



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y SU RELACIÓN CON LA
PRESENCIA DE ANSIEDAD DEL CUIDADOR PRIMARIO DE LA
PERSONA CON DEMENCIA**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

GERMAN BENITEZ MIRAMONTES

NÚMERO DE CUENTA: 408041407

DIRECTORA DE TESIS

MTRA.: ARACELI JIMENEZ MENDOZA

Megaproyecto Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas en Salud Pública. Secretaría de Desarrollo Institucional Programa Interdisciplinario en Investigación y Desarrollo 05.5 Modelo de Enfermería para la Atención Preventiva y Terapéutica de Personas con Enfermedad de Alzheimer y sus Familiares.
ENE0 020.

MÉXICO, D.F.

2012





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	6
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1 Pregunta de investigación	9
2. JUSTIFICACIÓN	10
3. OBJETIVOS	11
3.1 Objetivo general	11
3.2 Objetivos específicos.....	11
4. VARIABLES	12
4.1 Variable independiente	12
4.2 Variables dependientes	12
5. MARCO TEÓRICO	14
5.1 Antecedentes.....	14
5.2 Afrontamiento	15
5.2.1 Estrategias de afrontamiento	19
5.2.2 El afrontamiento según Callista Roy	27
5.3 El cuidado/cuidar	30
5.4 El cuidador primario.....	33
5.4.1 La familia y los cuidados	34
5.5 Ansiedad en el cuidador primario	36
5.6 Deterioro cognitivo y demencia	37
5.6.1 Tipos de demencia.....	39
5.6.2 Demencia tipo Alzheimer	41
6. METODOLOGÍA	46
6.1 Tipo de investigación.....	46
6.2 Universo y muestra.....	46
6.3 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	46
6.4 Lugar y duración.....	46
6.5 Recolección de datos	47
6.6 Escala de afrontamiento frente a riesgos extremos.....	47
6.7 Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE)	48

6.8	Material y equipo	49
6.9	Recursos humanos.....	49
6.10	Aspectos éticos y legales	50
7.	RESULTADOS.....	52
8.	ANALISIS.....	80
	CONCLUSIÓN.....	85
	BIBLIOGRAFÍA.....	88
	ANEXOS	91

Dedicatoria

A mi madre, parte esencial de mi vida, de quien he aprendido lo mejor de esta hermosa vida, has sabido entonar las palabras correctas en los peores momentos... Eres la mejor Mamá de esta Tierra, agradezco al creador por haber sido tu hijo. Por esto y más te dedico el fruto de mi esfuerzo.

A mi amiga Eliane, porque estuviste presente en la realización de este trabajo, porque no tengo palabras para agradecer lo mucho que me has apoyado, llegaste justo en el momento indicado, emprendimos un vuelo juntos que no tiene fin, ahora ya eres parte especial y esencial de mi vida.

Agradecimientos

Con mucho amor y cariño para mi familia:

A mis padres:

Lívier Miramontes Vicente

Roberto Benítez Nava

Grandes pilares en mi vida, dignos de ser nombrados en primer lugar, que en todo momento me brindaron el apoyo necesario para poder realizar mis sueños, que a pesar de los problemas, buscaron siempre la forma de impulsarme para conseguirlos.

A mi hermana:

Berenice Benítez Miramontes

Que mejor motivación, que darle un gran ejemplo a mi hermana querida, hermanita los sueños sí se cumplen, continúa adelante. Además que hubiese hecho yo sin tu singular alegría.

A mis hermanos:

R. Carlos Benítez Miramontes

Gerardo Benítez Miramontes

Gracias por indicarme el camino que no debo tomar.

Familia los quiero mucho.

A mis amigos:

Eliane, Pamela, Paulina, Pablo, Cyntia, Alicia, Lucia, Miriam.

Porque amigos los cuento con los dedos, sé que puedo contar siempre con ustedes, esos grandiosos momentos no los cambiaría por nada, es fabuloso saber que llegaron a mi vida para quedarse, podría decir mucho de cada uno de ustedes pero, prefiero hablarlo directamente.

GRACIAS.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como objeto principal identificar cómo repercute el tipo de afrontamiento de la enfermedad en los niveles de ansiedad del cuidador primario de la persona con demencia.

Los tipos de afrontamiento son distintos en cada persona, así como en cada situación de un individuo vive, la circunstancias en las que se presenta ese factor estresante al cual se debe afrontar y otra parte importante es el entorno en el que la persona se desenvuelve; la forma en la que afrontamos las diversas situaciones que se nos presentan.

La ansiedad aparece en la persona cuando un factor estresante (en el caso de esta investigación, el factor estresante es la enfermedad de la persona cuidada), se hace presente, la forma en la que se afronte puede causar, o disminuir esa ansiedad en la persona; en este caso la persona estudiada es el cuidador primario de la persona con demencia, en donde su factor estresante es el cuidado de su familiar, este puede generar ansiedad y por ende trastornos de ansiedad; ya se ha observado como la pirámide poblacional en México se está invirtiendo es decir cada vez hay menos nacimientos y las personas adultas de hace tiempo ahora ya son de la tercera edad, es por ello la importancia de estudiar en torno a este tema, y aun mas importante estudiar al cuidador de esta persona, que es en quien recae la gran responsabilidad del cuidado, responsabilidad ante una persona con un padecimiento que puede ser difícil el afrontar.

El cuidar, es un acto de amor, que desde la familia se lleva a cabo, de igual forma desde tiempos remotos; resulta que este acto de amor, puede ser un factor estresante, pues el cuidar de una persona con una enfermedad crónica y degenerativa, que cada vez es más dependiente del cuidador, factor que tal vez provoque trastornos en la salud mental, mas en especifico en trastornos de ansiedad, la ciencia del cuidado no solo debe de enfocarse en la persona con padecimientos ya diagnosticados, sino también debe asomarse a esa ventana de la prevención, en donde, el profesional de enfermería debe de mirar para

identificar a las personas con riesgo de padecer alguna enfermedad, y una vez estando identificadas implementar programas para prevenir la aparición de esta. En esta investigación se busca identificar los tipos de afrontamiento de la enfermedad, además de su relación con los niveles de ansiedad, con la finalidad de saber si los tipos de afrontamiento pueden ayudarnos a prevenir la aparición de altos niveles de ansiedad.

Esta investigación está estructurada por la justificación, seguida del planteamiento del problema, en donde se desarrolló la pregunta de investigación, seguido de ello se definieron los objetivos generales y específicos, así como la definición de las variables.

El marco teórico se dividió en 6 capítulos para su adecuada comprensión, en el primer capítulo, se muestran los antecedentes sobre el afrontamiento y la ansiedad de los cuidadores primarios de personas con demencia; en el segundo capítulo, se hace mención al afrontamiento, su concepto, sus tipos y aspectos teóricos y prácticos de enfermería y afrontamiento; en el capítulo tres se abordan los conceptos del cuidado o cuidar; el capítulo cuatro aborda el tema de los tipos de cuidadores, así bien el cuidador primario y el entorno inmediato (la familia); para el capítulo cinco, se toca el tema de la ansiedad desarrollada en el cuidador primario; por último el capítulo seis hace referencia a los tipos de demencia, abordando a la tipo Alzheimer.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ya ha sido abordada la problemática de la salud de los cuidadores primarios, mas aun su salud mental resulta un tanto compleja, ya que para intervenir en el cuidado de la salud en este ámbito de un individuo, es necesario abordar al ser desde diversas perspectivas, como la social, emocional, etc., “El cuidado de la persona que padece alguno de los diferentes Trastornos Mentales (entre ellos el deterioro cognitivo) plantea una serie de desafíos importantes en el entorno familiar; Esto hace que muchas de las familias que desempeñan el rol de cuidador experimenten situaciones estresantes y de sobrecarga, situaciones que a menudo afectan a la salud física y mental, produciendo todo tipo de desajustes emocionales”, entre los desajustes emocionales de los que puede llegar a haber alteración en el cuidador primario es la ansiedad, que puede desarrollar trastornos a nivel mental y social, entendiendo por trastorno aquella situación que afecta las relaciones sociales y de la vida cotidiana “es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto”¹

El estudio de los procesos de afrontamiento para la adaptación tiene un interés central por que de su eficacia depende el mantenimiento y la recuperación de la salud. Este proceso hace referencia a todos los esfuerzos que realiza una persona para controlar los estímulos del medioambiente, así como a las diferentes estrategias que utiliza permanentemente para afrontarlos.

Por otra parte considero de suma importancia trabajar en la salud del cuidador primario, en la detección oportuna de padecimientos, y aun mas a esas respuestas humanas ante situaciones de estrés, hablando aun mas en especifico en la ansiedad que generan situaciones estresantes como la que representa la responsabilidad de cuidar a un familiar con deterioro cognitivo progresivo; no obstante pude darme cuenta de cómo algunos cuidadores primarios afrontaban dicha problemática de forma distinta, por ende sus niveles de ansiedad

¹ DSM-IV. Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. Masson S.A.. 1995. Trastornos de ansiedad. P.p. 401

aumentaban o disminuían; fue lo anterior por lo cual surge el interés de investigar la relación entre el afrontamiento a la enfermedad y los niveles de ansiedad del cuidador primario.

1.1 Pregunta de Investigación

¿Cómo repercute el tipo de afrontamiento de la enfermedad en los niveles de ansiedad del cuidador primario de la persona con demencia?

2. JUSTIFICACIÓN

Durante la realización del servicio social dentro del programa “modelo de enfermería para la atención preventiva y terapéutica de personas con enfermedad de Alzheimer y sus familiares”, el mayor desenvolvimiento es en todo aquello que se relaciona al cuidado de la persona con Alzheimer, así como a su familia; para llevar a cabo un cuidado profesional, es indispensable que el experto en el área se documente lo necesario para poder ofrecer dichos servicios;

Revisando temas sobre el cuidado de la persona con dicho padecimiento y su familia, llama la atención las investigaciones que se han realizado en distintas áreas del conocimiento (al referirme a las áreas de conocimiento me refiero a las disciplinas que han abordado dichas temáticas), muchas de ellas se han enfocado a la sobrecarga del cuidador primario de la persona con algún tipo de demencia,

Observando el papel tan fundamental que los familiares juegan en el cuidado de la persona con demencia, y más aun el cuidador primario, ya que la mayoría de la demanda de atención de los pacientes con demencia es debido a accidentes en casa, mal nutrición, desatención por parte del cuidador que se ve reflejada en el aspecto del paciente (el cuidador primario por lo general es un familiar directo).

Con base en lo anterior considero que la relación que tiene la forma en la que el cuidador primario afronta la enfermedad de su familiar, y los niveles de ansiedad que este puede llegar a desarrollar, derivará en el mejoramiento o decaimiento de los cuidados hacia la persona con demencia; así pues el profesional de enfermería sería capaz de identificar al grupo de cuidadores que puedan encontrarse en riesgo de padecer algún trastorno de ansiedad con base en la manera en la que estos afrontan la enfermedad de su familiar, posterior a esto la enfermera podrá responder y prevenir la ansiedad, desde la orientación sobre el afrontamiento de la enfermedad de su familiar, logrando que los cuidados proporcionados a la persona con demencia no se vean obstaculizados por el estado anímico del cuidador.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

- Identificar la repercusión del tipo de afrontamiento a la enfermedad en los niveles de ansiedad del cuidador primario de la persona con demencia.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar el tipo de afrontamiento a la enfermedad de demencia que utilizan los cuidadores primarios.
- Señalar el nivel de ansiedad de los cuidadores primarios
- Describir la relación que existe entre la forma en la que los cuidadores primarios afrontan la enfermedad, con los niveles de ansiedad que manejan.

4. VARIABLES

4.1 Variable independiente:

- Definición conceptual: afrontamiento del cuidador primario, persona con demencia
- Definición operacional: la variable se mide por medio de la Escala de Afrontamiento Frente a Riesgos Extremos, La cual consiste en 26 reactivos que se miden de acuerdo a una escala tipo Lickert de 1 a 5 (nunca, pocas veces, algunas veces, la mayoría de las veces, siempre) a su vez el instrumento se divide en dos factores, los cuales son: estrategias de afrontamiento activo refiriéndose este a comportamientos de acción directa sobre el problema, búsqueda de información, estrategias de anticipación, control de sí mismo y de las circunstancias y finalmente de soporte social; por otro lado el afrontamiento pasivo se refiere a comportamientos de rechazo y negación del evento, retraimiento y aceptación pasiva.

4.2 Variable dependiente:

- Definición conceptual: ansiedad del cuidador primario
- Definición operacional: la variable se mide por el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, “versión en español del STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*), consta de dos escalas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad”², una de ellas es la ansiedad-rasgo, en la que se pide a los sujetos describir como se sienten generalmente. La otra es ansiedad-estado, en las que los sujetos responden como se sienten en un momento determinado. La cual consiste en 40 reactivos que se miden con una escala tipo Lickert de 1 a 4 (casi nunca, algunas veces, frecuentemente y casi siempre); que arroja resultados en niveles de ansiedad bajo, medio y alto; donde el nivel bajo de ansiedad no despierta

² ROJAS, Carrasco Karmina Elena. Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2010. Departamento de Salud Mental, hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. Distrito Federal, México. P.p. 491

por si misma ninguna preocupación, es decir puede considerarse la cuota de tensión necesaria para afrontar los problemas diarios; el nivel medio de ansiedad refleja un estado ansioso que comienza a generar diversos problemas en la vida de la personas, en cuanto a su plano físico-mental, está en un punto en el cual es recomendable actuar cuanto antes, en su modo de vida pueden advertirse ciertos aspectos contraproducentes que deberían modificarse, aspectos que afectan directamente a la hora de enfrentar problemas; por último el nivel alto de ansiedad arroja una ansiedad excesiva, y provoca grandes problemas en la vida de la persona, donde es conveniente buscar ayuda con un profesional de la salud

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Antecedentes

No tiene más de 50 años atrás desde que se comenzó a hablar del afrontamiento como tema central de trabajos o artículos de investigación; El interés por el afrontamiento (*coping*) ante el estrés y el interés por el afrontamiento ante la enfermedad, entendida ésta como estresor comenzaron a desarrollarse sobre la década de los 60 y 70, destacando la importancia que tienen las actitudes de un individuo ante un problema y, por extensión, las actitudes de un enfermo hacia la enfermedad. Dicho concepto, aunque relacionado en alguna medida con los mecanismos de defensa psicoanalíticos, se ha intentado desligar de los mismos. La prueba del citado interés la podemos encontrar en las múltiples definiciones planteadas por diversos autores, algunas de las cuales eran muy semejantes, mientras que otras se centraban en aspectos claramente diferentes. Cronológicamente podemos destacar algunas de ellas: “Cuando se usa el término afrontamiento nos referimos a las estrategias para tratar con la amenaza; Todas las actividades cognitivas y motoras que una persona enferma emplea para preservar su organismo e integridad física para recuperar su reversibilidad de mejoría y compensarla ante la limitación de cualquier irreversibilidad de la mejoría; Afrontamiento es la adaptación ante cualquier tipo de dificultad; Afrontamiento es lo que hace un individuo ante cualquier tipo de problema percibido para conseguir alivio, recompensa o equilibrio; Conductas instrumentales y capacidades de solución de problemas de las personas que conllevan las demandas de la vida y las metas, a su vez comprende la aplicación de habilidades, técnicas y conocimientos que una persona ha adquirido.

