias psicológicas que pueden generarse a través del cuidado y a raíz de esto se pueda trabajar sobre ellas, prevenirlas e intervenirlas desde la psicología integrando procedimientos, técnicas y servicios en pro de la salud mental, desarrollando planes de intervención psicoeducativos e intervenciones terapéuticas individuales y grupales centradas en la inteligencia emocional, conformación y fortalecimiento de las relaciones sociales, mejoramiento de autoestima, el autocuidado entre otras que ayuden al reconocimiento y manejo de estas consecuencias psicológicas para el avance de la atención, contención y apoyo en la calidad de vida de cuidador y por consiguiente en la del paciente.

La identificación de estas consecuencias ayudará a mejorar la adaptación de los cuidadores a su entorno vital, comprendiendo su propio estado mental, ya que el proceso psicoterapéutico contribuye a reparar los daños psicológicos que se producen a lo largo del tiempo en las diferentes tareas del cuidado y que generan varios estresores y así poder adoptarse altitudinal y psicológicamente a las circunstancias de la situación.

Por otra parte, este trabajo también contribuirá a que se fundamenten el desarrollo de iniciativas para la protección del cuidador en pro de la atención a estas consecuencias en donde la labor del cuidado no recaiga en una sola persona, ya que al identificar las consecuencias podemos generar conciencia para el desarrollo de estrategias que intervenga la salud mental, de estas personas.

Capítulo II

2. Marco referencial

2.1. Antecedentes investigativos

A continuación, se relacionan una serie de indagaciones, las cuales se presentan de manera secuencial y nos brindan una visión general de los puntos de referencia para llevar a cabo esta revisión documental.

Parra (2022), acerca de la identificación de la salud cognitiva y física de los cuidadores informales de personas mayores con demencia, a través de un método de revisión narrativa, con el objetivo de que dichos indicadores ayuden al establecimiento de futuras estrategias de intervención para preservar la salud de los cuidadores. Concluyó que es necesario hacer visible la necesidad de cuidar al soporte principal de la atención al cuidador, lo cual permite establecer una correspondencia con nuestra investigación, ya que es importante la relación que se hace aportando datos significativos sobre la importancia del cuidado y de la atención, estos pueden tener un nivel de sobrecarga y posteriormente presentar estrés, ansiedad y a un más en esta situación como lo es la pandemia de covid-19.

Por otro lado, Albornoz (2021) en la investigación de la sobrecarga del cuidador primario de pacientes diagnosticados con Alzheimer, en el cual hicieron un estudio con diseño de revisión bibliográfica, teniendo en cuenta estudios científicos recientes y con el objetivo de aportar una descripción detallada de la sobrecarga del cuidador de pacientes con Alzheimer y su impacto en la salud física, psicológica y calidad de vida; en los resultados obtenidos se reflejan evidencias de la asociación entre varios factores que influyen en los cuidadores, también se puede observar que este aporte fortalece mucho nuestra investigación ya que nos da una gran prevalencia de la relación que existe en estos aspectos incluyendo lo

económico, debido a que las diferentes instituciones especializadas no costean el gasto de la enfermedad, todos estos factores hacen que los cuidadores generen estrés, sintomatologías conductuales e incluso psicológicas como la depresión que prevalece en un 5,83%, también determinaron que a mayor depresión se presenta menos vitalidad en el cuidador, estos datos aportan mucha relevancia ya que podemos inferir que el estrés como la ansiedad son consecuencias psicológicas prevalentes.

En la investigación de Luque et al. (2020) “Mujeres con elevado nivel de estudios, víctimas del cuidado de personas con Alzheimer” determinaron como objetivo conocer la relación existente entre la tarea de cuidar a pacientes con dicha enfermedad teniendo en cuenta el género y su nivel académico. Esto se realizó a través de un estudio descriptivo en el cual participaron 69 personas diagnosticadas con Alzheimer y sus respectivos cuidadores, establecieron que los cuidadores con estudios superiores sufrían mayor carga, además de prevalecer el sexo femenino en su mayoría, teniendo en cuenta la probabilidad de presentar soledad, altos niveles de ansiedad y peor calidad de vida que los hombres. La carga se puede presentar por el gran número de responsabilidades y a la imposibilidad de combinarlas con el papel de cuidado del paciente, estos resultados nos llevan a cuestionarnos sobre la prevalencia del papel de la mujer cuidadora en nuestra investigación y el rol que cumplen en el cuidado y los altos niveles de ansiedad que pueden presentar estas personas, también nos aporta mucho conocimiento frente a la manera de evaluar a estos cuidadores y las variables aplicadas.

Por otra parte, la investigación realizada por Zepeda (2019), acerca de la sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud, con un estudio correlacional de corte transversal con una muestra de 43 cuidadores, dentro de los resultados se evidenciaron que el 69,77% de los cuidadores presentó sobrecarga

con una edad media, la mayoría en el porcentaje fueron mujeres con un 74,42% por otro lado también fue de gran relevancia la variable de estado civil ya que el 46,51% estaba soltero. El 86,05% de los cuidadores principales cuidaba 24 horas al adulto mayor y el 55,81% eran hijas/os, es así que el estudio dio por sentado que el abandono de una actividad por el cuidado alcanzó una diferencia estadísticamente significativa con la presencia de sobrecarga del cuidador, en referencia de estos porcentajes podemos ver las diferentes variables que se reflejaron en este, dándonos una perspectiva a nuestro trabajo teniendo en cuenta que los cuidadores principales dedican la mayor parte de su tiempo al cuidado de los pacientes con enfermedad de Alzheimer y el gran porcentaje son hijos y con prevalencia mujeres.

En otra investigación realizada por Otero et al. (2017), sobre las propiedades psicométricas del “cuestionario de pensamientos automáticos” (ATQ) en cuidadores de familiares en la cual hicieron uso de instrumento donde evaluaron síntomas depresivos y el diagnóstico de episodio depresivo con una muestra de 592 personas de la población de los cuidadores de la Comunidad Autónoma de Galicia, de la cual concluyeron que se encontraron tres factores que explicaron el 56,3% de la varianza total. Hubo una correlación significativa entre la sintomatología depresiva y los pensamientos negativos, el ATQ discrimina entre cuidadores deprimidos y no deprimidos clasificando correctamente el 86,8% de los casos. los pensamientos negativos en la población de cuidadores teniendo como aporte a nuestra investigación documental la sintomatología depresiva en los cuidadores.

Por su parte, Bairero (2017), en su investigación “el estrés y su influencia en la calidad de vida”, la cual tuvo como objetivo de incorporar nuevos conocimientos sobre el estrés, llegando a fundamentar el significado para salud y cómo poder afrontarlo, para tener una mejor calidad de vida, utilizando el debate para llegar a la reflexión de ello. El autor indica en sus resultados los conocimientos sobre el estrés, para así mismo saber cómo poder

afrontarlo, ya que esto refiere relación con enfermedades crónicas, donde da la prioridad al conocimiento de las amenazas, aplicando métodos de investigación, en los nuevos conocimientos sobre el estrés, para así mismo aprender a afrontarlo y contar con una vida más saludable, teniendo en cuenta esta investigación se brindan bases fundamentales para trabajar y fortalecer métodos de afrontamientos en aquellas consecuencias que viven a diario los familiares cuidadores.

Según investigaciones clínicas por Aranda (2017), nos describe la correlacionalidad de un estudio realizado entre el 2014 y el 2016 en una población de cuidadores primarios, ya que se evaluaron de la mano la depresión y la ansiedad, dando uso al instrumento de escala de Goldberg, El 87,5% de cuidadores primarios en el estudio presentó puntajes sugestivos de ansiedad (13,5%), depresión (17%) y comorbilidad (57%), y en 12,5% la prueba de Goldberg no detectó trastorno alguno, teniendo en cuenta el estudio realizado se puede detectar que las características sociodemográficas de la muestra en cuidadores primarios prevalece en el sexo de la mujer con 95.8% y tan solo un 4,2% a los varones, podemos de notar que el sexo femenino es más afectado por este tipo de consecuencias que conlleva la tarea de ser un cuidador primario.

Es así como también Cerquera (2016), en su estudio de sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer y la relación con su ingreso salarial, siendo esta una investigación no experimental, transversal, de tipo correlacional, con una muestra de 100 sujetos, el cual utilizó instrumentos como la ficha de datos sociodemográficos, escala de sobrecarga del cuidador Zarit, los cuales determinaron variables importantes en cuanto a alta fluencia de las mujeres con el 83%, el estado civil ya que la mayoría eran casados/as, también determinaron con 32% que la edad promedio del cuidador está entre los 51 y 60 años, otra variable importante fue el nivel de escolaridad arrojando que el 43% tiende a tener estudios

secundarios y el 2% no tiene escolaridad, también fue importante mirar el estrato socio económico, se pudo determinar que el 23%, el 28% y el 33% son de estratos de 2,3 y 4 , la menor prevalencia 6% y 2% para estratos 5 y 6 respectivamente, también pudieron concluir en los resultados que si bien la mayoría de cuidadores devengan más del salario mínimo colombiano vigente, así mismo presentan sobrecarga, y ya que no se ha establecido correlación, esto indica que el ingreso económico no es un determinante para la situación anotada, esto nos lleva a preguntarnos si todos estos puntos fundamentales tienen influencia en las consecuencias que se han encontrado en momento, dándonos apertura a indagar en otras investigaciones que nos ayuden a determinar las consecuencias psicológicas más prevalentes y cómo se desencadenan estas.

Por otro lado, Pinzón (2016), en su investigación sobre la carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica, donde establecieron una relación entre la carga del cuidado y la calidad de vida utilizando un estudio de abordaje cuantitativo descriptivo, correlacional y de corte transversal, con una muestra de 55 cuidadores familiares que asistían a una institución de tercer nivel en Bucaramanga, dentro de este estudio encontraron que los cuidadores familiares son en su mayoría mujeres, de estratos socioeconómicos bajos, ocupación del hogar, una mediana de 18 horas día a la asistencia y cuidado; también presentan una calidad de vida global percibida media. En cuanto a la carga del cuidado el 23,7% de los cuidadores presenta una sobrecarga severa, el 27,3% sobrecarga leve y el 49%, no presentan sobrecarga de acuerdo con la clasificación establecida por Zarit, aunque esta es una investigación con pacientes de una afección diferente a la del Alzheimer, nos propicia puntos importantes para hacer una comparación de estas variables y determinar si éstas son generales para todos los cuidadores.

Bravo (2016), en su investigación de Caracterización del síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes institucionalizados y no institucionalizados con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer mediante la Escala Zarit, el cual fue un estudio descriptivo transversal, con el objetivo de comparar las características de las variables asociadas con la sobrecarga en cuidadores de personas con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer, en una muestra compuesta por 15 cuidadores de pacientes institucionalizados y 14 cuidadores de personas no institucionalizadas. Demostraron una clara sobrecarga en el grupo de cuidadores de pacientes no institucionalizados quienes experimentan repercusiones negativas sobre su vida en el plano somático, físico, psicológico, afectivo, familiar y social principalmente (en contraposición al grupo de cuidadores de personas institucionalizadas), requiriendo de estrategias de apoyo e intervención psicosocial. A través de esta investigación podremos observar la relevancia de los cuidadores institucionales y los que no, así mismo las afectaciones que se dan en todos los aspectos.

Por otro lado, se encuentra una investigación que nos aporta una mirada general a nivel Colombia de los cuidadores y las consecuencias psicológicas, estas las podemos observar en el estudio realizado por Galindo et al. (2016), sobre aquellas características de las condiciones de los cuidadores, donde se determina la influencia de la variación de género del cuidador bogotano, así como los bajos insumos económicos, la poca red de apoyo que tienen, las diferentes alteraciones en la salud que se presentan frente al cuidado, el tiempo que dedican a las actividades de cuidado informal y diversidad de funciones que tienen. Utilizaron la Escala de Goldberg la cual arrojó que un 80 % de la muestra presenta rasgos de ansiedad y un 82 % de depresión y en la Escala de Zarit estimó que un 69 % de los cuidadores experimentan sobrecarga en su labor; así mismo, a partir de esto consideraron que el cuidador evidencia diferentes alteraciones que requieren de ayuda, es así como podemos observar que

dentro de estas investigaciones priman una relevancia en sintomatologías como el estrés, ansiedad y depresión, que alteran otros aspectos de la vida del cuidador.