Algunas investigaciones sobre el afrontamiento en diversas enfermedades crónico degenerativas, se han centrado en el concepto propuesto por Lazarus y Folkman, por ser esta la más completa abarcando así con diversos aspectos de la vida de un ser humano, “Sin embargo, el máximo desarrollo se ha producido a partir del trabajo de Lazarus y Folkman de 1984, el cual ha sido utilizado como punto de partida de muchos trabajos posteriores. Estos autores definieron el afrontamiento

como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Esta definición ha sido adoptada en la mayoría de trabajos referidos al afrontamiento, sobre todo en el ámbito de la psicología de la salud”³. Esos aspectos externos son entendibles a las cuestiones extrínsecas del ser como la sociedad, familia etc., y los internos a las cuestiones espirituales y mentales de la persona.

En cuanto a la confrontación de dos variables como el afrontamiento y la ansiedad en cuidadores primarios de adultos con algún tipo de demencia, un no se ha abordado como interés en alguna investigación, aunque si se han abordado modelos de estrés, “En gran parte de la investigación centrada en la sobrecarga del cuidador opera algún tipo de modelo de estrés y afrontamiento, tanto explícita como implícitamente. Parte de la dificultad conceptual se presenta porque el evento estresante es típicamente una situación crónica”⁴. Entendiendo al concepto de estrés como una “tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves”⁵, que pueden llegar a desencadenar algún trastorno de ansiedad (crisis de angustia, agorafobia, fobia social, etc.) Por lo anterior resulta de suma importancia el enfoque de investigaciones hacia la confrontación de las formas de afrontamiento y los niveles de ansiedad, verificando así la relación que pueden llegar a tener, y que a partir de las formas de afrontamiento poder prevenir un trastorno de ansiedad, como los ya mencionados con anterioridad, la ciencia enfermera tendría mucho campo aplicación desde un modelo preventivo.

5.2. Afrontamiento

El ser humano en sus distintas etapas de la vida ante diversas circunstancias de estrés, ve involucradas sus entidades existenciales, es decir esos factores que nos

³ Ibídem. P.p 73-85

⁴ DEVI. Josep. RUIZ. Almazan Isabel. Revista multidisciplinaria de gerontología. Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. Asociación de familiares de Alzheimer de Barcelona. España. 2002; año 12 (1): 31-37.

⁵ Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Vigésimo segunda edición. Consultado el 31/05/2012; disponible en <http://www.rae.es/RAE/Noticias.nsf/Home?ReadForm>

hacen ser, seres humanos, dichos factores son: “biológicos, sociales y espirituales que constituyen una construcción ensamblada de tal manera que por un lado el organismo impone limitaciones a lo que el individuo puede hacer en un plano físico, pero es relativa si ponemos en marcha los recursos personales de afrontamiento y adaptación”⁶. Siguiendo la cita anterior, podemos deducir que cuando en el plano físico se nos limita para ayudar en la recuperación de la salud de una persona, podremos actuar en esos planos olvidados por las ciencias de la salud, mas aun en especifico por la ciencia del cuidado, la Enfermería, esos planos donde la espiritualidad y la parte social del ser, son los principales pilares para el mantenimiento de la salud; en donde la forma en la que puede llegar a afrontar alguna problemática presentada le va a permitir adaptarse de tal manera que no le afecte en ninguno de los factores del ser ya mencionados, de esta forma dar armas para que el cuidador se cuide a sí mismo, y entonces poder decir que la persona que brinda los cuidados esta apta para cuidar de otro sistema complejo como el ser humano; sería necesario estar atento a lo que ocurre con cada persona, conocer cómo su situación de salud le afecta a su estado emocional-espiritual mediante la empatía y la comunicación verbal y no verbal efectiva.

El afrontamiento se revela como un proceso complejo y multidimensional que es sensible tanto al ambiente (demandas y recursos) como a las disposiciones de personalidad. “Las formas de afrontamiento que resultan adaptativas serían aquellas que consiguen disminuir el distress fisiológico y mejorar la respuesta corporal (por ejemplo, mejorar la respuesta inmunitaria o disminuir el gasto cardiaco), minimizar las reacciones emocionales subjetivas negativas y amplificar las positivas, así como reforzar la auto-estima, aumentar recompensas y disminuir castigos o resolver los problemas y mejorar el rendimiento y ajuste social”⁷.

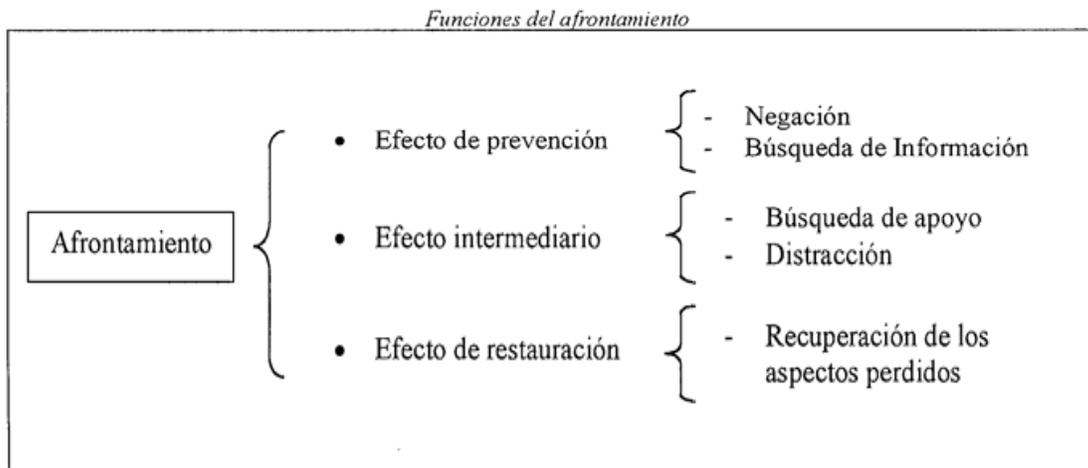
⁶ PINEDO, Velázquez, María. La revista de Enfermería y otras ciencias de la salud. Cuidados de Enfermería en el “sufrimiento espiritual” aplicando el modelo de Jane Watson. Salud, Arte y cuidado. Vol. 2. No. 2. Julio-Diciembre. 2009. P.p. 9

⁷ CAMPOS, Miryam. VELAZCO, Carmen. Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta-análisis de 13 estudios. Boletín de Psicología. No. 82; Universidad del País Vasco. Bilbao. Noviembre 2004. Pp. 25-44

Desde la perspectiva transaccional se considera que el afrontamiento constituye un proceso en el que se pueden distinguir diversos componentes. En primer lugar debemos hablar de la *valoración*, entendida como un proceso evaluativo en el que se establece tanto la repercusión que tiene un evento para el sujeto como las posibles formas de actuación ante el mismo. Podemos destacar dos grandes formas de valoración. En primer lugar, aunque no necesariamente en este orden, la denominada como *desafío*, en la que el individuo considera sus posibilidades para hacer frente al problema (supondría considerar la enfermedad como un reto); la segunda se denomina *amenaza*, entendida como la consideración de una situación que supera claramente los recursos del individuo. Ambas formas coexisten en las diferentes situaciones, aunque suele establecerse entre ellas una relación negativa, de manera que cuando un tipo de valoración aumenta la otra tiende a disminuir. Dentro del proceso de valoración también se consideran las diferentes posibilidades de acción haciendo que el individuo considere si puede hacerse algo al respecto. Hay que tener en cuenta que este proceso de valoración no se produce en un momento específico en el tiempo, sino que es un proceso que posee una duración en donde el individuo reconsidera sus valoraciones previas y reevalúa en función de los aspectos cambiantes de la situación. Ante la aparición de un determinado evento el individuo valora en qué le afecta y cuáles son sus posibilidades de acción. A partir de este proceso se emite una primera respuesta emocional, la cual posee unas características y una determinada intensidad. A continuación aparecerían los recursos que posee la persona, los cuales intentan resolver el problema y reducir el malestar que se ha producido por la situación. En caso de no disponer de los recursos necesarios o de no ser estos suficientes se ponen en marcha las estrategias de afrontamiento, las cuales se encuentran dirigidas al cambio en la situación y al cambio en la repercusión que ésta tiene en la persona. En la medida en que estas estrategias empleadas tengan el mínimo efecto, querrá decir que algo ha cambiado entre el individuo y la situación, produciéndose una reevaluación de los efectos de la situación, lo cual provoca una nueva respuesta emocional, que tendrá unas características y

también una intensidad, completándose así un bucle que finaliza con el agotamiento de la persona o con la finalización de la situación⁸.

El afrontamiento, además de considerarse con un efecto restaurador también puede plantearse desde un punto de vista preventivo o intermediario o con un efecto de restablecimiento en el ajuste psicosocial. El aspecto *preventivo* afecta al impacto emocional sufrido. La negación inicial de un diagnóstico temido o desfavorable aporta un poco de paz mental. En el presente inmediato un paciente represivo no tendrá que afrontar las emociones displacenteras. Otros pacientes buscarán apoyo social y atención, obteniendo de esta manera información adecuada que le permitirá valorar los riesgos posibles. El aspecto de *intermediario* es probablemente el más importante. Pese a que el impacto del estresor se encuentra presente en el inicio su influencia posterior se encuentra compensada. Nuevamente la búsqueda de atención. El afrontamiento también resulta importante en cuanto a la *obtención del equilibrio*. Desde un punto de vista a largo plazo el *coping* permite al individuo recuperar lo perdido, bien sea intrapsíquico, de relaciones sociales o de obligaciones del entorno familiar o próximo⁹.



Fuente: Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento es psicooncología. Funciones del afrontamiento. José Soriano. Boletín de psicología; No75 Julio 2007. P. 80.

⁸ Óp. cit. SORIANO. José. P.p. 76-77

⁹ Óp. cit. SORIANO. José. P.p. 79-80

5.2.1. Estrategias de afrontamiento

La respuesta o conjunto de respuestas que emite una persona para manejar un acontecimiento o situación que juzga estresante depende de sus “recursos de afrontamiento” (incluyéndose aquí su capacidad y habilidad para llevarlas a cabo). Es decir, depende de que tal persona disponga de tal o cuáles conductas, estructuradas o no en una pauta comportamental (estrategia), dentro de su repertorio conductual, y además dependerá de que el contexto social y cultural le ofrezca el recurso correspondiente. Así pues los recursos de afrontamiento pueden ser: físicos, psicológicos, estructurales, sociales y culturales¹⁰.

La investigación ha subestimado el poder de los mediadores. La manera usual de analizar es determinar si la fuerza de la relación entre un estresor y un resultado esta reforzada o atenuada en diferentes condiciones de mediación. La amortiguación se asume que actúa cuando el efecto mitigador de la mediación aumenta con la severidad del factor estresante. Hace referencia específicamente a la capacidad de los mediadores de limitar la proliferación de estos. El afrontamiento, y el soporte social son generalmente entendidos como mediadores principales. El hacer frente, representa conductas y prácticas de los individuos en respuesta a problemas de la vida, con tres posibles funciones:

- a) Manejar la situación donde aumenta el estrés.
- b) Manejar el significado de la situación, en la que la amenaza disminuye.
- c) Manejar los síntomas del estrés que resultan de la situación.

Se ha visto que hacer frente no es simplemente una respuesta individual, aunque es como previamente ha sido estudiado, sino un proceso interactivo entre individuos que son significativos los unos con los otros; a menudo es la familia pero también puede incluir amigos, vecinos, etc. Representa una interacción que continua entre los miembros de una familia y aquellos que están cercanamente

¹⁰ RODRIGUEZ, Marin Jesús. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*. Vol. 5, suplemento. ISSN 0214-9915. Departamento de Psicología de la Salud. Facultad de Medicina. Universidad de Alicante. P.p. 349.

asociados con ellos, así como el entorno. Las familias que resolvían estas cuestiones satisfactoriamente a menudo conseguían cierta armonía y no tendían al caos y a la desintegración.

El ajuste psicológico y físico individual del cuidador correlacionaba de forma elevada con la respuesta global de la familia a la persona deteriorada. Las familias que estaban altamente trastornadas por la presencia de un familiar enfermo, que tenían sentimientos negativos prolongados hacia él, que se enfadaban o que lo percibían como una carga, tendían a caracterizar al cuidador de depresivo y enfermo.

La palabra afrontamiento se utiliza en dos contextos:

- a) Referido a conductas obtenidas en respuesta a un evento estresante para minimizar el distrés emocional
- b) Referido a buscar información, a cambios físicos y a compartir sentimientos.

Todo esto son respuestas de afrontamiento. Se han de mirar los resultados para valorar si una familia afronta correctamente. Considerando el nivel familiar, las familias cohesionadas, expresan sus sentimientos, estimulan la independencia de los miembros de la familia y no tienen demasiados conflictos o no son muy controladores, funcionando mejor que las familias que no tienen estos atributos. De todas maneras es importante recordar la naturaleza subjetiva de muchos de los criterios de los resultados, especialmente en el contexto clínico. En algunos casos la supervivencia sería una buena medida del afrontamiento positivo, en otras sería la calidad de vida, etc.; esto depende del criterio que se aplique a la familia.

Cuando se diagnostica la enfermedad a un familiar puede generar las siguientes tareas:

- a) Tarea de conocimiento (saber que es la enfermedad)
- b) Tarea personal (tratar con sentimientos de choque, falta de creencias y miedo).
- c) Tarea interpersonal (dar y tener soporte de la pareja y la familia);

- d) Tarea informal (identificar las modalidades apropiadas de tratamiento)
- e) Tarea social-integrativa (comunicar el diagnóstico a la comunidad, vecinos, etc.).

La lista de tareas potencialmente adaptativas puede variar, se ha de aprender a identificar las tareas adaptativas asociadas a diferentes niveles. Se ha de valorar la habilidad de cada miembro de la familia para tratar con las diferentes tareas. Algunos datos demuestran que reestructurando el entorno familiar más positivamente, habrá resultados más adaptativos para los miembros de la familia. Evidencias clínicas sugieren que las familias con discrepancias serias entre los miembros, en términos de los estadios del proceso de adaptación o en actitudes hacia el familiar, se pueden caracterizar por resultados individuales más negativos. Una de las influencias más importantes en el buen afrontamiento familiar es el intercambio con el mundo exterior, una fuente de estrés para las familias es la respuesta social a la enfermedad. En muchos casos esta respuesta es negativa y punitiva. Aunque hay evidencias claras que el soporte social mediatiza el estrés de manera positiva¹¹.

Skinner¹² y sus colaboradores identifican, a partir de las 400 formas de afrontamiento que obtuvieron de los análisis de 100 medidas de *coping* para adultos y para niños y adolescentes con distintos estresores, 13 familias de *coping* que podrían aplicarse para clasificar las estrategias de afrontamiento.

1.- *Resolución de Problemas*: Esta familia se caracterizaría por contener clases de ítems agrupados en base a los prototipos de afrontamiento de acción instrumental, activa y centrada en el problema, y relacionadas cercanamente estarían el análisis lógico, esfuerzo, persistencia y determinación. Marcando su funcionalidad en el proceso de adaptación al entorno, ajustando acciones para lograr modificarlo, también incluiría las estrategias de aproximación y focalización en el problema, optimización, compensación y reparación. La *toma de decisiones*

¹¹ Óp. Cit. DEVI. Josep. RUIZ. Almazan Isabel. P.p. 34

¹² SKINNER, M., Carver, C. y Bridges, M. (2003). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.

cognitiva (incluyendo estrategia y planificación) caía en el mismo factor de primer orden como *resolución de problemas directa* (desempeño de acciones directas).

2. *Búsqueda de Apoyo Social*: Esta categoría aparecía en 88 de los sistemas revisados por Skinner¹³ incluyendo la búsqueda de contacto y consuelo, la ayuda instrumental o consejo y el apoyo espiritual. La búsqueda de apoyo social, con fines instrumentales, informativos y emocionales, es una forma de afrontamiento frecuente. El 54% de las personas lo utilizaban para enfrentar y tratar de modificar un estado de ánimo negativo, aunque generalmente se asociaba a descargar emociones más que a buscar apoyo, evaluándose como eficaz solo a veces 5,6 en una escala de 1 a 9.

3.- *Huida/evitación*: Esta familia incluye la desconexión mental, desconexión o evitación cognitiva y/o conductual, evitación del problema, denegación, desconexión voluntaria y huida, que implicarían esfuerzos por desengancharse o estar lejos de la transacción estresante o de un entorno que no es contingente con las necesidades y metas de la persona. La distracción no se incluye en esta familia, La *evitación cognitiva* (por ej., “Hice esfuerzos para evitar pensar en el problema”), *conductual* (por ej., “Evite exponerme a situaciones estresantes o escapé, me fui de ellas”), el *pensamiento desiderativo o fantástico* (por ej., “Deseé haber podido cambiar lo que sucedió o como me sentí”), el resistirse a aceptar lo ocurrido o *negación*, *el uso de alcohol y drogas para olvidar* el problema, son formas de afrontamiento de evitación que siendo inadaptativas a largo plazo, son frecuentes en el momento mismo de lo ocurrido y sirven para minimizar la respuesta afectiva en el momento climático del estrés ya que ayudan a coordinar acciones y demandas del entorno.

4.-*Distracción*: Referida a los intentos activos para tratar con una situación estresante mediante el enganche en una actividad alternativa agradable, esta categoría incluye una variedad de actividades alternativas a la situación estresante (hobbies, ejercicio, ver la TV, ver a los amigos o leer). Se considera una parte de la familia del *coping* por control secundario o acomodativo, que incluye aceptación

¹³ Ibid.

y minimización junto con reestructuración cognitiva. La distracción se asocia a menor depresión y malestar. Este estilo se considera adaptativo cuando no se vivencia como una obligación compulsiva y se asocia a la gratificación y al placer. Entendiendo la distracción como sublimación o canalización de emociones inadaptadas a actividades socialmente aceptables, este estilo de afrontamiento habría predicho el ajuste social, la satisfacción vital y el apoyo social 20 años después de ser evaluada.

5.- Reevaluación o Reestructuración Cognitiva: Se refiere a los intentos activos de cambiar el propio punto de vista sobre la situación estresante, con la intención de verla con un enfoque más positivo. Incluye focalizarse en lo positivo o pensamiento positivo, auto-reconfortarse («Me dije que el problema no era tan importante»), optimismo, minimización del distress o de las consecuencias negativas y crecimiento personal. Se considera parte de afrontamiento acomodativo o secundario y también se puede combinarse con resolución de problemas para formar la familia de *Coping* activo. Además, las respuestas de autoreconfortarse y de autocontrolarse, cuando se asocian a la expresión regulada, hacen parte de la respuesta primaria de regulación emocional.

6.-Rumiación: Se refiere a la focalización repetitiva y pasiva en lo negativo y las características amenazantes de situación estresante, incluyendo formas de afrontamiento de menor orden como pensamientos intrusivos, negativos, catastrofismo, amplificación de la ansiedad, autoinculpación o autoresponsabilización y miedo. También se ha considerado como una forma de perseverancia rígida (opuesto a la acomodación flexible) y junto con la activación psicológica y emocional, se considera una reacción al estrés. Es muy frecuente que las personas hagan introspección y se absorban en reflexionar sobre sí mismos en respuesta a un hecho negativo, aunque el autoresponsabilizarse de éstos reforzará las cogniciones negativas sobre sí mismo y probablemente, por esta vía, se reforzará la afectividad negativa impidiendo además la modificación del sentido de lo ocurrido y la adopción de estrategias constructivas de distracción o solución del problema, si el problema es resoluble. Hay que señalar que las

personas que tienden a reprimir sus sentimientos y a evitar pensar también sufren de periodos de pensamientos recurrentes, por lo que la inhibición y la rumiación se consideran asociadas en un mismo proceso disfuncional. Probablemente, la rumiación repetida va a reforzar el estado de ánimo negativo y si no se asocia a la búsqueda de un sentido alternativo tampoco ayudará a la asimilación del hecho traumático.

7.- *Desesperación o Abandono*: Esta familia de afrontamiento se refiere al conjunto de acciones organizadas en torno al abandono o renuncia del control a la hora de manejar de una situación que se percibe como incontrolable y difícil para lograr evitar castigos y obtener recompensas. Estas respuestas se caracterizan por el abandono conductual (aceptar que no se puede hacer nada) unido a la impotencia (rendirse, indefensión). Incluye la inactividad, pasividad, abandono, estoicismo, parte de resistencia, desesperanza confusión, interferencia cognitiva, abatimiento o desanimo y pesimismo, que serían clásicas del constructo de Indefensión Aprendida. En general, el abandono de resolución del problema se asociaba con depresión, mayores problemas de conducta y menor ajuste social.

8.- *Aislamiento Social*: El conjunto de respuestas orientadas a aislarse del entorno social, a ocultar sus sentimientos y protegerse evitando contactar con otros o prevenirse de que otros sepan sobre la situación estresante o sus efectos emocionales, constituye la respuesta de abandono. Incluye la evitación de los demás, ocultación, aislamiento, estoicismo, parte de la desconexión o desvinculación y abandono emocional. La evitación del contacto social se asocia con depresión, mayores problemas de conducta y menor ajuste social en niños y adolescentes.

9.- *Regulación Afectiva*: Skinner¹⁴ la definen como los intentos activos de influir sobre el distress emocional y expresar constructivamente las emociones en el momento y lugar adecuados, de manera que los recursos sociales que la persona tiene disponibles queden protegidos sin que la confianza en uno mismo disminuya. Considerada parte de las actividades de autocontrol junto con conductas de

¹⁴ Óp. Cit. Skinner.

autorregulación por algunos autores, en ella se incluirían la expresión emocional, el autoreconfortarse o tranquilizarse a uno mismo, control emocional, relajación y expresión emocional. Se ha diferenciado una forma de *aproximación emocional constructiva*, (experiencia, entendimiento y expresión emocional) de las formas de afrontamiento centradas en la emoción que reflejan una descarga incontrolable de emociones negativas (*ventilación emocional*). Actividades como la relajación, el ejercicio físico como estimulador del nivel energético (por ej.: dar un paseo) o formas activas de modificación del malestar personal como tomar un baño, se entienden como conductas de *reparación directa emocional*. Estas eran evaluadas como más eficaces que las formas de reparación emocional pasiva (descansar, dormir, comer, ver la TV, beber café o similares) y se asociaban a la reestructuración cognitiva positiva, la distracción y el humor.

10.- Búsqueda de Información: Esta familia de afrontamiento haría referencia a la tentativa de aprender más sobre la situación estresante, incluidas sus causas, consecuencias y significado, así como a estrategias de intervención. Constituiría una forma habitual de responder al estrés, siendo similar a otras formas de afrontamiento como la sensibilización, seguimiento y vigilancia la búsqueda de información repetitiva se asocia al rasgo de personalidad de sensitización o vigilancia rígida, vinculada a la alta reactividad ante el estrés y a la ansiedad, así como a la rumiación. Pensar voluntariamente, la rumiación y la búsqueda de apoyo social informativo generalmente se asocian, considerándose que la búsqueda de información para atribuirle un sentido a lo ocurrido, junto con la reconstrucción positiva, son las dos tareas cognitivas centrales para asimilar un hecho estresante negativo.

11.- Negociación: Esta familia agrupa, en general, los intentos activos de persuadir a otros, hacer un trato o arreglo, proponer un compromiso o pacto, con el fin de disminuir el estrés, siendo una de las formas más comunes de afrontar los estresores interpersonales. Incluiría el establecimiento de prioridades, reducción de las demandas, y modificación de estresores. En el ámbito de la autodeterminación personal, se considera una respuesta constructiva autónoma a

los miedos coercitivos, pudiéndose asociar también a la comunicación asertiva. Un ejemplo de negociación afiliativa o búsqueda de seguridad social o control vicario sería el ítem “Pensé que otras personas, como amigos y familiares, personas con conocimiento y status, podían influenciar, cambiar o ayudarme con las decisiones sobre mi problema”, que se ha mostrado como más eficaz que el afrontamiento directo ante situaciones de limitado control personal.

12.- Oposición y confrontación: Esta familia agrupa el componente conflictivo y de expresión de emociones negativas ante estresores interpersonales, incluyendo la confrontación o expresión de enojo a terceros, agresión o culparles atribuyéndoles la responsabilidad del problema. En ella se incluirían la proyección, reactancia, ira, descarga y ventilación emocional. Es una categoría controvertida al solaparse con problemas externalizados de “conducta y con síntomas de psicopatología”¹⁵. Este estilo de afrontamiento se considera inadaptable, y se asocia a la depresión y ansiedad. Sin embargo, junto con la elaboración ideológica y la movilización social forma parte de los estilos de afrontamiento de tipo colectivo, que en algunos casos se asocian a minimización del estrés.

13.- Afrontamiento mediante participación en rituales públicos, privados y religión: Aunque esta categorización no se recoge en el estudio de Skinner¹⁶, existe evidencia empírica que muestra los efectos positivos de los rituales públicos y privados religiosos como forma de afrontar hechos estresantes, en particular de pérdida. “Además, la religiosidad se asocia al bienestar, y el afrontamiento mediante rezar y participar en ritos religiosos, mencionado frecuentemente en poblaciones de EEUU, se considera efectivo, presentando funciones psicológicas para la adaptación (ayuda a dar sentido y amortiguar el estrés)”¹⁷.

Los autores anteriormente mencionados, trataron el afrontamiento desde una perspectiva psicológica, para la ciencia del cuidado se cuenta con una teórica que aborda el tema de adaptación y afrontamiento, del cual se desprende una teoría

¹⁵ Op. Cit. Skinner.

¹⁶ Op. Cit. Skinner.

¹⁷ Op. Cit. CAMPOS, Miryam. VELAZCO, Carmen. P. 27

para la atención de Enfermería; verificar su aportación para las ciencias dedicadas a la atención de la salud resulta esencial.

5.2.2. El afrontamiento según Callista Roy

Ante situaciones que requieren la respuesta del individuo como sucede en la problemática de la convivencia diaria con un enfermo con demencia, los cuidadores principales necesitan poner en marcha sus recursos personales, que pueden ser tanto cognitivos como conductuales, con el fin de resolver la situación.

“El estudio de los procesos de afrontamiento para la adaptación tiene un interés central porque de su eficacia depende el mantenimiento y la recuperación de la salud. Este proceso hace referencia a todos los esfuerzos que realiza una persona por controlar los estímulos del medioambiente”¹⁸, así como a las diferentes estrategias que utiliza permanentemente para afrontarlos; en el caso de padecimiento de una demencia, no únicamente la persona que lo padece resulta afectada, sino también aquellas personas que lo rodean, ya que el proceso del cuidado se extiende a lo largo de la vida del enfermo. “Este tema es de gran interés para Enfermería, y por esta razón ha sido abordado por diferentes teóricas de la disciplina, entre ellas Callista Roy, quien en su modelo conceptual de adaptación considera a la persona como un sistema adaptativo holístico que se encuentra en continua interacción con un medio ambiente cambiante”¹⁹.

En el 2004, Callista Roy desarrolló una teoría de mediano alcance sobre el proceso de “afrontamiento y adaptación”, derivada de su modelo conceptual, en la cual describe las estrategias que utiliza la persona para responder a las influencias y cambios ambientales para crear una integración humana y ambiental”²⁰

El ambiente según este modelo, tiene estímulos focales, contextuales y residuales, que al entrar en contacto con la persona, desencadenan unas respuestas mediadas por los procesos de afrontamiento innatos y adquiridos, las cuales se

¹⁸ GUTIERREZ, López Carolina. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación” de Callista Roy. Revista Aquichan. ISSN1657-5997. Año 7 No.1. Chia, Colombia. Abril 2007. P. 56

¹⁹ ROY C, Andrews HA. The Roy adaptation Model. Stanford: Appleton y Lange; 1999, P 31-46

²⁰ ROY Callista. Coping and adaptation Processing Scale: Development and testing. En prensa; 2004.

ven reflejadas en cuanto modos de adaptación: el modo fisiológico, el modo de autoconcepto, el modo de función del rol y el modo de interdependencia. Los procesos de afrontamiento están dados por el subsistema regulador y el cognitivo. El primero es innato, responde a través de unos canales neuronales, químicos y endocrinos. Los estímulos ambientales actúan como entradas al sistema nervioso y afectan el equilibrio hidroelectrolítico, el equilibrio ácido-base y el sistema endocrino. De esta manera las respuestas son automáticas e inconscientes, y se expresan fundamentalmente en el modo fisiológico.