Estos estudios se consideran pertinentes en referencia a nuestra investigación debido a los aportes que se generaron a partir de los autores, llevándonos a determinar aquellas consecuencias principales que inciden de manera negativa en el cuidador, afectando su salud psicológica y desencadenando otras afecciones que influyen en su entorno.

2.2 Referente teórico.

A continuación, se describen los principales conceptos que permiten dar lugar a la discusión del presente trabajo de grado, en los cuales se incluye: enfermedad de Alzheimer, cuidadores familiares, consecuencias psicológicas en cuidadores, entre otros.

2.2.1. La enfermedad de Alzheimer.

MayoClinic (2022), define que el Alzheimer “Es un trastorno neurológico progresivo que hace que el cerebro se encoja (atrofia) y que las neuronas cerebrales mueran” (párr. 1), donde es una de las enfermedades más común de la demencia, afectado ciertos pensamientos y comportamientos llevando al deterioro sus habilidades y capacidad, también La Fundación Rodríguez et al. (2019), la relaciona como principal característica la pérdida de memoria, presentando otros síntomas de tipo cognitivo teniendo relación con la conducta y el comportamiento, de acuerdo al autor se puede definir como una enfermedad neurodegenerativa que produce un deterioro progresivo e irreversible caracterizado por síntomas cognitivos, conductuales y una pérdida creciente de autonomía, el Alzheimer es la causa más frecuente de demencia.

Así mismo, el Alzheimer se caracteriza por ser una de las enfermedades más comunes de la demencia y representa entre el 60% y el 80% de todos los casos, conocida anteriormente como demencia senil y con muchos otros nombres; también existen otros tipos de demencia que no son Alzheimer.

Para La OMS (2017), la demencia se caracteriza por un deterioro en las funciones cognitivas asociadas a la etapa del envejecimiento, viéndose reflejado en el entorno emocional, conductual, social e influyendo también en la motivación, dando como inicio precoz, si el comienzo de los síntomas es antes de los 65 años y el inicio tardío si es después de los 65 años, es ahí que comienza el riesgo de contraer Alzheimer y podemos decir que hoy en día después de los 80 años el 30% o 40% de la población está padeciendo de esta enfermedad, perdiendo su calidad de vida; sin embargo, se habla que en el mundo hay cinco millones de personas afectadas en las cuales doscientos mil son menores de 65 años, a pesar de que se dice que es una enfermedad afecta después de los 65 años también existe un porcentaje de padecerlo antes de esta edad, esto puede asociar por genes o algunos otros factores importantes y es responsable casi del 80% de los casos de demencia.

Según Beatriz (2019), da entender que estas enfermedades de tipo demencial por lo general llegan afectar en un promedio de 18 a 22 millones de personas en el mundo, donde probablemente esta cifra para el 2025 aumente considerablemente.

2.2.2. Hipótesis del desarrollo del Alzheimer.

Esta enfermedad es degenerativa, esto quiere decir que no hay medicamentos o intervención que pueda revertir todos los síntomas, existen algunos medicamentos que ayudan a controlar, evitando que la enfermedad avance de manera acelerada, ya que

desafortunadamente es un riesgo que corremos todos los seres humanos estando ligados a los buenos hábitos de vida donde se puede correr el menor riesgo de la enfermedad.

Romano et al. (2007), enuncia que “En torno al 10% de los casos la enfermedad es hereditaria con una transmisión autosómica dominante”. Revisando los estudios iniciales de aquellos ligamentos genéticos se localizan en el brazo largo del cromosoma 21 teniendo en cuenta que la proteína Beta-Amyloide se encuentra en este. La enfermedad a pesar de que se han realizado cantidad de investigaciones no se ha determinado una causa específica que genere el Alzheimer, aunque existen algunas hipótesis que pueden suceder 20 años antes de la aparición de los primeros signos una de ellas es el Beta-Amyloide, normalmente las neuronas tendría una proteína que está en casi todas las membranas, en su metabolismo normal lo corta y lo libera hacia el líquido extra solar que lo que hace es cortarla y queda flotando, una vez ya cortada de la membrana la proteína llamada secretasa tendría que eliminarla, en los pacientes con Alzheimer esta secretasa no está funcionando y generaría una amiloide que es poco hidrosoluble que empieza a pegarse con otra amiloide, esta empieza a comularse y hacer grandes depósitos de beta amiloide, usualmente se le ha venido llamando placas seniles, a la medida que esta proteína se va agregando, de la misma manera se va convirtiendo tóxica para las neuronas y otras células como la astrogliá y la células de la microide.

La segunda hipótesis es que las neuronas y sinapsis deben de estar estabilizados por la proteína tau, donde en las personas mayores se ha encontrado que no funciona, el axón se deshace y la neurona no se puede comunicar con la otra, se dice que también la células de la microglía tiene su participación en esta enfermedad, ya que cuando se cuenta con gran cantidad de la proteína de Beta-Amiloide, o también encuentra que está sucediendo anomalías con la proteína Tau las células de la microglía que es la que funciona como el

sistema inmune del cerebro y esta es la que protege al cerebro de infecciones, empieza a disfuncional y a tener una gran actividad proinflamatoria donde va libera una elevada cantidad de sustancias principalmente la citosina, tiene efectos neurotóxicos que directamente puede matar a las neuronas, cuando la Beta-Amyloide esta, se sale de control y empieza a comerse las sinapsis y a destruir las uniones entre muchas de las neuronas, se dice que esto sucede especial en la corteza cerebral, donde las principales alteraciones que se tiene son en la corteza frontal y Prefrontal, esta parte del cerebro se encarga del raciocinio, juicio, planeación también tiene unas partes del lenguaje (en el área de broca) y área lóbulo temporal y el hipocampo donde se evidencia el problema de memoria, mientras se va degenerando la enfermedad en el paciente, puede tener alteraciones en el lóbulo occipital y se evidenciara problemas de alteraciones de visión espaciales que lo llevaran a que no entienda la distancia que tiene de un lugar a otro, van hacer más propensos a accidentes y así mismo se van alterando hasta incluso llegar afectar su personalidad.

Así mismo, Romano (2007), nos enuncia que “las alteraciones neuropsicológicas en la enfermedad de Alzheimer son: Memoria: deterioro en la memoria reciente, remota, inmediata, verbal, visual, episódica y semántica. Afasia: deterioro en funciones de comprensión, denominación, fluidez y lectoescritura” (p.10). En estas alteraciones se presenta la Apraxia tipo constructiva, apraxia del vestirse, apraxia ideomotora e ideacional y la Agnosia alteración perceptiva y espacial.

2.2.3. Fases del Alzheimer

2.2.4. Fase Leve.

Velandia (1999), nos refiere que en la primera fase de la enfermedad de Alzheimer se asocia con un deterioro cognitivo moderado, se caracteriza por presentar cortos periodos de

pérdida de memoria, en esta estadio es difícil la concentración y la realización de actividades o tareas es más compleja, esto se puede ejemplificar en el manejo de las finanzas, en la planificación de cosas comunes del hogar, en la ropa que escoge cada día para vestirse, generalmente requieren de ayuda para realizar estas cosas, es un etapa difícil debido al reconocimiento de la enfermedad, las personas que la padecen se asustan, porque reconocen que algo está mal y en ocasiones intentan esconder o justificar el problema.

La depresión en esta fase tiene un papel importante ya que las personas se encuentran generalmente tristes y negativas, es difícil tener un diagnóstico, pero es importante estar en constante chequeo. En la fase inicial de la enfermedad de Alzheimer es muy difícil distinguir los trastornos de memoria y cognitivos relacionados con el envejecimiento.

Así mismo, Dasilva y Carvalho (2017) nos indican que el deterioro neurocognitivo leve, por lo general, tiene como principal rasgo característico el estado de transición entre los cambios cognoscitivos del envejecimiento normal y la demencia inicial, además de tener algunas implicaciones al nivel de la memoria, atención y funciones ejecutivas. En ambos casos se ha encontrado evidencia de cambios conductuales del adulto mayor, ya que presentan alteraciones con respecto a los rasgos de la personalidad, aunque se evidencian en varios estudios respecto a este tema, en general este deterioro cognitivo se relaciona a los cambios en la personalidad.

Por otro lado, Cornejo (2018) nos indica que el deterioro cognitivo a evolucionado con el pasar del tiempo y en la actualidad es procedente decirle trastorno neurocognitivo leve, que en apartados como el DSM V, se entiende como una índole del envejecimiento humano al inicio de una enfermedad neurodegenerativa, por esta razón es relevante que se le preste la adecuada atención a esta enfermedad para su detección temprana y oportuna dando

cabida a la prevención y reducción de las posibilidades del Avance de la enfermedad de Alzheimer.

2.2.5. Fase Moderada.

En esta etapa ocurren importantes alteraciones de la función cerebral con síntomas más predominantes, las personas se olvidan de sucesos recientes, no puede asimilar hechos nuevos, dentro de sus comportamientos se pueden presentar reacciones agresivas, la comunicación con otras personas se torna difícil ya que el vocabulario se empobrece, sus gestos son imprecisos, pueden presentar caídas frecuentes, se pierde la autonomía para conducir, viajar en bus sin compañía.

Así mismo en esta etapa Donoso (2003) nos indica que en esta fase se agregan problemas como la afasia que la caracteriza la dificultad de comunicarse de todas las formas tanto fonéticas como semánticas, también las apraxias debido a que se presentan dificultades para coordinar sus movimientos y algunos elementos del síndrome de Gerstmann, aunque en la primera fase se ven problemas de atención o memoria, ya en esta se ve la progresión de todas estas afecciones que con el curso de los años pueden provocar diferentes afasias amnésica o de Wernicke, incluso globales, pero en muy pocos casos se puede presentar afasias de broca.

Aunque se presentan estas dificultades, el paciente conserva su movilidad, pero necesita el apoyo de otra persona permanentemente y esto es agotador.

2.2.6. Fase Grave.

En esta última etapa se presenta la afección de todas las facultades intelectuales, el paciente no reconoce su propio reflejo, ni a sus familiares, pierden las capacidades automáticas como comer vestirse, bañarse, se presenta incontinencia urinaria y fecal es así como Donoso (2003) indica que en esta fase está enmarcada por la pérdida de la marcha ya que este problema llega silenciosamente afectando las áreas de la salud como la médula espinal, los ganglios basales, el cerebro, la corteza motora y generando las alteraciones de tono muscular, las cuales a lo largo del tiempo se encargan de evitar que aparezca la fatiga, pero en esta es inevitable, se agrega la paratonía y la rigidez haciendo que el paciente les cueste hacer labores esenciales como dar paso cortos, entrar y salir de vehículo, generando que pierda su agilidad y se genere una inseguridad constante de caer, puede presentarse braceo e incluso parkinsonismo y finalmente queda en cama, por esto el paciente requiere de ayuda constante, paralelamente se pierde el control de esfínteres, el lenguaje se reduce, con la implicación que al final necesita de una persona que lo movilice, asee, alimente entre otras cosas.

2.2.7. Signos y Síntomas de la enfermedad de Alzheimer.

Según la Hoja informativa sobre la enfermedad de Alzheimer (2021), uno de los primeros signos de la enfermedad son los problemas relacionados con el deterioro cognitivo, donde se empieza a tener fallos de memoria, a la cual se le reconoce como deterioro cognitivo leve, muchas veces se puede ver normal, pero hay que tener en cuenta que esto no hace parte del proceso de envejecer, cuando esto se vuelve de manera recurrente y empieza a afectar ámbitos familiares, personales o laborales, se sospecha que estos síntomas no son normales, si no patológicos, en algunos pacientes se tiene en cuenta la evolución de la enfermedad.

Podemos seguir evidenciando algunos otros síntomas que son llamados síntomas psiquiátricos, en los cuales se observan cambio de estados de ánimo, es decir que puede haber síntomas de depresión o de ansiedad y en algunas ocasiones síntomas de alucinaciones o de agresividad. Teniendo en cuenta la Hoja informativa sobre la enfermedad de Alzheimer (2021), describe los síntomas como una disminución de los aspectos de cognición que no se relacionan con la memoria, en donde no encuentran palabras adecuadas, teniendo problemas visuales y espaciales, presentando razonamiento deteriorado, lo cual indica los inicios de la etapa más temprana del Alzheimer.