El proceso de afrontamiento cognitivo está íntimamente relacionado con la conciencia encargada de monitorizar y regular el comportamiento humano, por ello es fundamental en el proceso de adaptación, entendido este como “el proceso y resultado por el cual la persona utiliza la conciencia consciente para crear una integridad humana y ambiental”²¹; este subsistema responde a través de cuatro canales cognitivo-emotivos: procesamiento perceptual y de información, aprendizaje, juicio y emoción. Gracias a estos procesos, la persona interpreta la situación y otorga un significado a los estímulos ambientales, y con base en ellos da una respuesta consciente para promover su adaptación.

Este procesamiento de la información se da en tres etapas secuenciales, las cuales están relacionadas entre sí, Roy las ha denominado como entradas, procesos centrales y salidas:²²

- Entradas: las entradas involucran los procesos de alerta, atención, sensación y percepción. El estado de alerta y la atención procesan la información en una forma automática o controlada, de tal forma que las experiencias sensoriales se transforman en una percepción o representación mental que se relaciona con la experiencia y el conocimiento del mundo que tiene la persona, y dirigen los mecanismos de percepción hacia el estímulo en el campo de la conciencia.

²¹ Óp. Cit. ROY Callista. The Roy adaptation Model.

²² ROY Callista. Human Information Processing. In: Fitzpatrick JJ et al. Annual Review on Nursing Research. Springer Publishing Co.; 1988, 6: P 237-262

- Procesos Centrales: los estímulos percibidos son procesados mediante la codificación y formación de conceptos, la memoria y el lenguaje. La principal habilidad del cerebro es almacenar la información, codificando representaciones de la experiencia, lo cual le permite correlacionar, analizar e interpretar las sensaciones para poder afrontar en forma efectiva el ambiente.
- Salida: (planeación y respuesta motora). Los seres humanos actúan de acuerdo con la interpretación que hacen el ambiente, y con base en ella formulan unas metas y unas etapas para cumplirla. Los comportamientos se expresan a través de las respuestas motoras en los cuatro modos de adaptación.

En su modelo Roy relaciona estas etapas con el estímulo focal, el cual adquiere un significado especial a la luz de los estímulos contextuales y residuales relacionados con la experiencia y educación. Cuando hay problemas, el modelo de procesamiento de la información es fundamental; con base en este la persona construye nuevos conocimientos a través de los recuerdos y las experiencias nuevas, lo cual le permite desarrollar nuevas capacidades o destrezas para la solución de los mismos.

“Con base en lo anterior puede decirse que este es un proceso dinámico y multidimensional. Es dinámico porque depende de la interacción entre el individuo y el entorno, la cual esta mediada por factores personales, sociales y ambientales que se modifican en forma permanente. Se considera multidimensional porque cada persona utiliza diferentes estrategias para afrontar variadas situaciones”²³, situaciones como la de afrontar un padecimiento crónico de un familiar, y de esta forma pasar de ser un miembro de la familia mas, a una persona en la que recae la responsabilidad del mantenimiento de la salud o sustitución de las funciones de la persona afectada, en otras palabras, pasa a ser el cuidador primario de esta.

²³ Op. Cit.: GUTIERREZ, Lopez Carolina. P. 57

5.3 El cuidado / cuidar

La morfosintaxis de la palabra cuidar, nos lleva al verbo que denota acción, derivando en un sustantivo que es el cuidado, que a su vez denota resultado o intervenciones, el adjetivo cuidado denota cualidad. El término cuidar es polisémico. La acción de cuidar es un hecho humano, está enraizada en la vida misma, realizada por los seres humanos con fines variados, desde tiempos remotos, hasta nuestra era, aún siendo una acción humana y pudiendo dirigirse a diferentes aspectos, puede también depender del entorno en el que se encuentra inmersa la persona cuidada y de igual modo el entorno del cuidador; Cuidar y curar no son sinónimos, pero tampoco excluyentes.²⁴

La enfermera F. Colliere define cuidar como: “Mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables que son diversas en sus manifestaciones²⁵”.

El ser humano está creado para cuidar y ser cuidado. Necesita cuidar a otro para desarrollarse a en el sentido ético, también necesita ser cuidado en diferentes etapas para poder hacer frente a las barreras de la vida y alcanzar la plenitud.

Colliere define cuidados como: “Conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo²⁶”. Los cuidados son tan antiguos como el hombre.

El cuidar no es exclusivo de una profesión, esto no quiere decir que no pueda desarrollarse siguiendo una serie de principios y convertirse en una profesión.

La historia de los cuidados se origina alrededor de dos ejes:

- Asegurar la continuidad de la vida
- Enfrentarse a la muerte

Asegurar la continuidad de la vida, se inscribe en los seres vivos desde el principio de los tiempos, los cuidados nacen a partir de unas necesidades básicas, como proteger recursos, territorio, alimentarse; Son necesarios para que la vida

²⁴ ZARATE Grajales Rosa A.. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm [revista en la Internet]. 2004 Jun [citado 2012 Oct 19]; 13(44-45): 42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000100009>.

²⁵ COLLIERE Marie-Francoise. Promover la vida. 2a Ed. McGraw-Hill; México 2009. Pp. 350.

²⁶ Ibid.

continúe: cuidados de la mujer, niños, muertos, recursos; Todas estas actividades crean en el grupo unos ritos y creencias que constituyen un patrimonio. Al atribuir estas actividades a hombres y mujeres, nace la primera división sexual en el trabajo.

Enfrentarse a la muerte, asegurar la supervivencia es algo difícil, para asegurar la vida hay que enfrentarse a la muerte. En la evolución del papel del chamán, aparece el sucesor, que es el médico, un nuevo descriptor del mal, es un especialista mediador entre los signos y síntomas del enfermo. Con la aparición de los hospitales se genera la posibilidad de experimentar nuevas técnicas y buscar el foco del mal se convierte en la principal preocupación del médico, así nace la clínica. Con el avance de las tecnologías el médico es capaz también de determinar lo que la persona tiene que hacer. Los cuidados médicos son los únicos que se consideran científicos, los de asegurar la vida pierden auge. Se empieza a relacionar el cuidado con tratar la enfermedad.

Por lo anterior los cuidados para asegurar la vida deberían de ser considerados socialmente como los más importantes pues estaríamos prolongando la aparición de los cuidados para enfrentarse a la muerte, los cuidados primeros citados, muy comúnmente se proporcionan dentro del seno familiar siendo estos, cuidados informales. Los cuidados enfermeros son la profesionalización de la actividad humana de cuidar, considerándose estos cuidados profesionales con una base científica.

Con frecuencia el cuidado es invisible, como expresa Collière, "cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud enfermedad estando presente, son acciones invisibles. Para cuidar en el sentido más amplio, es decir, conocer a la persona, su entorno y apoyarla hacia mejorar su salud, la enfermera necesita algo que es limitado: "tiempo". Un tiempo muy corto significa un cuidado de enfermería incompleto, ya que se cumplirá sólo con las actividades

rutinarias, pero entonces se sacrifica una parte esencial del cuidado, el que exige reflexión, apoyo, confort y educación”²⁷.

El cuidado comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, así como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidados, así también la identificación del significado del cuidado para quien lo otorga y para quien lo recibe, la intención y la meta que se persigue. Por lo tanto la práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el "qué" del cuidado y el "cómo" de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones. Desde esta perspectiva se trata de un cuidado innovador que une la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona, la cual en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud²⁸, denominándose este cuidado como formal o profesional; por otra parte un familiar que se dedica al cuidado de una persona, dentro de su núcleo familiar, puede contar con el tiempo, el amor, la dedicación, siendo estas, como ya se mencionó, parte esencial del cuidado, pues “Las personas encargadas del cuidado de un ser con demencia consideran que la capacidad de amar es una condición primordial, pues les permite ser pacientes, tolerantes y conscientes para asumirlo con responsabilidad y dedicación. Así, la acción de cuidar se convierte en una prioridad para quien la lleva a cabo y puede cumplir con sus exigencias”²⁹. Que si bien es cierto es denominado cuidado informal, ya que no cuenta con la preparación para ejercerlo profesionalmente, aunque con la información necesaria y adecuada acerca del padecimiento de su familiar puede ser aun más fácil el afrontamiento tanto con la enfermedad como con el nuevo rol que está adquiriendo, es aquí donde la labor de la enfermera puede ser primordial para apoyar al cuidador primario en dicho afrontamiento,

²⁷ Collière MF (1986). Invisible Care and Invisible Women as Health Care-Providers. *International Journal of Nursing Studies*, 23 (2):95-112

²⁸ Op. Cit. ZÁRATE. G. Rosa.

²⁹ Gómez Gómez MM. Estar ahí, al cuidado de un paciente con demencia. *Invest Educ Enferm*. 2007; 25(2): 60-71.

mediante la proporción oportuna y adecuada de información tanto de los cuidados pertinentes para su familiar como de la evolución de su padecimiento.

5.4 El cuidador primario

Para que el paciente con demencia siga viviendo en comunidad de una manera confortable y segura, necesita de un cuidador. El cuidador principal, sea o no familiar, y sin que medie un salario, es el encargado de proporcionar al paciente con demencia la atención necesaria y los cuidados diarios.

Domínguez Alcón señala que el “cuidado informal se brinda porque existen lazos de afectividad, un compromiso durable, desinteresado y, a la vez, un sentido de obligación”³⁰. “Debido a que en la familia no todos cuidan igual, habrá un miembro que estará más directamente implicado en el cuidado del paciente; éste, se denomina cuidador principal”³¹, o también conocido como el cuidador primario.

El manejo de una persona con demencia es una situación compleja que, a lo largo de este proceso, conduce al cuidador principal por fases diferenciadas. Para la aproximación a la vida de las personas encargadas de cuidar un paciente con demencia y orientar el conocimiento sobre lo que significa cuidarlos.

Este cuidador participa en la toma de decisiones, supervisa y apoya la realización de las actividades de la vida diaria para compensar la disfunción existente en la persona con la enfermedad. Los cuidadores familiares son en su mayoría mujeres de edad intermedia, menores que el receptor del cuidado, con estados civiles variados, algunas empleadas y otras amas de casa, con niveles de educación y socioeconómicos heterogéneos, quienes por lo general cuidan al ser querido desde el momento de su diagnóstico y llevan cuidándolo más de seis meses. Estas personas sienten que la actividad ocupa la mayor parte del día y, por lo general, desconocen el rol que asumen.

“Puesto que los patrones de comportamiento familiar en salud dependen, en gran medida, de aspectos culturales modificados por las influencias del entorno en

³⁰ DOMÍNGUEZ Alcón C. Cuidado informal: redes de apoyo y política de la vejez. *Index Enferm.* 1998; 23(7): 15–21.

³¹ PEARLIN L, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist.* 1990; 30(5): 583-594.

donde cada día se presentan más amenazas frente a un estilo de vida saludable, y dado que estas amenazas terminarán aumentando la incidencia de enfermedad crónica³², se debe tener en cuenta una herramienta adicional para fortalecer el cuidado preventivo del cual a la fecha poco nos hemos ocupado, tomando en cuenta sobre el gran factor de riesgo al que el cuidador primario se enfrenta, y esta es la de padecer algún trastorno de ansiedad, debido a esto la enfermería debería voltear a ver a los cuidadores de personas con demencia e implementar programas preventivos, y solicitar a los especialistas en salud mental su valiosa orientación hacia las familias y no únicamente hacia las personas con este padecimiento.

5.4.1 La familia y los cuidados

Entendemos la familia como un sistema de personas unidas y relacionadas por vínculos de afecto y proximidad, que pueden conllevar parentesco o no y que conforman el primer marco de referencia y sociabilización del individuo, es el núcleo básico donde se desarrollan los individuos, siendo indispensable en el proceso de integración, normalización y de cuidados, ya que a pesar de los diferentes servicios de la red pública y de los recursos disponibles, éstas son actualmente las principales “proveedoras” de cuidados.³³ La familia siendo el primer núcleo social al que el ser humano tiene contacto, resulta ser parte fundamental para el cuidado de una persona, “la familia es, sin duda, un recurso de gran valor y así debemos considerarla para poder actuar en consecuencia”³⁴, regresando así a los cuidados de conservación de la vida, mencionados ya por la enfermera Colliere.

La familia que rodea de manera activa al paciente con demencia asume el reemplazo del cuidador principal, para que haga sus salidas y vueltas cuando lo necesita, y no sólo aporta económicamente, sino también con la compañía y el encuentro familiar. Los acuerdos familiares y una responsabilidad compartida

³² PINTO Afanador Natividad. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa “cuidando al cuidador”. Revista Aquichan; Año 5, Vol. 5, No.1. Chia, Colombia; Octubre 2005. P. 129

³³ González Varea. Cuidar a los cuidadores: atención familiar. Enfermería global. Universidad de Murcia. no6. mayo 2005. P. 3

³⁴ *Ibíd.* P. 3

facilitan la atención del paciente y, a su vez, se favorece la permanencia del cuidador principal en el cuidado. La organización de todos los asuntos alrededor del cuidado de un ser querido genera ambientes propicios para ello.

Aunque no en todos los casos la familia suele ser un factor protector, sino que también puede ser algo contraproducente “Cuidar de un familiar dependiente puede suponer una alteración en los roles y las tareas, así como la necesidad de asumir nuevas exigencias económicas y una reorganización en la vida familiar cotidiana. Por tanto, cuando a un miembro de la familia se le diagnostica EA, la estructura y las relaciones de la familia se ven modificadas y no siempre de forma favorable”³⁵, es aquí donde el profesional de Enfermería podría intervenir con la familia, con la finalidad de orientarla para llegar a un afrontamiento más saludable hacia el grupo, “para la familia no es fácil hacer frente a esta situación y necesitan que el profesional de Enfermería les brinde apoyo moral, les asesore y les proporcione información de los recursos que puedan facilitar el cuidado del enfermo”³⁶.

“Según la A.F.A. (Asociación de Familiares de Alzheimer) el sistema familiar en su conjunto padece la enfermedad de Alzheimer, en el caso de que ésta se produzca. Por ello, cuando la familia conoce el diagnóstico de su familiar afectado, la AFA aconseja que dicha familia en su conjunto o el cuidador/res del afectado por la demencia, se informe sobre tal enfermedad así como de su evolución: fases clínicas, sintomatología más característica, precauciones que deben de tomar, necesidades asistenciales y algún consejo práctico para el cuidado de estas personas enfermas.”³⁷

En los casos en los que la familia no suele ser de mucho apoyo para el cuidador principal (CP), puede ser este un factor de riesgo para que el CP, desarrolle un trastorno mental (trastornos de ansiedad) derivado del estrés y desgaste del cuidador provocado por la gran responsabilidad que implica cuidar a un miembro

³⁵ ESANDI, Nuria. Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer. Gerokomos. España 2011. 22 (2). P. 52-61

³⁶ Ibid.

³⁷ Roig M^a Vicenta. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. anales de psicología. Universidad de Murcia; España 1998, vol . 14, nº 2, 215-227.

de la familia “El cuidado del anciano dependiente realizado por el cuidador familiar tiene aspectos positivos y negativos. En el polo positivo existe la posibilidad de un ambiente más humanizado. En el polo negativo, destacamos el desgaste del cuidador, las situaciones conflictivas entre familia y cuidador”³⁸

5.5 Ansiedad en el cuidador primario

El cotidiano del cuidador familiar del anciano con dependencia puede provocar, a veces, comportamiento agresivo de ambas partes, y la sensación de exigencias excesivas por parte del anciano cuidado puede llevar al desarrollo de ese síndrome. Ya tenemos indicios de ese fenómeno en contactos con cuidadores, pero faltaba un estudio sistemático. Por la relevancia que el cuidador familiar asume en el cuidado con el anciano, necesitan ser implementadas iniciativas en los servicios de salud que recojan prevenir el estrés del cuidador³⁹.

“El cuidar a un paciente con demencia conlleva una serie de riesgos a la salud física y mental. Se realizó una revisión de 9 estudios sobre salud mental de cuidadores y encontraron que en 7 de estos reportaban niveles altos de depresión y ansiedad. Y en un estudio con 109 cuidadores de pacientes con demencia reportaron que el 28% de la muestra presentaba depresión, 3% ansiedad y el 33% morbilidad psiquiátrica”⁴⁰.

Los estudios sobre la salud del cuidador principal han encontrado menos efecto sobre la salud física que sobre la salud psicológica; asimismo, los problemas de salud del cuidador están más relacionados con los comportamientos del enfermo que con el nivel de dependencia y la intensidad de los cuidados.

El cuidador principal puede desarrollar desde una depresión a cambios conductuales, reacción de duelo, estrés, dependencia, alteraciones afectivas, irritabilidad, ansiedad, soledad y sobrecarga de trabajo. La identificación y el

³⁸ DA SILVA, M.J. MARQUES Braga. Evaluación de la presencia del síndrome de Bourbout en cuidadores de ancianos. Enfermería Global Revista electrónica. Junio 2009. No. 16. Consultado en Abril de 2012. Disponible en: www.um.es/global

³⁹ Ibíd.

⁴⁰ Idem.

diagnóstico de la depresión pueden ser difíciles por estar muchas veces solapadas con el gran impacto que produce la enfermedad coronaria en la familia. Es necesario por parte de la enfermera hacer intervenciones con el cuidador principal y así poder detectar precozmente la presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión en el paciente. Esta detección facilitará remitirlo, también precozmente, al profesional de la salud que debe realizar el diagnóstico y su posterior tratamiento, ya sea el psiquiatra o el psicólogo⁴¹.

El detectar a un paciente con algún nivel de ansiedad suele ser complicado debido a que “muchas veces, y aunque resulte paradójico, no siempre están dispuestos los cuidadores de los enfermos de Alzheimer a reconocer el sufrimiento emocional que padecen. Es relativamente frecuente que el cuidador niegue soportar un peso superior a sus fuerzas, y se oponga a que alguien dude de su capacidad física y psíquica para ocuparse del cuidado de su familiar”⁴², es por ello la importancia de la necesidad de prestar atención a la familia y a los cuidadores primarios de personas con demencia, para lograr identificar los niveles de ansiedad que estos puedan manejar y prevenir así, algún trastorno de ansiedad.

5.6 Deterioro cognitivo y demencia

“Se sabe que el incremento en la expectativa de vida de la población ha originado aumento en la frecuencia de enfermedades que aparecen en edades avanzadas”⁴³, tales como el deterioro cognitivo; “El aumento de la esperanza de vida en muchos países desarrollados ha incrementado la incidencia y la prevalencia de enfermedades incapacitantes como la demencia, lo cual unido a la evolución demográfica del mundo occidental, con un crecimiento explosivo de la población mayor de 65 años, hace que las dimensiones del problema se tornen “epidémicas” en la primera mitad del siglo XXI, lo que aumenta actualmente, el

⁴¹ GIL. Alonso Dolores. Cuidados de la familia: el cuidador principal. Manual de enfermería. Prevención y Rehabilitación Cardíaca. 2010. España

⁴² Op. Cit. ROIG. Ma. Vicenta. P. 216

⁴³ Gómez Viera Nelson, Bonnin Rodríguez Beatriz María, Gómez de Molina Iglesias Marisel T., Yáñez Fernández Belkis, González Zaldívar Arnaldo. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. Rev cubana med [revista en la Internet]. 2003 Mar [citado 2012 Oct 19]; 42(1): 12-17. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232003000100002&lng=es.

interés investigativo por aquellas enfermedades que afectan la calidad de vida del paciente”⁴⁴ no dejando atrás la importancia de atender a la familia.

El deterioro cognitivo y la demencia, no deben englobarse en un solo concepto, porque aunque clínicamente pueden presentar síntomas similares, la diferenciación puede estar en la etiología de estas “el concepto de deterioro como un síndrome, la definición sería: Conjunto de disminuciones de diferentes aptitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones sensoriales, motrices y de la personalidad, atribuibles a distintas causas etiopatogénicas que incluyen, además de las de naturaleza orgánica, otra de tipo social”⁴⁵, “es necesario considerar que el deterioro cognitivo no significa irreversibilidad ni causa lesional, diferencia cualitativa muy importante con respecto al término clínico demencia”⁴⁶.

Por otra parte “la demencia se entiende como un síndrome que afecta al raciocinio, a la memoria, a la percepción, a la atención, a la capacidad de reconocer, al lenguaje y a la personalidad. Ellos también afirman que “la prevalencia de demencia se duplica cada cinco años después de los 65 años, aumentando exponencialmente con la edad”⁴⁷.

Son varios los tipos y causas de demencia. Por eso es importante el diagnóstico precoz para escoger el mejor tratamiento. Algunas son reversibles como: toxicidad de medicamentos, depresión, infección del sistema nervioso, hematomas subdurales, tumores cerebrales primarios, hidrocefalia de presión normal, envenenamiento orgánico y metálico, disfunciones de tiroides y paratiroides, y deficiencias nutricionales como B12, B6, tiamina y ácido fólico.

⁴⁴ Ibíd.

⁴⁵ Ibídem

⁴⁶ Óp. Cit. GÓMEZ VIERA

⁴⁷ Da Costa Lindolpho. Programa para cuidadores de ancianos con demencia: un relato de experiencia. Enfermería Global. No. 22. Abril 2011. P. 2

Otras son irreversibles, como la demencia vascular, demencias de los cuerpos de Lewy, las demencias frontotemporales (específicamente la enfermedad de Pick) y la enfermedad de Alzheimer, siendo esta última considerada el tipo de demencia más frecuente (de 50 a 65% de los casos) entre los ancianos. Son estas las que necesitan de cuidados continuos.

La pérdida progresiva de la memoria es una característica en la demencia, además el síndrome demencial incluye al menos una de las siguientes pérdidas cognitivas: afasia; agnosia; apraxia y alteración de las funciones de ejecución, como planificación, organización, secuencia y abstracción.

Según el grado de evolución de la demencia, la pérdida de las capacidades funcionales (déficit de memoria, percepción y coordinación motora) es lo que más afecta al individuo, comprometiendo principalmente sus condiciones para realizar el autocuidado.

5.6.1 Tipos de demencia

Solo se describirán los dos tipos de demencia más comunes (además de la demencia tipo Alzheimer), siendo estos los siguientes:

La enfermedad de Parkinson (EP) fue descrita originalmente en 1817 por James Parkinson, un médico británico que publicó una ponencia sobre lo que él llamó "la parálisis temblorosa". En ese documento, expone los síntomas principales de la enfermedad que posteriormente llevaría su nombre.

Durante el siglo y medio que siguió, los científicos lucharon por identificar las causas y tratamientos de la enfermedad. Definieron su gama de síntomas, la distribución en la población y las posibilidades de cura.

A principios de la década de 1960, se identificó un defecto cerebral fundamental que es el distintivo de la enfermedad: las pérdidas de células cerebrales que producen la dopamina que ayuda a dirigir la actividad muscular.

La enfermedad de Parkinson pertenece a un grupo de condiciones llamadas desórdenes del sistema motor. Los cuatro síntomas principales son el temblor en las manos, los brazos, las piernas, la mandíbula y la cara; la rigidez de las

extremidades y el tronco; la bradicinesia o lentitud de movimiento; y la inestabilidad de postura o la coordinación o balance afectados. A medida que estos síntomas se hacen más pronunciados, los pacientes pueden tener dificultad en caminar, hablar y realizar otras tareas simples.

La enfermedad es tanto crónica, lo que significa que persiste por un largo periodo de tiempo, como progresiva, que significa que sus síntomas empeoran con el tiempo.

La enfermedad de Parkinson es la forma más común de parkinsonismo, el nombre de un grupo de desórdenes con características similares. Estos desórdenes neurológicos comparten los cuatro síntomas principales descritos más arriba y todos son el resultado de la pérdida de células cerebrales productoras de dopamina. La enfermedad de Parkinson (EP) también se llama parkinsonismo primario o enfermedad idiopática de Parkinson. Que provoca demencia por enfermedad de Parkinson.

La demencia vascular (DV) hace referencia al deterioro cognitivo global originado a través de la existencia de enfermedad vascular cerebral de tipo isquémico o hemorrágico, siendo necesario un nexo temporal entre ambas condiciones. Es un síndrome de etiopatogenia multifactorial, reflejo de la gran heterogeneidad de la patología vascular cerebral. Es también muy relevante el papel de la enfermedad vascular cerebral como factor de riesgo y etiopatogénico en el desarrollo de deterioro cognitivo.

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de patología vascular cerebral son bien conocidos, como la edad avanzada, la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus, las dislipemias, el tabaquismo, el alcohol y la fibrilación auricular. El control adecuado de estos factores debe conllevar una reducción en la incidencia y la prevalencia de la demencia vascular.

5.6.2 Demencia tipo Alzheimer⁴⁸

El Alzheimer es una demencia progresiva que tiene el déficit de memoria como uno de sus síntomas más tempranos y pronunciados. Por lo general, el paciente empeora progresivamente, mostrando problemas perceptivos, del lenguaje y emocionales a medida que la enfermedad va avanzando. La enfermedad de Alzheimer se ha convertido en un problema social muy grave para millones de familias y para los sistemas nacionales de salud de todo el mundo. Es una causa importante de muerte en los países desarrollados, por detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Sin embargo, lo que hace que esta demencia tenga un impacto tan fuerte en el sistema sanitario y en el conjunto de la sociedad es, sin duda alguna, su carácter irreversible, la falta de un tratamiento curativo y la carga que representa para las familias de los afectados.

La enfermedad suele tener una duración media aproximada de 10-12 años, aunque ello puede variar mucho de un paciente a otro.

Epidemiología

“El Mal de Alzheimer es la demencia más frecuente en la población anciana, representando un 50 al 60 % de las demencias. Se calcula que en el mundo hay 22 millones de personas que la sufren y que en tres décadas habrá el doble. Según la Asociación de Alzheimer Internacional, la enfermedad puede comenzar a una edad tan temprana como los 50 años, no tiene cura conocida aún. La posibilidad de cada individuo de padecer de Alzheimer aumenta con la edad”⁴⁹.

Etiopatogenia

La etiología de la enfermedad es desconocida. En función de la edad de aparición de los síntomas se clasifica en:

- Enfermedad de Alzheimer de inicio precoz, si el comienzo es ante de los 65 años.

⁴⁸ROMANO Martín Fidel. Enfermedad de Alzheimer. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 175 – Noviembre 2007 11

⁴⁹ Op. Cit. ROMANO

- Enfermedad de Alzheimer de inicio tardío, si comienza después de los 65 años. A su vez estas dos formas se clasifican en dos subtipos: Familiar, si hay historia familiar. Esporádica, si no hay antecedentes familiares.

“En torno al 10% de los casos la enfermedad es hereditaria con una transmisión autosómica dominante. Los estudios iniciales de ligamiento genético demostraron que el gen de la enfermedad de Alzheimer se localiza en el brazo largo del cromosoma 21. Este hecho reviste enorme interés porque desde hace años se sabía que los pacientes con trisomía 21 (síndrome de Down) desarrollan con gran frecuencia el cuadro de la enfermedad, y porque el gen de la proteína precursora de amiloide (PPA) cerebral se localiza también en el cromosoma 21”⁵⁰.

“Se han descrito mutaciones puntuales de la PPA en varias familias con enfermedad de Alzheimer. En la mayoría de las familias con la forma presenil, hay un ligamiento a los marcadores del brazo largo del cromosoma 14. En estas la edad de inicio de los síntomas se sitúa en la quinta década de la vida, mientras que en aquellas con una mutación de la PPA. El inicio ocurre en la sexta década. La mutación en el cromosoma 14q parece originar un fenotipo más grave que el causado por la mutación de la PPA. La demostración de mutaciones puntuales en la PPA y de otros defectos genéticos en la regulación de esta proteína refuerzan la hipótesis patogénica según la cual la anomalía cerebral se debe al depósito de amiloide que ejercería su neurotoxicidad por una doble vía: originando degeneración neuronal (toxicidad directa) o modificando la homeostasia del calcio neuronal a través del metabolismo del ácido glutámico (toxicidad indirecta)”⁵¹.

Los factores de riesgo para esta enfermedad pueden ser, entre otros:

- Presión arterial alta por mucho tiempo.
- Antecedentes de traumatismo craneal.

⁵⁰ Óp. Cit. ROMANO

⁵¹ Ibíd.

- Niveles altos de homocisteína (un químico corporal que contribuye a enfermedades crónicas como la cardiopatía, la depresión y posiblemente la enfermedad de Alzheimer)
- Pertenecer al género femenino; debido a que las mujeres generalmente viven más que los hombres, tienen mayor probabilidad de desarrollar esta enfermedad.
- Que exista un historial médico de demencia o de síndrome de Down en la familia.

Cuadro Clínico

El Alzheimer pasa por diferentes fases. La enfermedad se puede dividir en tres etapas:

- Inicial, con una sintomatología ligera o leve, el enfermo mantiene su autonomía y sólo necesita supervisión cuando se trata de tareas complejas.
- Intermedia, con síntomas de gravedad moderada, el enfermo depende de un cuidador para realizar las tareas cotidianas.
- Terminal, estado avanzado y terminal de la enfermedad, el enfermo es completamente dependiente.