Estos son investigados por signos biológicos que se hallan en las imágenes del cerebro como lo es el líquido cefalorraquídeo donde se pueden detectar cambios de deterioro cognitivo leve y en personas cognitivamente normales que pueden tener un mayor riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer, Mientras se pasa por el proceso de envejecimiento el cerebro se va haciendo más pequeño, pero manteniendo sus características, las fisuras del cerebro se hacen un poco más grande, ya que se encoge la cantidad de células nerviosas y neuronas que se tienen, los ventrículos también se hacen más grandes por que el tejido del alrededor muere y se hace más pequeño, en la mayor parte del cerebro empiezan a morir las neuronas en gran cantidad generando la atrofia principalmente cortical, donde la corteza del cerebro se va atrofiando y se va volviendo más pequeño y ya no puede hacer todas las funciones que realiza una persona sana.

2.2.8. Familiar Cuidador.

El Alzheimer no únicamente afecta a una persona sino a todo su entorno especialmente a sus familiares más cercanos, ya que son procesos traumáticos y debe ser manejado de una manera acorde. Según Barreiro (2019), “La familia es la principal proveedora de cuidados al adulto

mayor dependiente. En estudios realizados se ha encontrado que el 71,9 % de los cuidadores de personas mayores con Alzheimer son miembros de la familia” (p.91).

Por esta razón, es de gran importancia saber ¿qué es cuidar? y ¿quién es el cuidador? Según española (2001) cuidar es “poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo, o de la misma forma asistir, guardar o conservar a un enfermo”. Por otro lado, según el Diccionario de la Real Academia Española Dwyer et al. (1994) citado en Ríos y Galán (2012) señala que la persona que brinda los cuidados se considera como cuidador/a una persona servicial, razonante, cautelosa y centrada donde dedica la mayor parte de su tiempo al cuidado de dicho enfermo.

Estos son los encargados de solucionar los inconvenientes que se producen a través de la enfermedad, realizan cuidados continuos y le ofrece una mejor calidad de vida, la OMS citada en Expósito Concepción (2008) define la calidad de vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (P.3). así mismo la importancia de los cuidados que este brinda al paciente se denomina cuidados paliativos estos los define la OMS (1990) como el cuidado de aquellas afecciones que no tienen respuesta alguna a tratamientos, donde el objetivo es brindar la mejor calidad de vida, tratando de controlar los síntomas, físicos y psíquicos, saciando las necesidades espirituales y sociales.

Para Cruz y Ostiguín (2011), “el cuidador es en no pocas ocasiones el recurso, instrumento y medio por el cual se proveen cuidados específicos y muchas veces especializados a los enfermos crónicos” (p.50). teniendo en cuenta lo citado podemos esclarecer el importante rol del cuidador ya que brinda estos cuidados necesarios para los

pacientes, en esta misma línea Reyes (2001) citado en Cruz y Ostiguín (2011) definen como la asistencia o cuidado que se le puede ofrecer a una persona con un tipo de discapacidad que impide el desarrollo normal de las actividades vitales o así mismo de la relación social.

En consecuencia, podemos observar diferentes tipos cuidadores, entre ellos los formales los cuales están capacitados y su campo de acción puede ser hospitales, residencias geriátricas, centro de jubilados, entre otros; estos apoyan a las familias para sobrellevar la enfermedad pero a cambio reciben una remuneración económica, así mismo, Rodríguez (2005) extraído de Revuelta (2016), entiende que el cuidado formal debe ser proporcionado por profesionales especializados que cuenten con capacidades propias para el cuidado de sí mismo y de los demás.

También es importante reconocer como lo dice Delgado et al (2014) que la asistencia formal proporcionada por grupos profesionales tiene un alto riesgo ya que cuentan con duras condiciones de trabajo, poca remuneración y turnos muy extensos, por otro lado, están los cuidadores informales no son remunerados y tienen un nivel de exigencia más alta ya que deben disponer de la atención sin límite de tiempo, desde la perspectiva de Rogero (2009) define que el apoyo informal debe contar con un cuidado y atención fundamental, ya que la mayor parte es proporcionado por familiares y allegados aunque también se ve influido por agentes de atención externos que otorgan de una manera generosa o humanitaria a aquellas personas que presentan grados de dependencia, por ende Reyes (2001) citado en Calzada y Ocampo (2018), distingue la formalidad y la informalidad del cuidado con base en criterios económicos (ausencia de pago) y afectivos (p.514).

También se puede distinguir a los cuidadores como primarios generalmente son su cónyuge, hijo o familiar más cercano, predominando que este cuidador sea de sexo femenino

según los estudios anteriores, los cuidadores secundarios son aquellos que no tienen un vínculo cercano con el paciente.

Sabemos que esta enfermedad genera grandes cambios de forma paulatina en la estructura familiar, hasta centrarse como tal en el miembro de la familia enfermo, en el primer momento la familia puede ingresar en un momento de crisis en el cual se genera una desorganización, después se pueden evidenciar la etapa de adaptación, ya que se busca la tarea que va realizar cada uno o se delega la persona encargada de realizar estos cuidados y poco a poco se va dando la reorganización de estructura familiar.

Para ser el cuidador principal debe adaptarse a su nuevo ambiente y aprender mucho sobre el adecuado proceso y la posible evolución de la enfermedad o para vivir un proceso de duelo.

Es así como, el cuidador primario a lo largo del tiempo comienza a vivir diferentes situaciones que los agotan y que le generan sensaciones de fracaso, insomnio, pérdida del apetito, aislamiento social, ansiedad, depresión, pérdida de trabajo, estrés, bajo rendimiento, desconcentración entre otras cosas que hacen que el cuidador origine un desequilibrio.

2.2.9. Cuidados del cuidador en pacientes con Alzheimer.

Geriyuda (2022), brinda información sobre el proceso que pasa el cuidador, cuando un miembro de su familia sufre de una enfermedad neurodegenerativa como lo es el Alzheimer y este se convierte en una persona totalmente codependiente, ya que es una enfermedad progresiva, donde el cuidador pasa por un proceso de adaptación, de las situaciones básicas del diario vivir del paciente con Alzheimer como lo es el dejar de caminar, comer, bañarse, entre otras. Durante el inicio de la enfermedad y con un deterioro

leve, la función del cuidador será la de mínima vigilancia y supervisión del enfermo, en esta fase deben de orientarse y obtener por lo menos la información básica sobre la enfermedad, deben de planificar la atención del paciente, así mismo el cuidador comprende al afectado y se adapta a los cambios, mantiene al enfermo en su ambiente habitual y rutinario.

Estos pacientes les cuestan más, que antes realizar las tareas cotidianas y empieza a evidenciar problemas de memoria, encontrar palabras correctas para nombrar cosas, desorientación en el tiempo y espacio, dificultad para el manejo de dinero o pagar cuentas, empiezan a experimentar cambios de ánimos, personalidad o capacidad de juicio.

De igual manera, progresivamente se deteriora la función del cuidador ya que tendrá que ayudar al paciente en sus actividades y simplificar el estilo de vida haciendo que las actividades se conviertan en rutina, donde el cuidador ofrece ayuda con instrucciones verbales, gestos y guías.

El deterioro del paciente y la función del cuidador son de mucha importancia, debido a la transformación que deben de pasar, Méndez (2019) asegura que este proceso contiene un elevado número de cuidados, generando afectaciones en la calidad de vida del cuidador, la familia entra a jugar un papel importante ya que deberá asumir todos los cuidados básicos de la vida del paciente, brindando unos cuidados específicos enfocados a cuidar y mantener la movilidad para que se siga relacionando con el entorno.

Cuando el paciente con Alzheimer entra a la etapa de postración ya sea de cama o silla, sus cuidados son más rigurosos, deben de trabajar en el cuidado de su salud física como la circulación sanguínea para que disminuya los riesgo de aparición de úlceras en la piel y así evite la rigidez y las contracturas, por ende los pacientes deben de estar en un constante ejercicio de las actividades relacionadas con la movilidad, ya que para ellos es muy

beneficioso, si la persona puede caminar sola deben de estar corrigiendo la postura para que mantenga el equilibrio y reduzca el riesgo de caída, el cuidador debe de disponer del tiempo al cuidado de estos pacientes y empiezan a descuidarse el mismo.

Así mismo Méndez (2019), destaca que el 67% de personas que brindan el cuidado prefieren cuidar al paciente para que no se accidente mientras el 12% de los cuidadores ajusta las condiciones del hogar, durante las distintas fases de la enfermedad, se debe de realizar algunas modificaciones en el entorno de la vivienda, para ser adaptada al paciente, la persona va siendo más codependiente cada vez que va avanzando la enfermedad donde necesitará ayuda para comer y beber, en su higiene ya que es una actividad compleja para ellos, cómo también vestirse, ingresar a la bañera, donde se debe hacer adaptaciones en lugares recurrentes como lo es en el baño y deben estar bajo supervisión, toda las cosas para el debido uso deben de estar rotuladas con imágenes por ejemplo cajones de ropa, zapatos, rótulos en las escaleras, interruptores, grifos, entre otros, Rojas (2018) sugiere que la adaptación es importante para la salud y el bienestar, contribuyendo de forma adecuada a el paciente y al cuidador.

Cuando el paciente comience a tener inestabilidad se debe de colocar barandillas a los lados de la cama, se colocará interruptor a la lado de la cama para evitar tropezones en la oscuridad, vestirse es una actividad más difícil de lo pensado, necesita la coordinación de distintas funciones cerebrales afectadas por la enfermedad, la ropa debe de ser ancha, botones grandes en las primeras fases y en la fases más avanzada Velcron, los elementos peligrosos deben de estar bajo llave, los zapatos deben de ser cerrados fáciles de poner y quitar con suela rugosa, punta redondeada o cuadrada, verificar el calzado ya que el paciente no puede identificar el malestar que le produce un calzado inadecuado, debe de ser estimulado.

Las personas que sufren algún tipo de demencia tienden a tener incontinencia suele ser más frecuente sobre todo en las fases más avanzadas, hay que tener en cuenta que el enfermo puede olvidar donde está el baño, quitarse o ponerse la ropa o también no puede identificar la sensación de querer orinar, para evitar las úlceras se debe cambiar el pañal a menudo, la ingesta de líquidos en la noche por que pueden producir la incontinencia y trastornos de sueño.

Es muy importante que el cuidador brinde la correcta administración de medicamentos, teniendo en cuenta que el paciente debe de realizar las actividades por sí mismo a medida que evolucione la enfermedad llegando al punto de la dependencia total, teniendo en cuenta que el paciente no tendrá acorde su razonamiento lógico, los cuidadores tendrán que lidiar con los delirios de la enfermedad, ya que estos pacientes viven como reales, historias falsas, dichos cuidadores deben poner en marcha los conocimientos y destrezas para no reforzar este pensamiento, los cuidadores están expuestos que en el momento de sus delirios puedan reaccionar de manera agresiva golpeando o rompiendo cosas, los pacientes algunas veces no entienden instrucciones y tendrá estas reacciones, porque no acepta ayudas y en las etapas más avanzadas es por que presentan alucinaciones, no todos los paciente presentan estos episodios de agresividad, esto va ligado al carácter que la persona siempre ha tenido, no es que el Alzheimer los vuelve agresivos.

Los cuidadores deben de brindar el acompañamiento a estos pacientes usualmente al salir de su casa ya que deben de contar con total supervisión e identificados con alguna placa dado el caso que se puede perder debido a su enfermedad.

2.2.10. Principales necesidades del cuidador.

Los resultados de estudios realizados sobre el cuidador y aplicados a los profesionales sanitarios que atienden a esta población nos indican que el cuidador se debe de enfrentar a situaciones que pueden llegar a perjudicar gravemente su salud psicológica, físicas y sociales, donde ellos ignoran sus propias necesidades, este rol viene acompañado de mucha tensión física y emocional ya que debe de sobrellevar la carga moral y emocional del paciente.