Los síntomas más comunes de la enfermedad son alteraciones del estado de ánimo y de la conducta, pérdida de memoria, dificultades de orientación, problemas del lenguaje y alteraciones cognitivas. La pérdida de memoria llega hasta el no reconocimiento de familiares o el olvido de habilidades normales para el individuo. Otros síntomas son cambios en el comportamiento como arrebatos de violencia. En las fases finales se deteriora la musculatura y la movilidad, pudiendo presentarse incontinencia de esfínteres.

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, fluencia y lectoescritura.

- Apraxia: tipo constructiva, apraxia del vestirse, apraxia ideomotora e ideacional.
- Agnosia: alteración perceptiva y espacial.

Este perfil neuropsicológico recibe el nombre de Triple A o Triada afasia-apraxiaagnosia. No todos los síntomas se dan desde el principio sino que van apareciendo conforme avanza la enfermedad.

Diagnóstico

En la actualidad, no existe una sola prueba diagnóstica para la Enfermedad de Alzheimer. Se debe obtener una evaluación física, psiquiátrica y neurológica completa:

- Examen médico detallado
- Pruebas neuropsicológicas.
- Pruebas de sangre completas.
- Electrocardiograma
- Electroencefalograma.
- Tomografía computarizada

La única forma de confirmar un diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer es con un examen de tejido de cerebro, que se hace postmortem.

El diagnóstico diferencial de la enfermedad de Alzheimer hay que establecerlo con:

- Depresión
- Toma de medicamentos
- Demencia vascular
- Enfermedad de Parkinson y atrofas multisistémicas
- Enfermedad con cuerpos de Lewy
- Demencia frontotemporal o demencia con
- cuerpos argirófilos

Aunque la enfermedad de Alzheimer es la demencia más frecuente en la población anciana, su etiología aún se desconoce. Son característicos los cambios degenerativos en el cerebro demostrables tanto por anatomía patológica como por tomografía computarizada. Se sabe que esta enfermedad de curso progresivo no tiene cura conocida hasta el día de hoy. Es por ello que su tratamiento se basa sobre todo tratar de mejorar la calidad de vida del enfermo y retrasar el progreso de la enfermedad mediante fármacos anticolinesterásicos. Es importante también destacar el rol que desempeña el apoyo del grupo familiar y la práctica de actividades físicas e intelectuales estimulantes, donde el quehacer profesional de enfermería tiene mucho auge.

6 METODOLOGÍA

6.1 Tipo De Investigación

La presente investigación es de naturaleza transversal ya que no existe continuidad en el eje del tiempo; correlacional, pues se pretende interrelacionar dos variables simultáneamente; así como descriptiva por lo tanto, se enfocará a explicar cómo un grupo de personas se conduce o funciona en el presente con la problemática expuesta

6.2 Universo y Muestra

El universo de esta investigación fueron los cuidadores primarios de personas con algún tipo de demencia.

Muestra de 30 cuidadores primarios que asistieron con regularidad a las sesiones y la estancia de día de la Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” y la Asociación Alzheimer A. C., fué una muestra por conveniencia, probabilística, aleatoria y simple.

6.3 Criterios De Inclusión, Exclusión y Eliminación

Criterios de inclusión: cuidadores primarios de ambos sexos que cuidan familiares con algún tipo de demencia, cuidadores por más de 6 meses que aceptaron participar contestando los cuestionarios, firmando previamente un consentimiento informado explicándole la finalidad del estudio a realizar.

Criterios de exclusión: cuidadores primarios que se negaron a contestar la batería de instrumentos, y cuidadores de adultos mayores sin ningún tipo de demencia.

Criterios de eliminación: se eliminaron a aquellos cuidadores que no concluyeron al 100% los cuestionarios.

6.4 Lugar y Duración

Duración del 1 Julio al 31 de Julio del 2012

Se realizó el estudio en la Fundación Alzheimer “alguien con quien contar”, en sus instalaciones de la Ciudad de México, y la Asociación Alzheimer, ubicados en la Ciudad de México.

6.5 Recolección de Datos

La recolección de datos se realizó por medio de cuestionarios, el primero fue para recoger datos socio demográficos, como sexo, edad, el tiempo que lleva como cuidador, denominándose ficha de identificación (Anexo 3).

6.6 Escala de Afrontamiento Frente a Riesgos Extremos (Anexo 1)

Esta escala fue validada en México (2004), “obteniéndose un índice de consistencia interna del cuestionario general, utilizando el alpha de Cronbach, es de 0.81. Mostrando la consistencia interna de los factores de afrontamiento activo y pasivo. Se puede observar una alta confiabilidad en todos los casos”⁵².

La cual consiste en 26 reactivos que se miden de acuerdo a una escala tipo Lickert de 1 a 5 a su vez el instrumento se divide en dos factores, los cuales son: estrategias de afrontamiento activo refiriéndose este a comportamientos de acción directa sobre el problema, búsqueda de información, estrategias de anticipación, control de si mismo y de las circunstancias y finalmente de soporte social; en este factor se incluyen los ítems 5, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 22, 23 y 25. Por otro lado el afrontamiento pasivo se refiere a comportamientos de rechazo y negación del evento, retraimiento y aceptación pasiva, englobando los siguientes ítems: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 12, 16, 18, 21, 24 y 26.

Cabe señalar que este instrumento está dirigido a la población mexicana, mide las estrategias de afrontamiento de los sujetos que viven en situaciones de riesgo natural o industrial. Aunque quienes lo validaron en nuestro país hacen mención sobre su utilidad en “investigación en el área de la psicología social, de la psicología de la salud y de la salud pública. Puede utilizarse como instrumento de medición de reconocimiento e estilos de afrontamiento frente a cualquier tipo de

⁵² LOPEZ, Vázquez Esperanza. Validación de Una Escala de Afrontamiento Frente a Riesgos Extremos. Salud Pública Méx 2004; Vol. 46(3):216-221

peligro y de esta forma, poder elaborar programas de prevención o de intervención comunitaria. Este cuestionario también puede utilizarse para estudiar la relación de las estrategias de afrontamiento con otras variables como el estrés y la percepción del riesgo; también con algunas adaptaciones a los ítems puede verse el tipo de afrontamiento frente a enfermedades como cáncer y la diabetes, SIDA”⁵³.

6.7 Inventario De Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) (Anexo 2)

Por otro lado se busca confrontar la variable afrontamiento con la variable de ansiedad, realizando una búsqueda para elegir el cuestionario más pertinente para la presente investigación, y que mida los niveles de ansiedad se eligió el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, “versión en español del STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*), consta de dos escalas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad”⁵⁴, una de ellas es la ansiedad-rasgo, en la que se pide a los sujetos describir como se sienten generalmente. La otra es ansiedad-estado, en las que los sujetos responden como se sienten en un momento determinado. Se eligió este cuestionario, puesto que respecto a los análisis psicométricos del inventario las investigaciones han arrojado adecuados resultados de validez y confiabilidad. Se encontraron altos coeficientes alpha de Cronbach, “en muestras mexicanas se obtuvieron coeficientes de confiabilidad para la ansiedad-rasgo mayores a 0.75 y para la ansiedad-estado, mayores a 0.81”⁵⁵; “el Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado es considerado una prueba diagnóstica adecuada para la medición de la ansiedad”⁵⁶.

⁵³ Op. Cit. LOPEZ Vázquez Esperanza

⁵⁴ ROJAS, Carrasco Karmina Elena. Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2010. Departamento de Salud Mental, hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. Distrito Federal, México. P.p. 491

⁵⁵ Arias-Galicia LF. Investigaciones sobre el IDARE en cuatro países latinoamericanos: Argentina, Ecuador, México y Perú. Rev Intercont Psicol Educ 1990;3:49-85.

⁵⁶ Op. Cit. ROJAS, P.p. 493

Calificación se suma el puntaje marcado por el sujeto

Ansiedad como estado

Items 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 = Total A

Items 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 = Total B

Fórmula: $(A - B) + 50 = X$

Nivel de ansiedad

_____ Bajo (<30)

_____ Medio (30-44)

_____ Alto (>45)

Ansiedad como rasgo o peculiar

Items 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 = Total A

Items 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 = Total B

Fórmula: $(A - B) + 35 =$

Nivel de ansiedad

_____ Bajo (<30)

_____ Medio (30-44)

_____ Alto (>45)

6.8 Material y Equipo

- Computadora
- Hojas para el fotocopiado de instrumentos de valoración
- Bolígrafos

6.9 Recursos Humanos

- Aplicador de los instrumentos de valoración

6.10 Aspectos Éticos y Legales

Consentimiento Informado

La presente investigación no ofreció riesgo para las personas que aceptaron participar en los cuestionarios, ya que contaba con procedimientos o técnicas que los pudieran afectar; después de haber explicado con detenimiento los alcances y objetivos de la investigación, las personas aceptaron participar mediante su firma en un consentimiento informado. La investigación conto con un documento llamado consentimiento informado el cual “Es un proceso por el cual se garantiza por escrito que después de haber recibido y comprendido toda la información necesaria y pertinente, el paciente ha expresado voluntariamente su intención de participar en cualquier investigación o su autorización para que sobre él se efectúen procedimientos diagnósticos, tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas de cualquier tipo”⁵⁷. Donde se notificó al cuidador familiar los fines de esta investigación cubriendo los aspectos éticos de confidencialidad.

Los principios éticos que se aplicaron en la investigación fueron:

La veracidad: se presentó ante el sujeto de investigación la verdad, con los objetivos y lo propuesto en el proyecto. Los datos obtenidos siempre se dirigieron con autenticidad, respetando la participación de los cuidadores.

Principio de Autonomía: mediante el consentimiento informado, cada participante fue libre de aceptar o rechazar la aplicación de los instrumentos y participar en la investigación.

Principio de Beneficencia: En la investigación se encamino en el actuar de virtud del bien de los sujetos de estudio, evitando que pudieran producirles algún daño.

⁵⁷ El consentimiento informado como garantía constitucional desde la prescriptiva del derecho mexicano, Grisela María Pérez Fuentes, Karla Cantoral Dominguez, Rev. De derecho privado año V, num. 15, 2006

Principio de no Maleficencia: Es una investigación que aunque los sujetos de investigación son personas, está orientada a describir el proceso de Afrontamiento de los Familiares ante la Pérdida de la Salud de una Persona con Demencia.

Justicia: Se brindo un trato de igualdad y equidad para todos los que colaboraron en esta investigación.

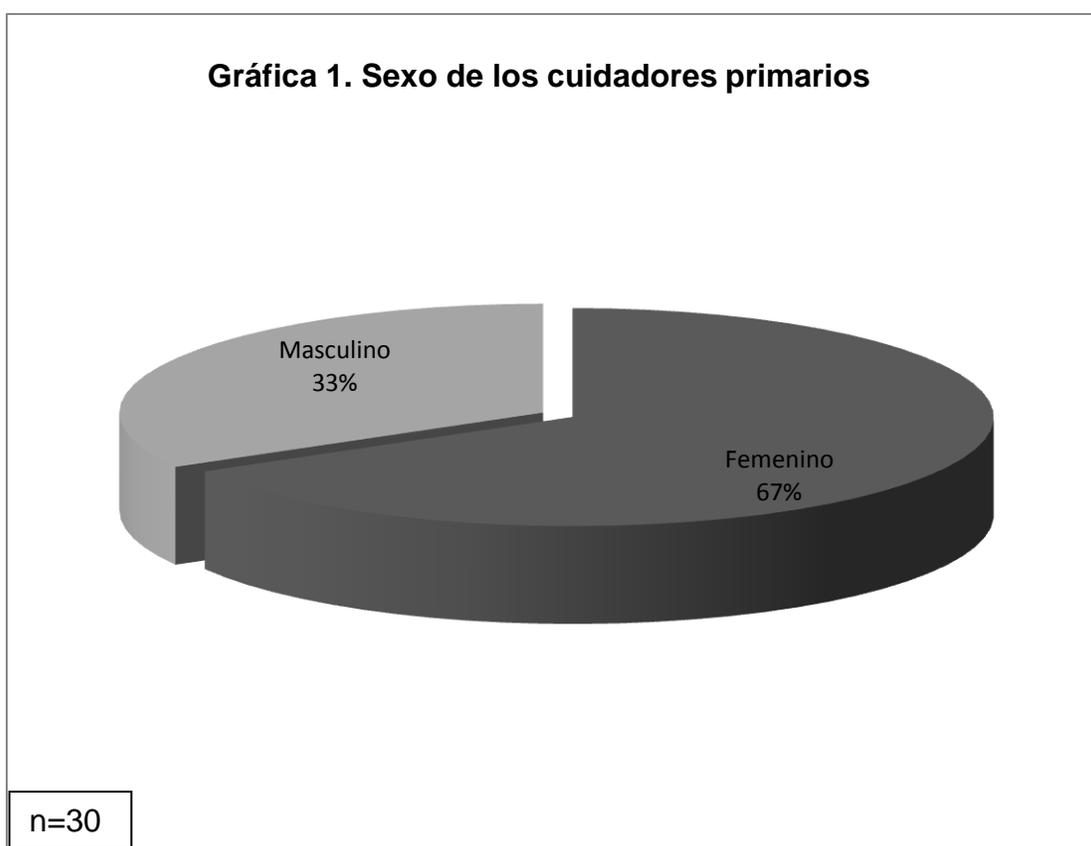
El procesamiento de datos fué a partir de la estructura de una base de datos de una muestra de 30 cuidadores primarios de personas con demencia, utilizando SPSS 17.0 y Excel. Los datos socio demográficos, se recolectaron unificándolos en una ficha de identificación del cuidador primario.

Se utilizaron cuadros de contingencia, gráficas estadísticas, descriptivas y de correlación lineal así como graficas de comparación enfatizando así la proporción de cada serie de datos.

7 RESULTADOS

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	20	67%
Masculino	10	33%
Total	30	100%

Fuente: Cuestionarios aplicados en la Fundación y Asociación Alzheimer en la ciudad de México, 2012



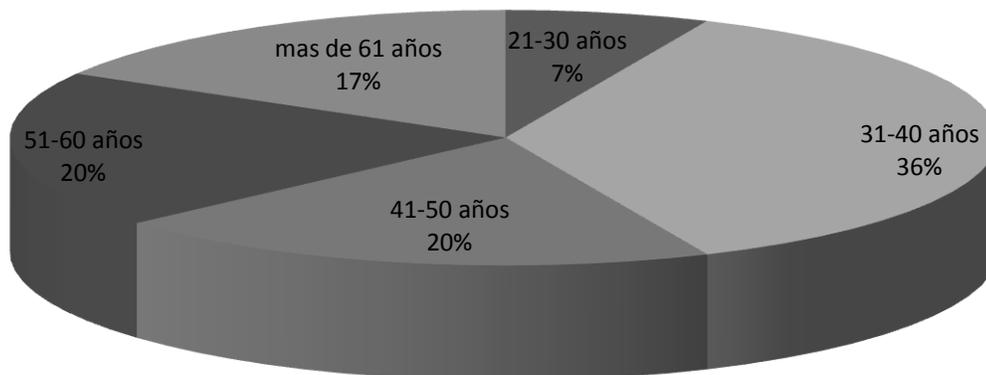
Fuente: Cuestionarios aplicados en la Fundación y Asociación Alzheimer en la ciudad de México, 2012

De los 30 cuidadores primarios entrevistados, el 67% fue de sexo Femenino, mientras que el 33% representa al sexo masculino.

Tabla 2. Edad de los cuidadores primarios		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
21-30 años	2	7%
31-40 años	11	36%
41-50 años	6	20%
51-60 años	6	20%
más de 61 años	5	17%
Total	30	100%

Fuente: Mismo Cuadro No. 1

Gráfica 2. Edad de los cuidadores primarios

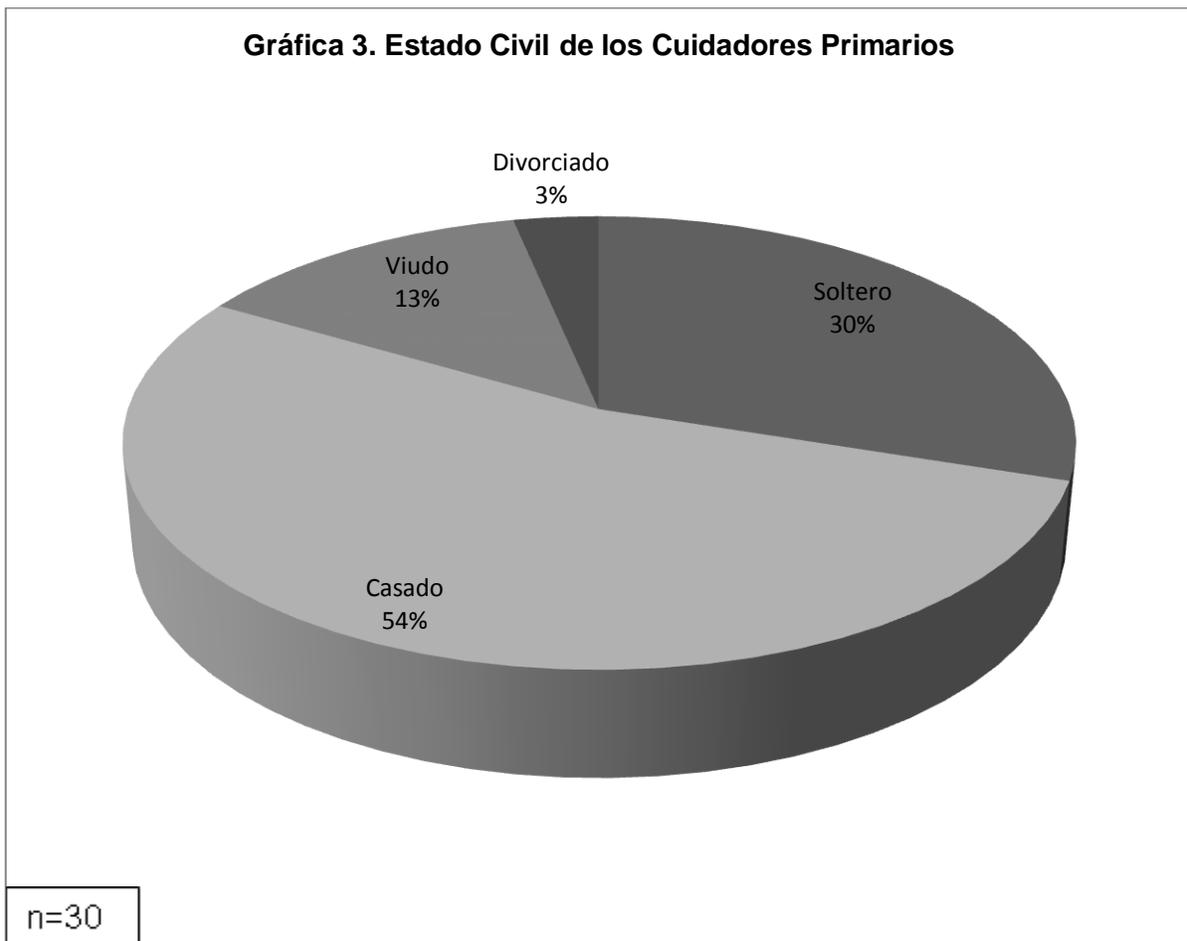


n=30

Fuente: Mismo Gráfica No. 1

De los 30 cuidadores primarios entrevistados, el 36% estuvo en un rango de edad de entre 31 a 40 años de edad, mientras que solo el 7% se encontraban entre los 21 a 30 años de edad, entre los 41 a 50 años y entre los 51 a 60 años de edad se mantuvieron con un 20 % respectivamente, y solo el 17% estuvo representado por población de más de 61 años.

Tabla 3. Estado Civil de los Cuidadores Primarios		
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	9	30%
Casado	16	54%
Viudo	4	13%
Divorciado	1	3%
Total	30	100%
Fuente: Misma Cuadro No. 1		

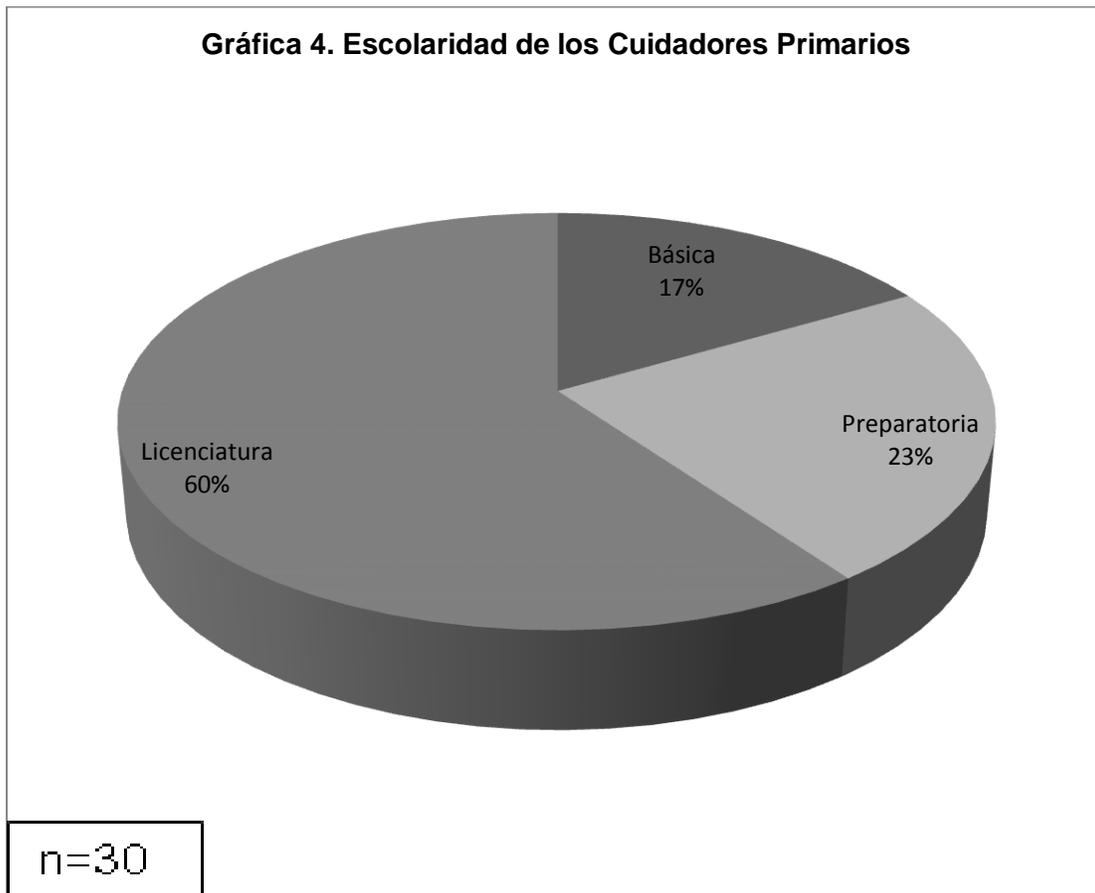


Fuente: Misma Gráfica No. 1

De los 30 cuidadores primarios entrevistados, el 54% de esta población se encontraba casada, el 30% se dijo soltero, el 13% dijo ser viudo y solo el 3% se mencionó divorciado

Tabla 4. Escolaridad de los Cuidadores Primarios		
Escolaridad	Escolaridad	Porcentaje
Básica	5	17%
Preparatoria	7	23%
Licenciatura	18	60%
Total	30	100%

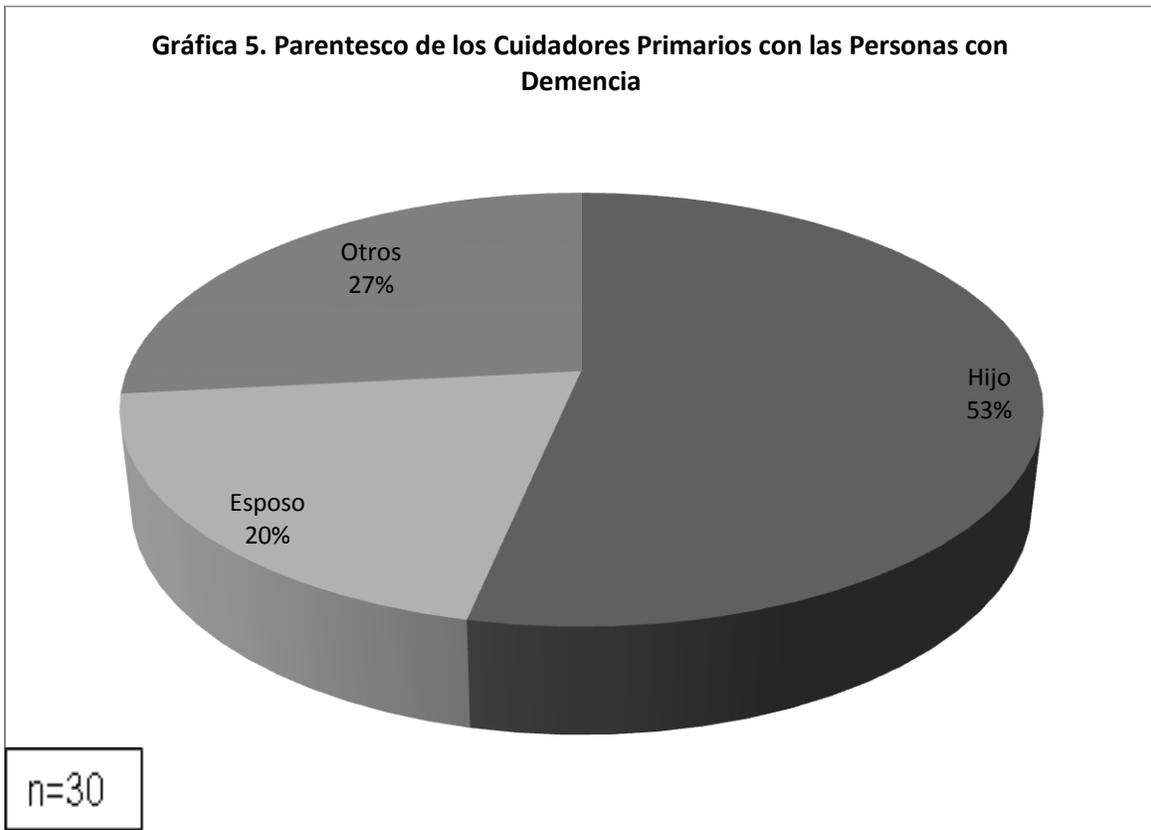
Fuente: Misma Cuadro No. 1



Fuente: Misma Gráfica No. 1

De las 30 personas entrevistadas, el 60% dijo haber culminado una licenciatura incluso un grado más arriba de esta, el 23% mencionó haber culminado la preparatoria y sólo el 17% termino el nivel básico.

Tabla 5. Parentesco de los Cuidadores Primarios con las Personas con Demencia		
Parentesco con Persona con Demencia	Frecuencia	Porcentaje
Hijo	16	53.0%
Esposo	6	20%
Otros	8	27%
Total	30	100%
Fuente: Misma Cuadro No. 1		

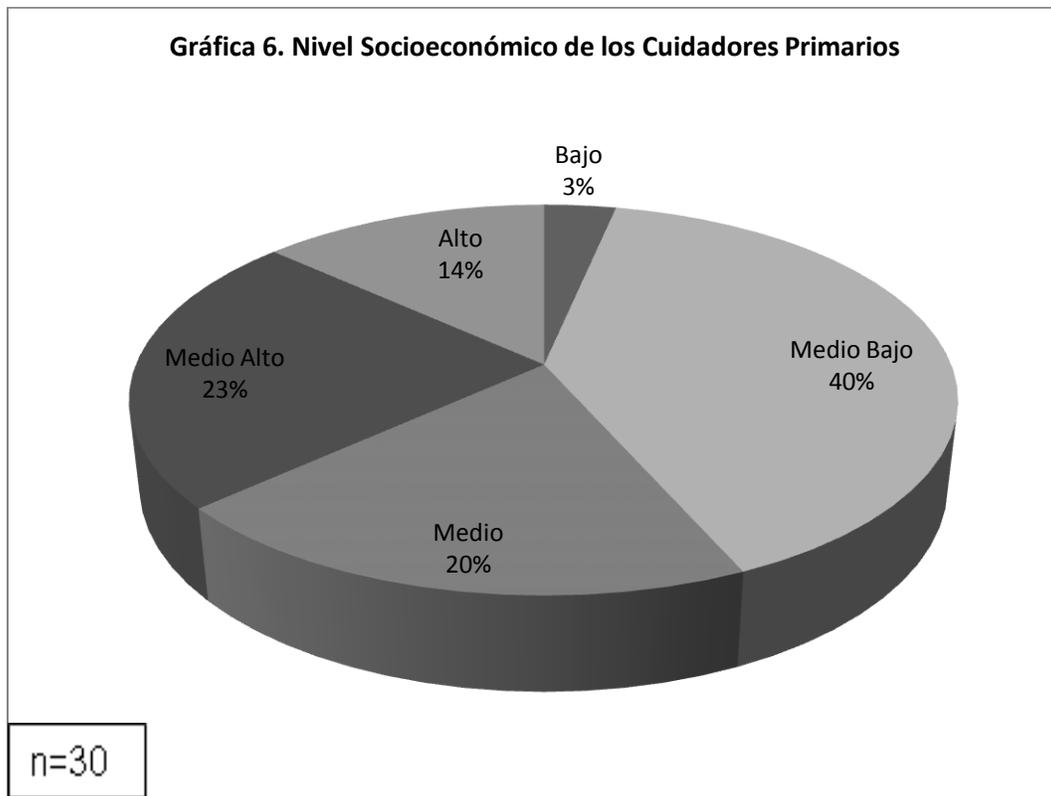


Fuente: Misma Gráfica No. 1

De las 30 personas entrevistadas, el 53% mencionó ser hijo(a) de la persona cuidada, mientras que solo el 20% menciona ser esposo (a) y el 27% representan al los nietos y sobrinos.