El apoyo emocional en los cuidadores es primordial ya que ellos sienten la necesidad de expresar sentimientos como la tristeza o la alegría, pero en la mayoría de las ocasiones no lo pueden hacer, podemos referenciar la teoría de Watson la cual nos indica que fomentar el desarrollo de una relación ayuda a generar confianza y promover las expresiones de los sentimientos positivos como los negativos. La Revista Cubana de Enfermería (2015) refiere que es necesario comprender la relación entre pensamiento, emoción y comportamiento para así mismo brindar la atención psicológica y médica ya que es necesario el cambio de vida y la prevención de problemas como la ansiedad, depresión, estrés, para así mismo atender correctamente al paciente.

Podemos evidenciar que la necesidad psicológica de los cuidadores es de alta relevancia ya que esto genera cambios negativos en la vida familiar como aumento de conflictos, afectando a las relaciones de pareja, alteración de las relaciones sexuales y llegando al aislamiento y en ocasiones a trastornos psicológicos como la ansiedad, depresión y estrés que es causada por el proceso de cuidar a este tipo de pacientes, la falta de apoyo emocional y la poca información sobre la atención a su ser querido en momentos de crisis o situaciones conflictivas y problemas físicos como: Dolores articulares, cefaleas, alteraciones del sueño, infecciones cutáneas, cansancio, conforme a esto Crespo y Cols (2003) refiere que

los cuidadores no mantienen las conductas básicas del autocuidado, no suelen dormir lo suficiente, teniendo una inadecuada alimentación, descuidando sus controles médicos, con una gran prevalencia de automedicación de ansiolíticos sin pre inscripción.

Los cuidadores no disponen de tiempo libre y genera una necesidad de relación social lo cual se convierte casi en una utopía por lo que no hay espacio para el ocio, la recreación y el contacto con la sociedad, convirtiéndose esto en una necesidad vital insatisfecha, De La cuesta, (2002) nos indica que las necesidades sociales se juntan en apoyo por recibir servicios formales más que económicos, en forma de salario mensual, siendo como primera opción la ayuda para la atención domiciliaria.

2.2.11. Síndrome de burnout.

El síndrome de burnout a lo largo de tiempo a tenido diferentes concepciones, en él se identifica que el cuidador vive una lucha diaria al cuidar a la persona dependiente, generalmente reprime sus sentimientos y emociones, esto puede desenvolver actitudes y sentimientos negativos e incluso pueden desembocar el síndrome de burnout o síndrome del cuidador quemado así son conocidos generalmente encontramos que Gil Monte y Peiró (1997) citado en Lovo(2020), definen este concepto como una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, los cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales, todo esto como consecuencia del estrés crónico.(P.112)

En esta misma línea Schaufeli (1998) lo han definido como la relación entre el estado mental y el trabajo persiste de forma negativa, que se puede presentar en todos los individuos, manifestándose con un sentimiento de malestar persistente, desmotivación o bajo rendimiento en lo laboral. También Gil-Monte (2003) indica que las personas que padecen el síndrome

por quemarse usualmente presentan síntomas como el desgaste, agotamiento, tanto en su vida personal, emocional, social e incluso en a nivel profesional igualmente, Hans Selye en 1936 citado en Aceves (2006). “Quién lo describe como un síndrome producido por diversos agentes nocivos" (p.306).

Maslach citado en Saborío (2015) lo describe como una conformación de estrés crónico inapropiado, el cual se caracteriza por una acciones relevantes como el agotamiento emocional, desagregación y un constante agotamiento en todos los ámbitos personales así mismo El INSHT en su nota técnica 704 citado en García, E define al burnout como la mala respuesta a actitudes y sentimientos generando estrés crónico frente a las personas con las que se trabaja o haciendo una crítica a su propio rol profesional en cuidado, debido al constante agotamiento En efecto, Maslach en 1993 citado en BALLESTEROS (2011). redefinió su concepto inicial, aunque en la misma línea de defensa de excluir a cualquier colectivo ajeno al trabajo con personas “Un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir en individuos normales que trabajan con personas de alguna manera” (p.59).

Es así como también Según Zambrano, citado Espín (2020) considera ahí una estrecha conexión en la acumulación de estresores y los pocos programas para el afrontamiento de las diferentes situaciones que pasa el cuidador, con otros factores como el escaso control sobre las situaciones adversas que se presentan, el interés social, la personalidad, el sexo femenino y las demandas emocionales.

En el cuidador se puede observar una serie de dimensiones que son fundamentales para determinar el desgaste que genera esta labor según la conceptualización de Maslach y Jackson (1981) citado en Rodríguez (2003) factores como el agotamiento emocional, se da

porque el estrés supera los pocos recursos afectivos que se dan con el contacto con el paciente que recibe su servicio, por otro lado está la despersonalización la cual con el transcurso va generando sentimientos negativos frente la persona que recibe el cuidado, que con el tiempo se transforman en comportamientos y actitudes perjudiciales, así mismo se generan una baja realización personal ya que se afecta su autoestima, autoconocimiento y sus relaciones sociales.

Así mismo Gil Monte et al. (2005), identifica cuatro dimensiones que hacen alusión a lo que llega a sentir un cuidador como lo es el deseo de lograr las metas en todos los aspectos de su vida para tener satisfacción personal, pero a la misma vez siente desgaste psíquico que trae consecuencias como el agotamiento emocional y físico debido a las tareas que realizan de manera frecuente con el paciente de Alzheimer, también se pueden generar sentimientos como la indolencia y la falta de empatía hacia los problemas del paciente o por otro lado se presenta el sentimiento de culpa como síntoma característico del síndrome de burnout.

2.2.12. Riesgo del cuidador.

La A.F.A. (1994) citada en Roig et al. (1998), refiere que las características expuestas del cuidador principal generalmente están ligadas a la sobrecarga, la cual lo llevan a asumir responsabilidades con el paciente de Alzheimer, como es la medicación, la tarea del cuidado en general. Debido a esta dependencia que se crea, el cuidador va perdiendo poco a poco su libertad, descuidando así mismo y dejando de lado sus pasatiempos, descansos incluso pierde su comunicación con su entorno social hasta el punto de paralizar por algunos años su proyecto de vida.

Es así que el riesgo de los cuidadores recae tanto en hombres como en mujeres, pero generalmente las mujeres tienen una mayor carga para Marrugat (2015) habla de las familias

cuidadoras y refiere una creencia de mayor prevalencia del sexo femenino en cuidado, donde no solo es la esposa o hijas si no también sus familiares de segundo y tercer grado, ya que por ser mujer cuenta con el requisito cultural para asumir el compromiso del cuidador, en consecuencia de lo anterior se evidencia que el sexo femenino es el que asume culturalmente estas funciones de cuidador.

Estos cuidadores realizan tareas complejas que traen consigo una serie de repercusiones que afectan su salud física y mental dando por consiguiente cambios en su estilo de vida, que se pueden tornar como un desafío, retomando las categorías de riesgo físico, personal-social, psicológico y económico-laboral de (Dakduk, 2010)

2.2.13. Riesgo físico.

De acuerdo con Herrera (2007) citado en Dakduk (2010), uno de los costos asociados a la multiplicidad de roles es su propia salud, lo que se traduce en consecuencias físicas para el rol femenino donde varía el nivel de dependencia por las condiciones psicológicas, biológicas e incluso las sociales, debido a el esfuerzo físico que incide en los grados de deterioro, que se reflejan a corto y largo plazo, teniendo en cuenta el bienestar general del cuidador.

Por otro lado, Espín citado en Falcón (2020) destaca en su investigación que el cuidador presenta una serie de alteraciones físicas y de su salud como son: quejas somáticas, dolor crónico del aparato locomotor, cefalea tensional, astenia y fatiga crónica, alteración del ciclo sueño-vigilia, deterioro de la función inmune y una mayor predisposición a úlcera péptica y a enfermedades cardiovasculares, entre otras (p.11).

2.2.14. Riesgo personal-social.

Avanzando en el tema Dakduk (2010), expone que en esta dimensión existe un elevado factor de riesgo que afecta directamente en sus relaciones de pareja con sus hijos, incluso deben abandonar su trabajo o en ocasiones lo pierden de manera nefasta ya que las despiden y con esto tienden a poner en segundo plano sus metas a corto y largo plazo que hacen parte de su proyecto de vida, todo esto afecta en su reorganización de vida, disminuye el tiempo que pasa con su respectiva familia y actividades recreativas como el deporte y esto hace que poco a poco se degenere su deterioro y se dé un aislamiento por los factores de su entorno.

Según Roca et al. (2000) el aislamiento social es una de las grandes consecuencias negativas, por la reducción del ocio y el tiempo libre de los cuidadores, así como los problemas de concordancia entre el trabajo y cuidado del paciente con Alzheimer.

2.2.15. Riesgo económico-laboral.

Por otro lado, como lo menciona Dakduk (2010), este cambio en los cuidadores está acompañado por retos de las diferentes situaciones de riesgo como lo es el ámbito económico y laboral, donde las mujeres se ven implicadas a renunciar a sus compromisos laborales y así depender económicamente de los miembros de la familia, esta enfermedad puede comprometer seriamente los ingresos de la familia ya que debe de designar cierto presupuesto para suplementar las necesidad tanto del paciente con Alzheimer ya que se incluyen costos directos médicos como son las consultas, medicamentos y exámenes complementarios, pero también gastos sociales del cuidador.

2.2.16. Riesgo psicológico.

De la Cuesta (2009) citado en Dakduk (2010), habla de la sobrecarga y los compromisos que debe abandonar y asumir el cuidador/as ya que este afrontamiento lo toma de manera estresante, convirtiéndose en el eje central de su vida cotidiana, produciendo sensación de malestar, agobio, depresión, ansiedad y entre otras respuestas emocionales.

Así mismo Espín citado en Falcón (2020) señala que el cuidador puede presentar problemas de depresión, ansiedad e insomnio demostrando que la mayor parte de cuidadores tienen una alta tasa de automedicación.

2.2.3. Consecuencias psicológicas.

Con lo expuesto anteriormente evidenciamos que el cuidado de los cuidadores de paciente con Alzheimer, genera una sensación de obligación moral y busca cumplir con ello, a pesar de la dificultades de la situaciones, también se experimentan unas consecuencias que de una u otra manera tienen grandes afecciones en los cuidadores, dentro de la revisión documental realizada se pudo identificar aquellas consecuencias más relevantes y con mayor afectación en la salud psicológica del cuidador

2.3.1. Estrés

El riesgo a padecer enfermedades crónicas cada día va en aumento y con ello la necesidad de que estas personas tengan un cuidado permanente para poder realizar sus labores cotidianas, los cuidadores informales realizan diferentes tareas y dependiendo de estas varia su complejidad, unas de sus laborales en la última fase del Alzheimer es ayudarlos a comer, bañarlos e incluso cambiarles su pañales por su incontinencia, a partir de esto los cuidadores enfrentan demandas exigentes en cuanto a su propio estado físico y psicológico e

incluso importantes cambios de estilo de vida, enfrentando desafíos a nivel físico, emocional, social e incluso a nivel económico, en la mayoría de los casos todos estos ámbitos de la vida se ven afectados por situaciones de desgaste o sobrecarga que empeoran al transcurrir el tiempo, a raíz de esto la persona sufre de constante estrés es así que según el fisiólogo estadounidense Walter Cannon (1927) citado en Molina(2008) conceptualizó el estrés como “un síndrome de lucha–huida y acuñó el concepto de homeostasis para referirse a la tendencia que poseen la mayoría de los seres vivos para mantener un equilibrio fisiológico”(p.354). Así mismo Hans Selye (1936), definió al estrés como una reacción inesperada por sucesos inesperados.

Continuando con Selye citado en Perdrizet (1997) refiere que el estrés puede ser psicológico, cognitivo y/o emocional ya que la respuesta se da como un mecanismo de defensa donde nos da a conocer sus etapas como, la reacción de alarma; es la manera de reacción instantánea ante un estímulo no adaptado y que cuenta con una reacción inicial ante un agresor o una reacción de rebote, nombra la etapa de resistencia; que consiste en la adaptación ante el agente estresor, en la cual se mejora y desaparecen los síntomas, por último menciona la etapa de agotamiento; se manifiesta el estresor y si este es prolongado se pueden presentar nuevamente síntomas de alarma.

Por lo que, al contrario de Selye, Mason (1968), difiere que, quien propuso que los estímulos estresantes generan el síndrome general de adaptación siempre y cuando el individuo perciba la situación como amenazante y resaltó la importancia de los factores sociales.

Por otro lado, Goldstein et al. (2005) citado en Molina (2008) este autor considera que el estrés social no únicamente tiene afectaciones en los cuidadores sino también en su núcleo

familiar y especialmente a los estatus socioeconómicos bajos por el bajo soporte social y la sobrecarga de roles.

Así mismo, se puede identificar dentro de esta consecuencia un factor emocional como lo es la ira, esta es normal en todos los seres humanos, es una respuesta adaptativa natural Tobal et al. (1997) citado en Moure (2011), plantea que el concepto de Ira, como un estado o condición emocional que consta en sentimientos de intensidad que va desde una ligera irritación hasta la rabia intensa, en donde se activa los procesos neuroendocrinos y el sistema nervioso central. Así mismo Izard (1977) citado en Calvet (2012) “la describe como una emoción primaria que se presenta cuando un organismo está bloqueado en la consecución de una meta o en la obtención o satisfacción de una necesidad” (p.149) por su lado Aufman (1970) citado en Nieto (2008) la ve como una activación física y de actos intencionados que con llevan a unos efectos perjudiciales para otras personas.

En esta misma línea Schachter (1971) citado en Nieto (2008) puntualizó algunos aspectos importantes de la ira como son:

El aumento de algunas características como el hecho de dotar de mayor energía al comportamiento, con una emoción e interferencia cognitiva que interrumpen la conducta, con expresión de afectos negativos hacia otros, con una actitud de defensa donde se elicitó la oposición como un estímulo aprendido para la agresión y discriminando sucesos como provocativos (p.3).

Por otro lado, Magai (1996) citado en Leno (2019) indica que la ira se demuestra como una emoción reflejada por obstáculos ante las metas y resultados frustrantes ya que advierte a los demás de lo inadecuado, provocando conductas agresivas.

También Averill (1982) se refería a la ira como una emoción que sigue a la frustración cuando ésta es ocasionada por las acciones de otras personas, teniendo en cuenta que estas acciones son justificadas por la persona que sufre el enfado. Por lo consiguiente Averill (1983) en sus estudios realizados muestra que la ira expresada, se cree que la responsabilidad la tiene terceros por eventos repulsivos. Por otro lado, Izard (1977) explica que la ira tiene una variedad de funciones adaptativas, que incluyen la organización y regulación de procesos internos psicológicos y fisiológicos relacionados con la defensa propia y el control de las conductas a nivel general.

2.3.2. Ansiedad.

Según la Cúpula (2021) define a la ansiedad “un mecanismo de defensa fisiológico ante una amenaza, puede generar sensaciones desagradables como: preocupación, irritabilidad, inquietud, hipervigilancia o agitación” (p.27). Según el Instituto Nacional de Cancer NCI, (2011) la define como sentimientos de miedo, pavor, incomodidad y reacción a un estado de estrés, donde la persona puede sentirse tensa y con desasosiego ya que estas emociones las emerge situaciones que representan algún peligro para la persona.

Muestran una etiología compleja, se reconoce el componente genético y factores estresantes debido a acontecimientos de la vida, patologías mentales frecuentes, que comúnmente pueden provocar sufrimiento y discapacidad, contribuyen a una carga significativa en los ámbitos sociales y económicos, donde se evidencia angustias, ataques de pánicos, miedo excesivo, donde se ve afectado.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), revela que los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más incapacitante en la mayoría de los países de America. Los trastornos mentales

representan un 23% de años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos a moderados, se ven relacionados con menor esperanza de vida y mayores tasas de mortalidad.

Bandelow refirió que los trastornos de ansiedad suelen estar infradiagnosticados en la atención primaria, porque los TA a menudo coexisten con otros trastornos psiquiátricos; En los diagnósticos DMS-V, los trastornos de ansiedad, junto con los trastornos depresivos son patologías frecuentes que se puede relacionar con una baja calidad de vida y se vive un aumento de enfermedades cardiovasculares.

2.3.3. Depresión.

En esta fase aparecen conductas de agotamiento físico y mental, falta de apetito, apatía, aumento en las horas de sueño, es decir manifestaciones clínicas de la depresión

Agudelo, (2009) la refiere como síndrome enfocada a la investigación clínica por su prevalencia y su afectación dentro de la población, este se produce por un desbalance de neurotransmisores, donde puede llegar ser incapacitante y requiere medicación para su tratamiento, la depresión son afecciones que pueden desarrollar los cuidadores en el ejercicio de su labor y afectan su calidad de vida y el desempeño de su rol ya que se ven perjudicados de sufrir depresión leve o incluso más grave, pudiéndose expresar a través de afectaciones de tipo cognitivo en los deseos e incluso de tipo somático. Las personas pueden experimentar la depresión de formas diferentes, algunas padecen durante meses de un estado general de tristeza de baja intensidad o no necesariamente vivencia tristeza si no puede sufrir cambio negativo súbito e intenso en su estado de ánimo, puede tener pérdida de interés de disfrutar actividades lúdicas, como también vivencias poco motivadoras.

Se ha confirmado que ser un cuidador primario tiene un impacto en la vida y en la salud. Existen estudios que han encontrado que entre 46 y 59 % de los cuidadores primarios están clínicamente deprimidos y utilizan prescripciones para depresión, reportes frecuentes sobre problemas del sueño, fatiga, que podrían tomarse con reserva debido a que la actividad del cuidador amerita desgaste físico, lo cual podría sumarse o enmascarar la depresión. Beck (1961), ha realizado explicaciones de una estrecha relación entre la cognición y la depresión, que se encuentran relacionada las creencias de pérdida o derrota, donde esta se considera negativa ocasionando baja autoestima y autoconcepto afectado negativamente el entorno, ya que erróneamente se interpreta las situaciones anticipándose a los hechos de manera negativa hacia el futuro donde se ve el desarrollo de una ansiedad.

Al mismo tiempo, los cuidadores pueden generar sentimientos de culpa ya que esta es una facultad básica de los seres humanos, está ligada a la tristeza y a pensamientos irracionales así mismo Kugler et al. (1992) citado de Cavazos (2018) la conceptualiza la culpa como fracaso anticipado que se adhiere a unos estándares de creencias y valores personales, ya que se tiende ver como una persona deficiente.

Por otro lado, según Elders (1983) indica que la culpabilidad viene ligado a la neurosis ya que se manifiesta en la conciencia y con sentimientos de culpabilidad, en donde permanecen ocultos durante muchos años provocando problemas psíquicos.

Estos sentimientos pueden presentarse cuando se resta tiempo al cuidado del paciente, por querer dedicar un poco de tiempo a otras actividades sociales como salir con amigos. También puede manifestarse cuando se presentan discusiones familiares por el cuidado del paciente o cuando no se cumple con las diferentes responsabilidades cotidianas, incluso se

puede presentar cuando en algún momento el cuidador primario tiene pensamientos irracionales y desea que su paciente "fallezca", para liberar esta carga.

Es así como para Zumalde y Ramírez (1999) citado en Medrano (2010) nos indica que estas creencias irracionales se pueden derivar de deducciones imprecisas que se pueden expresar como demandas a deberes o necesidades, conduciendo emociones inadecuadas, donde infieren logros de metas personales. Así mismo, David (2010) refiere que el modelo de la Terapia Racional-Emotiva (TRE) las creencias irracionales deben cumplir con al menos un criterio para ser considerado como racional. Por su lado, Ellis (2000) refiere criterios de respuesta irracional donde se caracteriza por dogmático absolutista y no verificable impidiendo la secuencia de los objetivos, también la respuesta racional la cual es flexible lógica y modificable donde posibilita lograr metas.

Los pensamientos irracionales como el sentimiento de culpa mal encaminado pueden ser autodestructivos afectando la vida del cuidador y sus núcleos sociales, la mayoría de las veces pierden la motivación debido a que deja su vida para centrarse en la del paciente.

De acuerdo a las diferentes posturas mencionadas anteriormente, los factores psicológicos predominantes asociados al cuidador como la ansiedad, la depresión y el estrés pueden traer altas comorbilidades dando paso a pensamientos irracionales e incluso a conductas desadaptativas que con el paso del tiempo afectan en gran medida su calidad de vida y la del paciente, provocando un cambio drástico en su estructura familiar, social e incluso económica o en efecto pueden desarrollar una patología psicológica, debido al cuidado de manera constante al paciente con AT.

Capítulo III

3. Metodología

3.1. Tipo de investigación.

Revisión documental, ya que esta permite reconocer y entender los acontecimientos a lo largo de la historia, permitiéndonos una gama de significados dependiendo de lo que se quiera estudiar Según Alfonso (1994), la investigación documental es un procedimiento científico, un proceso sistemático de indagación, recolección, organización, análisis e interpretación de información o datos en torno a un determinado tema.

Por otro lado, la revisión documental propuesta por Hernández et al. (2014) difiere que es aquel estudio en el cual se hace una indagación de los diferentes contextos muy minuciosamente para determinar cómo son, sus propiedades y cómo se manifiesta, para obtener la información conjunta de los conceptos.

3.2. Área de estudio.

La revisión documental se llevó a cabo en la ciudad de Ibagué dentro de los meses de febrero a abril del año 2022.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión.

3.3.1. Criterios de inclusión.

- Artículos relacionados con la sobrecarga del cuidador de pacientes con Alzheimer.
- Estudios cuantitativos, cualitativos, longitudinales, transversales, correlacionales.
- Estudios a nivel mundial de las fechas establecidas (2015 a 2022), para los antecedentes de la investigación.

3.3.2. Criterios de exclusión.

- Artículos de idiomas diferentes a español o inglés.
- Publicados en fechas no establecidas por los criterios de inclusión para el apartado de antecedentes.

3.4. Métodos, técnicas e instrumentos.

Se utilizó como instrumento una matriz de datos la cual contó con las siguientes variables: el título del artículo, nombre del autor, idioma, año, tipo de artículo, fuente, palabras claves, objetivo, tipo de estudio, diseño metodológico, muestra, instrumentos, resultados, conclusiones, número de citas, aporte que genera a nuestra investigación y URL. Dicha matriz favoreció la selección de los artículos vinculados en el presente estudio.

3.5. Procedimiento.

En la búsqueda de información realizada a partir de las palabras clave, se encontraron entre 100 a 130 artículos de los cuales se seleccionaron 60 que se asociaron a las consecuencias psicológicas de los cuidadores.

A Partir de esta información se establecieron tres fases, en la primera fase se realizó un análisis de estudios científicos relacionados a las consecuencias psicológicas que genera el cuidado de un paciente con enfermedad de Alzheimer. En la revisión se tuvo en cuenta las áreas de la salud y la psicología, artículo en idiomas de español e inglés, durante el periodo de publicación desde el 2015 hasta el 2022, con evidencia actualizada como soporte para los antecedentes de la investigación. Se tomaron en cuenta bases de datos científicas (electrónicas) como Scopus, Enbscohost, Journals, Sagejournals, Tesisenred, Uanl, ProQuest, Scielo y Google Scholar; además, la búsqueda se realizó con las siguientes palabras clave: Alzheimer, cuidador familiar, sobrecarga, estrés, ansiedad, depresión, Síndrome de Burnout.

A partir de esta información se lleva a cabo la segunda fase donde se logró organizar el contenido de búsqueda y tabular la información, por último, en la tercera fase se lleva a cabo la interpretación y análisis de aquellas consecuencias más recurrentes en los cuidadores de pacientes con Alzheimer.

Capítulo IV

4. Resultados

A través de las indagaciones realizadas con anterioridad, se pudo obtener mediante la revisión documental 60 artículos relacionados con las consecuencias psicológicas en cuidadores de pacientes con Alzheimer, para la realización del análisis de los resultados se tuvo en cuenta la categorización de los documentos relacionados con las consecuencias más prevalentes como lo fue el estrés, ansiedad y depresión, sexo, rango de edad del cuidador y el nivel de afectación. A continuación, se presentan los resultados obtenidos a través de la clasificación iniciando por:

Figura 1

Documentos estrés



Figura 1. Descripción de documentos revisados por año.

Dentro de la revisión documental realizada se puede evidenciar, que la información encontrada mediante repositorios científicos y las actualizaciones de dichos documentos a través de los años en estudios e investigaciones, obtuvimos mayor información sobre las afectaciones del estrés en los cuidadores en el 2015 con un rango de 35,7%, seguido por el año 2020 y 2021 con 21,4% esto nos permitió evidenciar de qué manera afecta a estos cuidadores y como incide en el cuidado del paciente con Alzheimer, siendo en el 2015 un año de pocos estudios encontrados 7,1% y en el 2017 un 14,3% podemos observar que a través del paso del tiempo se han interesado en realizar mayores estudios sobre esta población.

Figura 2

Predominancia estrés sexo



Figura 2. Indica la prevalencia del sexo

Al organizar los documentos se pudo establecer una diferencia significativa en la predominación del sexo femenino como cuidadora con el 64,3% en comparación con el sexo masculino con el 35,7% , tanto hombres como mujeres obtienen efectos negativos frente al estrés, dando por determinado que las mujeres son la población más afectada por el estrés, en

el transcurso del desarrollo de las fases del paciente con Alzheimer, creando síntomas negativos que llevan a una afectación en su calidad de vida.

Figura 3

Predominancia estrés en edad



Figura 3. Edad prevalente en los documentos de estrés revisados.

Dentro de la investigación se evidencia que las personas que cuentan con una mayor afectación de estrés por el cuidado del paciente se encuentra en un rango de edad de 35 a 50 años de edad correspondiendo 50% de dicha población, teniendo en cuenta que prevalece el sexo Femenino ya que no únicamente se dedica al cuidado del paciente si no a su núcleo familiar, llegando a descuidarse, dando pasos a otras afectaciones psicológicas, a pesar de las edades pudimos identificar que prevalece el cuidado en paciente con Alzheimer de personas de tercera edad con un 28,6%, personas con una edad que están expuestos a mayores riesgos, dado el caso que este rol de cuidador se demanda tiempo, desgaste físico, emocional y psicológico.

Figura 4*Documentos ansiedad.*

Figura 4. La relación de los documentos por año de la consecuencia de ansiedad.

Con relación a la revisión podemos ver que es una de las consecuencias que más se evidencia y tiene mayor incidencia en los cuidadores ya que estas van avanzando a la medida de las fases del Alzheimer podemos identificar que en el año 2020, se encontró mayores estudios sobre la afectación de la ansiedad con una afectación del 26,3% , aunque se demuestra que a través de los años se ha desarrollado estudios sobre estas problemáticas en el 2015 con un 10,5%, 2016 10,5% notando un crecimiento de interés sobre el tema en el 2017 y 2018 con un 15,8% de creciendo actualizaciones en el 2019 con 10,5% se puede concluir que se ha visto preocupación y se quiere generar estrategias para ayudar a esta población.

Figura 5

Predominancia ansiedad en edad.

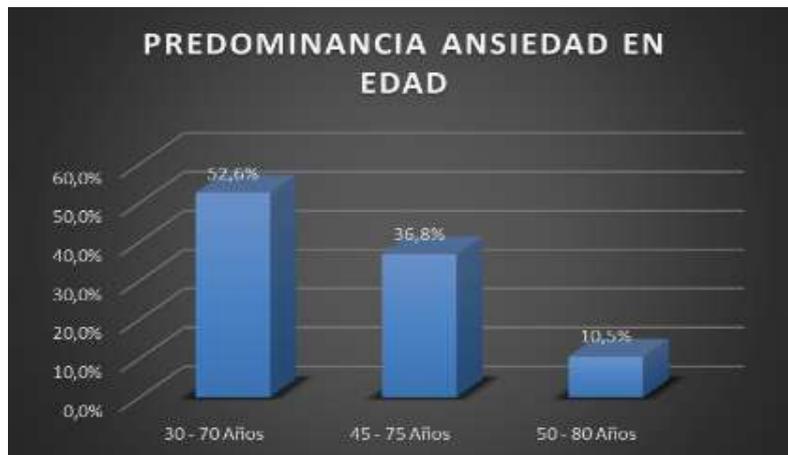


Figura 5. La prevalencia de la ansiedad en la edad.

Se puede observar que la edad percibida en las investigaciones tuvo varios rangos característicos en primera instancia varió de 30 a 70 años teniendo un porcentaje significativo de 52,6% , asimismo de 45 a 75 años con un porcentaje del 36,8% y en última instancia de 50 a 80 años con un 10,5%, como se puede observar la edad promedio de los cuidadores de pacientes con Alzheimer puede variar pero existe una probabilidad más alta de que se encuentren los cuidadores entre las edades de a 30 a 70 años.

Figura 6

Tipo de ansiedad.



Figura 6. Prevalencia del tipo de ansiedad en los documentos.

Esta gráfica nos permitió identificar el tipo ansiedad más dominante en los artículos evidenciándose que los cuidadores presentan ansiedad leve con un 68,4%, moderada con 21.1% y grave con el 10,5%, dando por sentado que los cuidadores presentan ansiedad, pero en la mayoría de los estudios esta se presenta de manera leve.

Figura 7

Documentos depresión.



Figura 7. La relación de los documentos por año de la depresión.

Los documentos evidenciados en la revisión dieron como resultado la distribución con una variación por años ya que en el 2015 y 2017 los documentos de la depresión tuvieron una prevalencia de 11,1%, en el 2016 de 25,9%, en el 2018 y 2021 de 7,4%, en 2019 14,8% y el 2020 de 22,2%, como se puede observar en el año en el cual se tuvo más en cuenta investigaciones sobre esta afectación psicológica fue en el 2016, pero en 2018 y 2021 los documentos relacionados a la depresión fueron muy bajos, dando por sentado que es de vital importancia generar nuevas investigaciones.

Figura 8

Predominancia depresión en sexo.

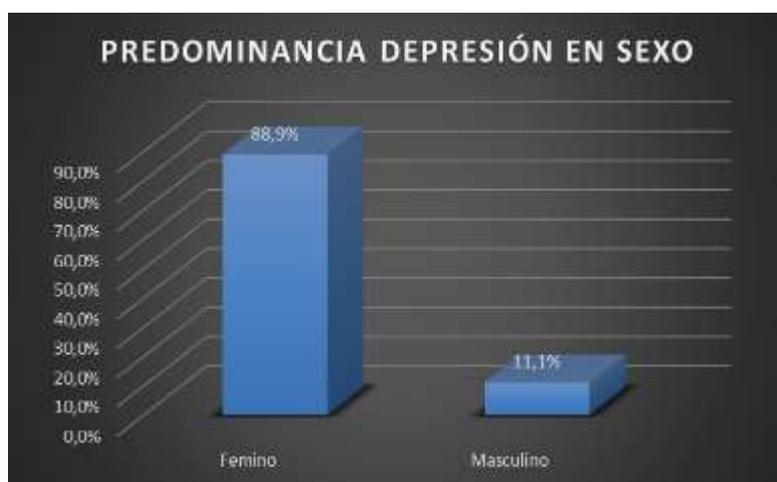


Figura 8. El sexo predominante en los documentos con la consecuencia psicológica depresión.

En la gráfica se puede observar que las mujeres obtuvieron el 88,9% y los hombres 11,1%, se puede ver reflejado que las mujeres cuidadoras tienden a sufrir consecuencias psicológicas como la depresión ya que es frecuente que este sexo es el encargado de ser cuidador de los pacientes.

Figura 9

Predominancia depresión en edad.

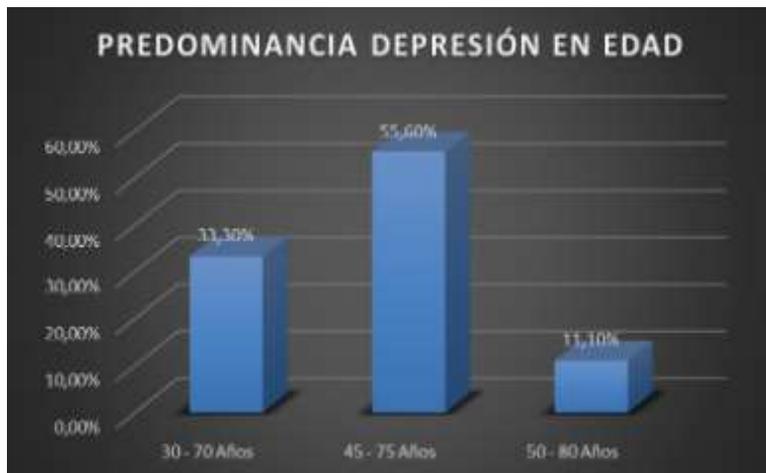


Figura 9. Relación de la edad en los documentos encontrados de depresión.

La edad es un factor importante para establecer la afectación de psicológicas es así como se puede evidenciar que en el rango de edad de 30 a los 70 años se da el 33,3% , de los 50 a los 80 años se puede presentar 11,1% , verificando esta revisión documental es factible que la depresión en estas edades se presente, por el agotamiento físico y aun así se han venido lidiando con otro tipo afectaciones sin ningún apoyado, la prevalencia encontrada en la revisión fue 55,6% correspondiendo al rango de edad de 45 a 75 años.

Figura 10

Tipo de depresión.

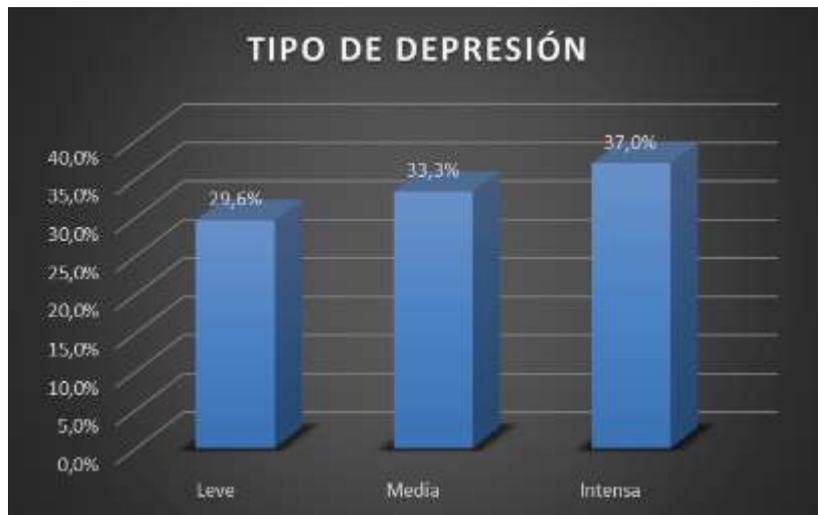


Figura 10. Tipo de depresión más significativa apreciada en los documentos.

En los tipos de depresión que se observan en los cuidadores se pudo establecer que la depresión leve se manifestó en los artículos con una prevalencia de 29,6%, media con el 33,3% y en intensa con el 37%, concluyendo que los cuidadores presentan una depresión intensa en la mayoría de los artículos revisados.

Figura 11

Consecuencia destacada.



Figura 11. La consecuencia psicológica más destacada de los documentos revisados.

Teniendo en cuenta las anteriores consecuencias psicológicas encontradas se realizó la correlación entre estas y se pudo concluir que en los documentos el estrés tiene una prevalencia del 23,3%, la ansiedad de 31,7% y la depresión con 45%, llevándonos a determinar que la depresión es una de las consecuencias psicológicas con mayor incidencia en los cuidadores de pacientes con Alzheimer.

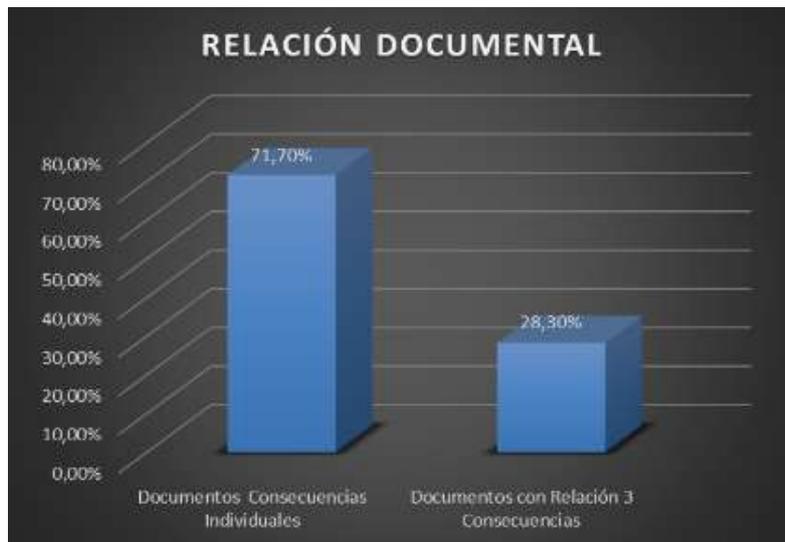
Figura 12*Relación documental.*

Figura 12. Documentos de la relación de las consecuencias psicológicas.

Así mismo también se pudo determinar que dentro de la búsqueda de la información el 28,3% corresponde a documentos en los cuales se relacionaban las tres consecuencias psicológicas prevalentes y el 71,7% las mostraba individualmente, a un que haciendo siempre una comparación entre ellas.

4.1 Discusión

En relación con los datos obtenidos en las investigaciones en primera instancia podemos ver que ahí una prevalencia con porcentajes altos en el sexo femenino en los cuidadores, habitualmente en pajaras, hijas, sobrinas, tías entre otras, esto dependiendo de la relación que tengan con el paciente, se evidencia la predominancia del cuidador entre el rango de edad de 45 a 75 años de edad, también se determina que en los cuidadores designan muchas horas al cuidado generándoles afectaciones físicas, debido a las diferentes actividades que realizan a diario en el cuidado, ya que la enfermedad de Alzheimer va deteriorando

progresivamente el pensamiento, comportamiento, afectando la capacidad de que la persona pueda vivir independientemente y esto hace que el cuidador tenga que disponer del doble de esfuerzo realizando actividades del paciente como lo son bañarlos, cepillarlos, darles de comer, incluso cambiarlos de posición.

El cuidador puede presentar diferentes problemas físicos en su columna, musculares, también pueden presentar cansancio, falta de energía, problemas de salud, digestivos, cardiovasculares, problemas de sueño, dificultad para concentrarse, esto los puede llevar a consumir fármacos desmesuradamente además de abandonar su imagen corporal, es así como los diferentes autores indican que incluso pueden prevalecer las conductas inadecuadas como las nombradas anteriormente o el abuso del consumo de drogas o alcohol.

En consecuencia también se puede diferir que los cuidadores no se sienten preparados para asumir ese rol, pero que igual forma se llenan de motivos para realizarlo generando esto en ellos inseguridades, cansancio, entre otras cosas que poco a poco el cuidador va asumiendo hasta el punto de tomar la mayor parte de la responsabilidad el solo, generando una decisión consciente de no vivir para él sino para la persona a la cual le brinda el cuidado trayendo como consecuencia factores asociados a lo económico, se pudo establecer que la mayoría de cuidadores tienen un salario mínimo que no cubre todas las necesidades propias y del paciente, además que la mayor prevalencia de los cuidadores está en los estratos socioeconómicos bajos en comparación a los estratos socioeconómicos altos, es así que gran parte de los recursos se destinan al cuidado, incluso en ocasiones deben de dejar de trabajar, estudiar o hacer actividades sociales para dedicarse completamente al cuidado sin recibir remuneración alguna hasta el punto de perder su independencia.

También se hace visible los costos de esta enfermedad ya que estos son muy altos y representan una carga para sus cuidadores, los sistemas de salud no cubren el gasto de esta, generando que los cuidadores tengan que recurrir a el dinero que ganan de su trabajo, pero este no es suficiente, regularmente disminuyen los ingresos y aumentan los gastos.

Por otro lado, se pudo determinar con las investigaciones encontradas por medio de las afectaciones psicológicas, conductuales y emocionales, que el cuidador se ve obligado a introducir mayores cambios en su estilo de vida, con limitaciones sociales y con alteraciones específicas como la relación interpersonal que se da entre el cuidador y el paciente con Alzheimer, pero también al deterioro del nivel de intimidad y la disminución de la gratificación por parte de los familiares frente a los cuidados, los resultados investigados indican un correlación entre el estrés, ansiedad y depresión, con más prevalencia entre la consecuencia de la depresión por encima de las otras.

El desajuste en la vida del cuidador debido a los cambios bruscos que se presentan produce un deterioro en su calidad de vida, el cuidado de estos pacientes hace que pierdan su independencia, hasta el punto dedicarse completamente a esta labor, cuando se hallan acontecimientos estresantes como suele suceder en el cuidador y este sobrepasa la barrera de protección emocional, se desarrolla un desajuste psicológico y emocional.

El estrés, la ansiedad y la depresión que surge de cuidar al paciente enfermo de Alzheimer se genera según las investigaciones, por diferentes sentimientos de culpa, ira, tristeza, entre otros o por acontecimientos como la falta de apoyo por sus familiares o su núcleo social, problemas económicos, falta de conocimiento frente a la enfermedad, poco tiempo para actividades personales, hacen que el cuidador se sienta agotado y desbastado y

de lugar a generar estas consecuencias o desencadenar trastornos psicológicos como el síndrome de burnout u otras afecciones mentales como las ideas obsesivas, paranoides.

Los cuidadores cuentan con afectaciones que no asocian de manera positiva al cuidado de los pacientes por su alta exigencia en esta labor, por ende es de reconocer la importancia que debe tener la salud psicológica de ellos ya que se desenfocan totalmente de sí mismos, estas consecuencias conllevan a generar un empobrecimiento cognitivo y físico; por esto es importante trabajar en estrategias para mitigar este tipo de consecuencias para el bienestar psicológico tanto para el cuidador y el paciente con Alzheimer, ya que se pueda plantear estrategias de intervención para el desarrollo de programas de salud mental mitigando la consecuencias de la ansiedad, estrés y depresión, también se pueda brindar capacitaciones en atención primaria al cuidador, para así buscar la satisfacción de este mismo llevando a cabo la realización de las necesidades fisiológicas, sociales y de autorrealización, para que puedan llevar una calidad de vida, ya que estos cuidadores suele tener una disminución de oportunidades generadas por aquellas consecuencias.

5. Conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivo la identificación de las posibles consecuencias psicológicas que puede presentar los cuidadores familiares, a partir de esto se identificaron las principales consecuencias psicológicas llevando a cabo la revisión bibliográfica que se abordó temáticas enfocadas al cuidador, se evidenciaron efectos psicológicos con predominancia en alteraciones de depresión, ansiedad y estrés.

Los principales factores que influyen en los cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer, en el desarrollo de sobrecarga son afectaciones físicas, emocionales, psicológicos, económico y espirituales si estas no se manejan adecuadamente generan una baja calidad de vida, dado el caso de que se prolongue puede llegar a tener repercusiones a futuro.

Se identifican cambios a nivel social, familiar, laboral y estilo de vida reduciendo y prolongando la estabilidad emocional, logrando identificar escaso sentido de vida, teniendo en cuenta que las relaciones sociales se limitan y es poca la socialización, donde se visualiza una ausencia frente al desarrollo psicosocial ya que el tiempo de establecer relaciones interpersonales es obstaculizado por actividades autónomas e independientes, lo cual se manifiestan en alteraciones de la dimensiones sociales y psicológicas.

Una de las principales dimensiones afectadas desde el inicio es la psicológica y la emocional debido que los cuidadores de los pacientes con la enfermedad del Alzheimer no están preparados para afrontar esta situación deteriorando su calidad de vida paulatinamente.

Se logra evidenciar que el nivel de sobrecarga lo desempeña con gran prevalencia las mujeres, ya que esta se le delega el cuidado sin tener en cuenta su consentimiento, sólo prevalece el hecho de ser mujer creando un ambiente desalentador e inseguro para en la que proporciona el cuidado y el paciente, de acuerdo a los Repositorios indagados, se evidencia el poco material frente a esta problemática, donde se puede generar conciencia a la investigación e interés por ayudar a esta población, con la red de apoyo en los cuidadores generan las diferentes emociones y sentimientos como la ira, tristeza, soledad, inseguridad entre otros pensamientos racionales, expuesto a alteraciones de propio bienestar.

Es importante concientizar a las familiares de los cuidadores para que a través de esto se preocupen por su bienestar físico, psicológico, social y económico, dando paso a tener cuidadores con una mejor calidad de vida.

Es de resaltar que, a través de este documento de investigación se puede llegar a generar trabajos intervenciones y proyectos, para el bienestar del cuidador en donde se reconozcan las afectaciones psicológicas y se potencialicen espacios que permitan la estimulación y el mantenimiento de capacidades mentales, el fortalecimiento de las relaciones sociales, el autocuidado, el mejoramiento del estado de salud.

Se sugiere crear y profundizar documentos futuros encaminados a intervenciones en el ámbito psicológico para los cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer para poder generar estrategias en mejora de la calidad de vida.

Sería pertinente profundizar en investigaciones que ayuden a prevenir e intervenir desde la psicología, integrando técnicas y servicios en pro de la salud mental, llevando a cabo planes de intervenciones psicoeducativos e intervenciones terapéuticas enfocadas a la inteligencia emocional, fortalecimiento en las relaciones sociales, entre otras que ayuden mejorar las afectaciones psicológicas prevalentes.

6. Referencias

- Aceves, GA, López, M. Á. C., Moreno, S., Jiménez, FFS y Campos, JDJS (2006). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias*, 11 (4), 305-309.
- Albornoz, E. A. M. (2021). Sobrecarga del cuidador primario de pacientes diagnosticados con Alzheimer. *Centros: Revista Científica Universitaria*, 10(2), 109-128.
- Alfonzo, I. (1994). Técnicas de investigación bibliográfica. Caracas: Contexto Ediciones.
- Alzheimer's Association. (2018). Alzheimer y demencia. Recuperado de <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/datos-y-cifras?lang=es-MX>.
- Angulo, A., y Ramírez, A. (2016). Relación entre la calidad de vida en salud y la carga física en cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 6(1), 20-26.
- Aranda, M., & Calabria, A. (2019). Impacto económico-social de la enfermedad de Alzheimer. *Neurología Argentina*, 11(1), 19-26.
- Averill, J. (1982). *La ira y la agresión: un ensayo sobre la emoción*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Averill, J. (1983). Estudios sobre la ira y la agresión: implicaciones para las teorías de la emoción. *Psicólogo estadounidense*, 38, 1145-1160.
- Ballesteros, O. (2011). La lúdica como estrategia didáctica para el desarrollo de competencias científicas. *Universidad Nacional, Facultad de Ciencias, Bogotá-Colombia*.
- Barreiro, S. B. A., y Chávez, Ó. E. B. (2019). Tendencias de orientación a las familias con personas diagnosticadas con Alzheimer. *Didasc@lia: Didáctica y Educación*, 10(2), 89-98.
- Bravo, M. L. N., y Martínez, D. M. (2016). Caracterización del síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes institucionalizados y no institucionalizados con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer mediante la escala Zarit

- Calzada Gutiérrez, M. T., y Ocampo Chaparro, J. M. (2018). Conceptualization of institutional elderly caregiver in Colombia. *Revista de Salud Pública*, 20(4), 511-517.
- Carreño Moreno, S. P., y Chaparro Díaz, L. (2015). Reconstruyendo el significado de calidad de vida de los cuidadores en el cuidado: una metasíntesis. *Avances en Enfermería*, 33(1), 55-66.
- Cavazos Aguilar, M. J. (2018). *Presencia de sentimiento de culpa en el cuidador primario de paciente con demencia* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).
- Cerquera Córdoba, A. M., Granados Latorre, F.J. y Galvis Aparicio, M. J. (2014). Relación entre estrato económico y sobrecarga en cuidadores de pacientes con Alzheimer. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 42, 1
- Cerquera Córdoba, A. M., Pabón Poches, D. K., Granados Latorre, F. J., y Galvis Aparicio, M. J. (2016). Sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer y la relación con su ingreso salarial. *Psicogente*, 19(36), 240-251.
- Cornejo, G. S. E., & Vargas, L. F. R. (2018). Breve historia del deterioro cognitivo leve. *Revista Peruana de Historia de la Psicología*, 4, 73-79.
- Crespo, M., Lopez, J., Gómez, M.M. y Cuenca, T (2003) ¿El cuidador descuidado? *Jano*, LXV.
- Cruz Rivas Herrera, J., y Ostiguín Meléndez, R. M. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludeo teórico? *Enfermería universitaria*, 8(1), 49-54.
- Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia. *Estadísticas Mundiales. Factográfico salud* [Internet]. 2021 Ago [citado Día Mes Año];7(8):[aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2021/08/factografico-de-salud-agosto-2021.pdf>
- Da Silva, C. Y., y Carvalho, P. A. (2017). Influencia de la depresión en cambios de personalidad del adulto mayor con enfermedad de Alzheimer incipiente. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 103-109.

Dakduk, S. (2010). Envejecer en casa: el rol de la mujer como cuidadora de familiares mayores dependientes. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 15(35), 73-90.

David, D., Lynn, S. J. y Ellis, A. (2010). *Rational and Irrational Beliefs. Research, Theory and Clinical Practice*. United States of America: Oxford University Press.

Delgado, E., Suarez, O., de Dios, R., Valdespino, I., Sousa, Y. y Braña, G. (2014). Características y factores relacionados con sobrecarga en una muestra de cuidadores principales de pacientes ancianos con demencia. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 40(2), 57-64. doi: 10.1016/j.semerg.2013.04.006

Diccionario de cáncer del NCI. (2011, 2 de febrero). Instituto Nacional del Cáncer.

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/ansiedad>.

Donoso, A. (2003). La enfermedad de Alzheimer. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 41, 13-22.

Elders, L. J. (1983). El sentimiento de culpabilidad según la psicología, la literatura y la filosofía modernas.

Ellis, A. (2000). *Usted puede ser feliz. Terapia Racional Emotiva para superar la ansiedad y la depresión*. Barcelona: Paidós.

Enfermedad de Alzheimer. (2022, febrero 19). MayoClinic.org. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/alzheimers-disease/symptoms-causes/syc-20350447>

Enfermedad de Alzheimer. (n.d.). MayoClinic.org. Retrieved March 24, 2022, from <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/alzheimers-disease/symptoms-causes/syc-20350447>.

Enfermedad de Alzheimer. (s/f). Neuronup.com. Recuperado el 14 de mayo de 2022, de <https://www.neuronup.com/neurorrehabilitacion/enfermedades-neurodegenerativas/enfermedad-de-alzheimer/>.

Enfermedad de Alzheimer: nuevas opciones terapéuticas paliativas.

- Española, R. A., & Madrid, E. (2001). Diccionario de la lengua española (Vol. 22). Madrid: Real academia española.
- Espín Andrade, A. M. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de salud pública*, 34, 1-12.
- Espin Falcón, J. (2020). Factores de riesgo asociados a pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores principales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(1). Recuperado de <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1138/352>
- Expósito Concepción, Y. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(3), 0-0.
- Factográfico salud.(2021).Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia. Estadísticas Mundiales. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2021/08/factografico-de-salud-agosto-2021.pdf>.
- Fases de adaptación del cuidador. (s/f). geriayuda.com. recuperado el 15 de mayo de 2022, de <https://geriayuda.com/fases-de-adaptacion-del-cuidador/>
- flores g, elizabeth, rivas r, edith, & seguel p, fredy. (2012). nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *ciencia y enfermería*, 18(1), 29-41.
- Galindo, A. M. G., Esquivel, E. I. P., & Felizzola, O. L. P. Cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá: características y condiciones. *Caregivers of persons with severe disabilities in Bogota: features and conditions*.
- García, E. P. L. síndrome de burnout en estudiantes de enfermería escolar.

García-Cardoza, I. I., Zapata-Vázquez, R., Rivas-Acuña, V., y Quevedo-Tejero, E. D. C. (2018).

Efectos de la terapia cognitivo-conductual en la sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores. *Horizonte sanitario*, 17(2), 131-140.

GIL MONTE, P y PEIRO, J. (1997): *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*.

Madrid: Editorial Síntesis.

Gil Monte, P. R. y Peiró, J. M. (January, 1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/263276186_Desgaste_psiquico_en_el_trabajo_el_sindrome_de_quemarse.

Gil-Monte, P. R. (2003). Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás?. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19(2), 181-197.

Giraldo, C. I., Franco, G. M., Correa, L. S., Salazar, M. O., & Tamayo, A. M. (2005). Cuidadores familiares de ancianos: quiénes son y cómo asumen este rol. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(2), 7-15.

Goldstein, R.B., Johnson, M.O., Rotheram-Borus, M.J., Kirshenbaum, S.B., Pinto, R.M., Kittel, L.,

Pequegnat, W., Mickalian, J.D., Weinhardt, L.S., Kelly, J.A. y Lightfoot, M. (2005).

Psychological Distress, Substance Use, and Adjustment among Parents Living with HIV.

Journal of the American Board of Family Practice, 18, 362-373.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Recuperado de

Revisión Documental | Delgado, L. & Herreño, M. P á g i n a 48 | 50

http://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf.

- Hoja informativa sobre la enfermedad de Alzheimer. (s. f.). National Institute on Aging. Recuperado 26 de marzo de 2022, de <https://www.nia.nih.gov/espanol/hoja-informativa-sobre-enfermedad-alzheimer>.
- Izard, C.E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.
- Johnson, E.O., Kamilaris, T.C., Chrousos, G.P. y Gold, P.W. (1992). Mechanisms of stress: a dynamic overview of hormonal and behavioral homeostasis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 16, 115–130
- Kaufman, H. (1970). *Agresión y altruismo*. Nueva York: Holt, Rinehart y Winston
- Leno Carceller, L. (2019). Prevención del bullying mediante el trabajo de las emociones negativas y el refuerzo de las relaciones sociales utilizando como herramienta didáctica la obra literaria “El patito feo”.
- Lovo, J. (2020). Síndrome de burnout: Un problema moderno. *Entorno*, (70), 110-120.
- Luque-Carrillo, P., Morales-Cané, I., Carmona-Torres, J. M., Manfredini, R., Rodríguez-Borrego, M. A., & López-Soto, P. J. (2020). Mujeres con elevado nivel de estudios, víctimas del cuidado de personas con Alzheimer. *Enfermería Global*, 19(58), 390-420.
- Machado, A. C. (2014). Sobrecarga emocional del cuidador familiar de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revisalud Unisucre*, 2(1).
- Machín, E. I. (2015). Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Revista cubana de enfermería*, 31(3).
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/686/131>.
- Marrugat, M. L. (2015). La familia cuidadora y su incidencia en la calidad de vida de las personas dependientes.
- MASON, JW (1968). Una revisión de la investigación psicoendocrina sobre el sistema pituitario-tiroideo. *Medicina Psicosomática*, 30 (5), 666-681.

- Medrano, L. A., Galleano, C., Galera, M., y del Valle Fernández, R. (2010). Creencias irracionales, rendimiento y deserción académica en ingresantes universitarios. *Liberabit*, 16(2), 183-192.
- Mena, R., Castillo, J. V., Cuadra, M., y Vargas, S. I. (s. f.). Bvsalud.org. Recuperado 25 de marzo de 2022, de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1122415/revista-anacem-141-18-23.pdf>
- Méndez, S. F., y García, A. G. (2019). Adaptaciones del entorno y de las actividades de la vida diaria en enfermos con Alzheimer desde terapia ocupacional. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 16(30), 265-271.
- Minsalud, (2017). Boletín de salud mental Demencia
- Molina-Jiménez, T., Gutiérrez-García, A. G., Hernández-Domínguez, L., & Contreras, C. M. (2008). Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 24(2), 353-360.
- Monte, P. R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Publicado El*, 25.
- Moreno, S. P. C., y Díaz, L. C. (2016). Calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Aquichan*, 16(4), 447-461.
- Moure Rodríguez, P. (2011). Manifestaciones de ansiedad, depresión, e ira, en cuidadores principales de pacientes con tratamiento hemodialítico (Doctoral dissertation, Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas).
- Nieto, M. Á. P., Delgado, M. M. R., y León, L. (2008). Aproximaciones a la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención psicológica. *Reme*, 11(28), 5.
- OMS. Asistencia paliativa. En: Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer: Directrices sobre Política y Gestión. Ginebra: 1997, p.82-6

- Otero, P., Vázquez, F. L., Blanco, V., & Torres, Á. (2017). Propiedades psicométricas del "cuestionario de pensamientos automáticos"(atq) en cuidadores familiares. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25(2).
- Parra-Rizo, M. A., Y Sanchís-Soler, G. (2022). Salud cognitiva y física de los cuidadores informales de personas mayores con demencia: una revisión narrativa. *Revista de PSICOLOGÍA DE LA SALUD*, 10(1).
- Pazrodríguez, F., Ansiedad, A., Y Cuidador, P. (s/f). Predictores de Ansiedad y Depresión en Cuidadores Primarios de Pacientes Neurológicos. Revecuatneurolog.com. Recuperado el 15 de abril de 2022, de <http://revecuatneurolog.com/wp-content/uploads/2015/06/Predictores-de-Ansiedad-y-Depresi%C3%B3n-en-Cuidadores-Primarios-de-Pacientes-Neurol%C3%B3gicos.pdf>.
- Perdrizet, G.A. (1997). Hans Selye and beyond: responses to stress. *Cell Stress and Chaperones*, 2, 214-9
- Pinzón, E. A., Y Carrillo, G. M. (2016). Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2), 193-201.
- Revista, M., Granma, M., Mujer María, M., & Bairero, E. (s/f). El estrés y su influencia en la calidad de vida Stress and its influence in the life quality. Medigraphic.com. Recuperado el 15 de mayo de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2017/mul176u.pdf>.
- Revuelta Gómez-Martinho, M. (2016). Cuidado formal e informal de personas mayores dependientes.
- Ríos, A. E. R., Y Galán, M. G. N. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Revista de enfermería Neurológica*, 11(3), 163-169.

- Rodríguez, B. C., Castiñeira, B. R., & Nunes, L. C. (2019). Enfermedad de Alzheimer y calidad de vida del cuidador informal. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 54(2), 81-87.
- Rodríguez, MGA, Moreno, MP, Beltrán, CA, Y Partida, NB (2003). Síndrome de Burnout en maestros de educación básica, nivel primario de Guadalajara. *Investigación en salud*, (1), 0.
- Rogero, J. (2009). Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid: IMSERSO.
- Roig, M. V., Torres, M. C. A., & Desfilis, E. S. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 14(2), 215-227.
- Rojas-Picón, Y., Montalvo-Prieto, A. A., Y Díaz-Gómez, A. A. (2018). Afrontamiento y adaptación de cuidadores familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos. *Universidad y Salud*, 20(2), 131-138.
- Romano, M., Nissen, M. D., Del Huerto, N., Y Parquet, C. (2007). Enfermedad de Alzheimer. *Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina*, 75, 9-12.
- Ruiz Rios, A. E., Y Nava Galán, M. G. (2012). Cuidadores: Responsabilidades. Obligaciones. México, México.
- Saldaña, D. M. A., Riaño, H. M. C., Rubiano, L. A. G., Y Rodríguez, N. M. G. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en enfermería: Imagen y desarrollo*, 13(1), 27-46.
- Salinas, K., Acevedo, R., Del Castillo, A., Guzmán, R. & Pineda, J. (2017). Estrés, sobrecarga y ansiedad en cuidadoras primarias de niños que padecen leucemia en Hidalgo. *European Scientific Journal*, Vol. 13, (24) 79-95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.19044/esj.2017.v13n24p79>.
- Schachter, S. (1971). *Emoción Obesidad y Crimen*. Nueva York: Prensa Académica.

- Schaufeli, W. y Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London, England: Taylor & Francis.
- Sepúlveda Gómez, Y. T. (2021). Sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores de Adulto Mayor con Alzheimer: una revisión bibliográfica
- Velandia, I. E. (1999). Guía para familiares y cuidadores encargados de la atención de personas con enfermedad de Alzheimer. *Avances en Enfermería*, 17(1-2), 31-39.
- Vitaliano, P.P. (1997). Physiological and physical concomitants of caregiving: Introduction to special issue. *Ann Behav Med*, 19 (2), 75-77.
- Zambrano Cruz, R., & Ceballos Cardona, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista colombiana de psiquiatría*, 36, 26-39.
- Zepeda-Álvarez, P. J., & Muñoz-Mendoza, C. L. (2019). Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud. *Gerokomos*, 30(1), 2-5.

7. Anexos

Anexo 1. Matriz investigativa

Anexo 2. RAE