Tabla 6. Nivel socioeconómico de los Cuidadores Primarios		
Nivel Socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	3%
Medio Bajo	12	40%
Medio	6	20%
Medio Alto	7	23%
Alto	4	14%
Total	30	100%

Fuente: Mismo Cuadro No. 1

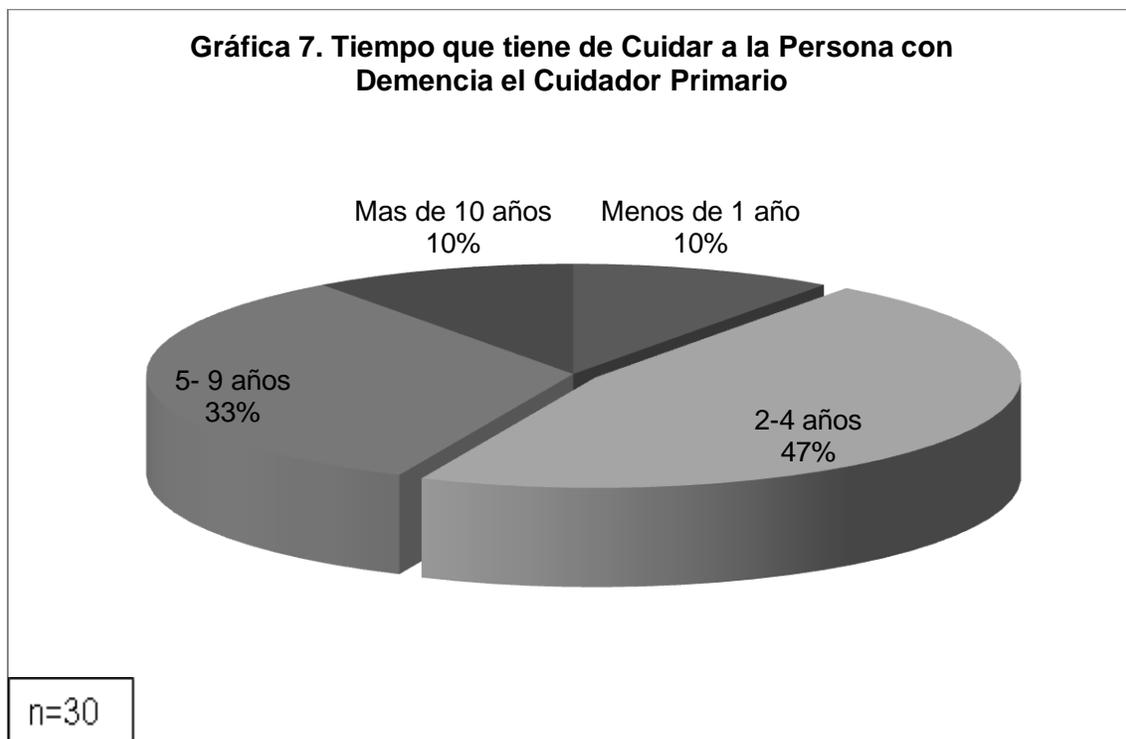


Fuente: Mismo Gráfica No. 1

De las 30 personas entrevistadas, el 40% mencionó tener un nivel socioeconómico medio bajo, el 23% dijo tener un nivel medio alto, el 20% se clasificó en un nivel medio, el 14% se encontraba en un nivel alto, mientras que solo el 3% aseguró tener un nivel socioeconómico bajo.

Tabla 7. Tiempo que tiene de Cuidar a la persona con Demencia el Cuidador Primario		
Tiempo de Cuidar	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	3	10%
2-4 años	14	47%
5- 9 años	10	33%
Más de 10 años	3	10%
Total	30	100%

Fuente: Mismo Cuadro No. 1

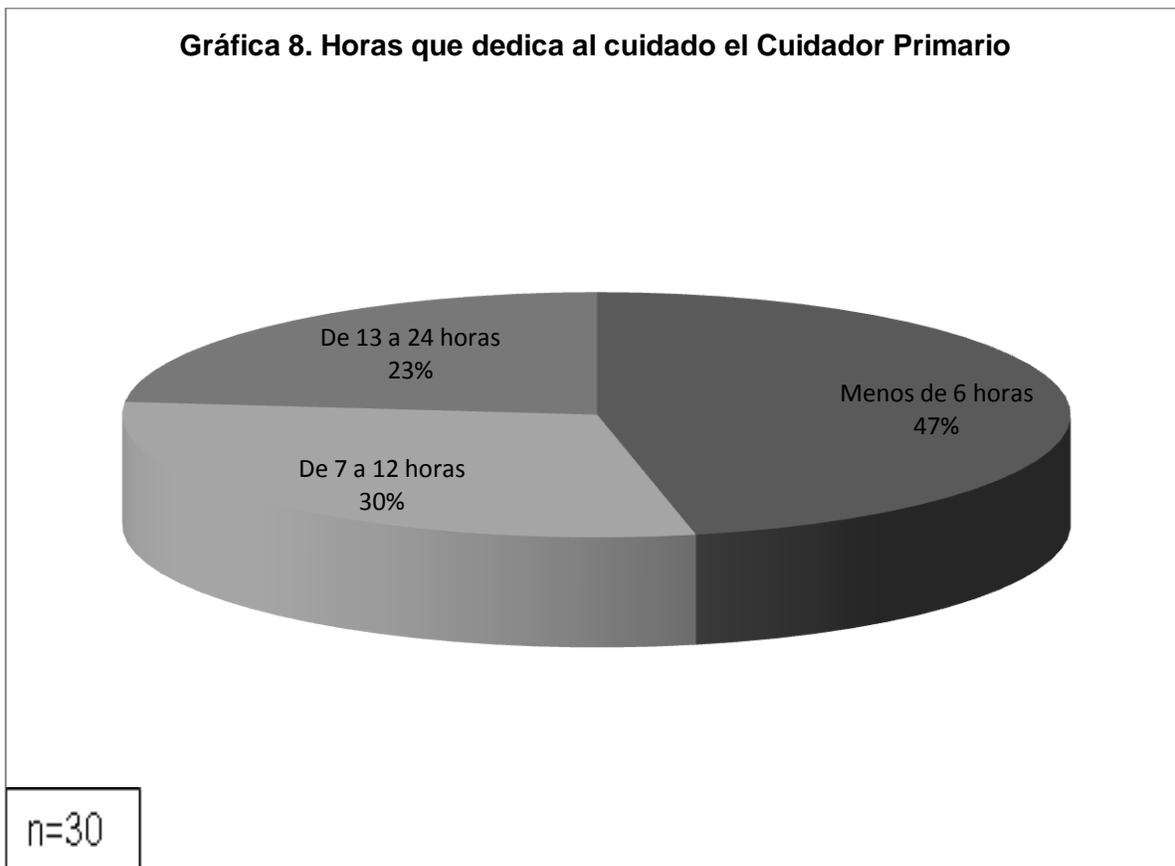


Fuente: Mismo Gráfica No. 1

De las 30 personas entrevistadas, el 47% mencionó tener de entre 2 a 4 años de cuidar a a su familiar, el 33% dijo tener entre 5 y 9 años cuidando a su familiar, las personas que llevaban cuidando menos de 1 año y más de 10 años representaron el 10 % respectivamente de la población.

Tabla 8. Horas que dedica al cuidado el Cuidador Primario		
Horas dedicadas al cuidado	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 6 horas	14	47%
De 7 a 12 horas	9	30%
De 13 a 24 horas	7	23%
Total	30	100%
Fuente: Misma Cuadro No. 1		

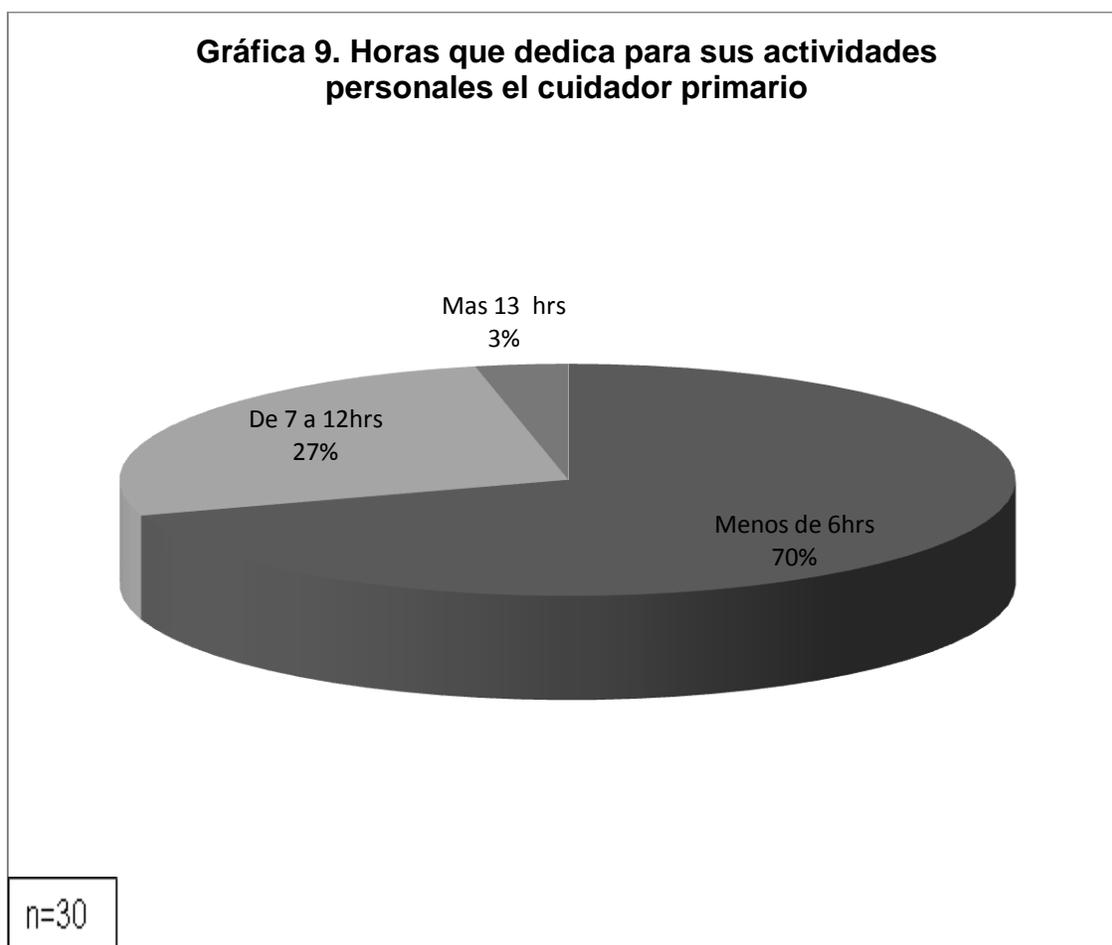
Gráfica 8. Horas que dedica al cuidado el Cuidador Primario



Fuente: Misma Gráfica No. 1

De las 30 personas entrevistadas, el 47% dedica menos de 6 horas al cuidado de su familiar, el 30% dedica de 7 a 12 horas y solo el 23% mencionó dedicar de entre 13 a 24 horas a su familiar.

Tabla 9. Horas que dedica para sus actividades personales el cuidador primario		
Horas para las actividades personales	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 6hrs	21	70%
De 7 a 12hrs	8	27%
Más de 13 hrs	1	3%
Total	30	100%
Fuente: Misma Cuadro No. 1		



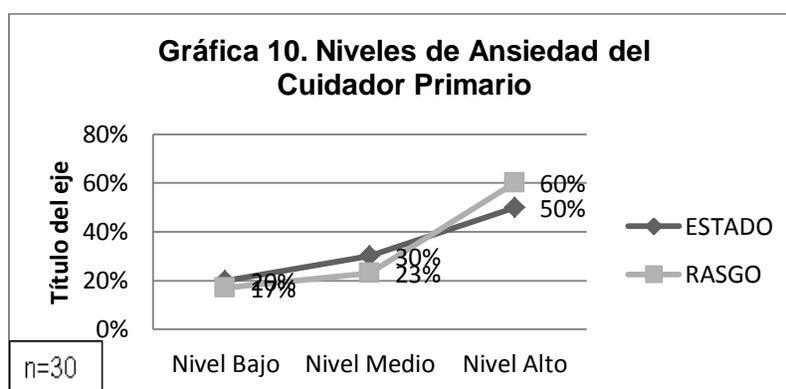
Fuente: Misma Gráfica No. 1

De las 30 personas entrevistadas, el 70% menciona dedicar menos de 6 horas para sus actividades personales, el 27% dedica de entre 7 a 12 horas para sus actividades personales, y solo el 3% dijo dedicar más de 13 horas para estas actividades.

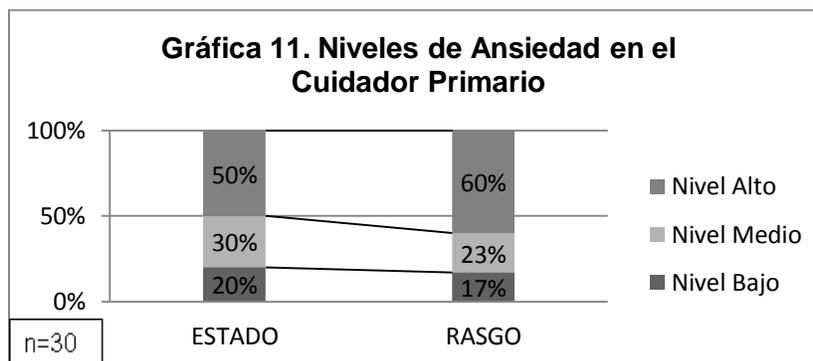
Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado

Ansiedad Estado-Rasgo	Ansiedad Estado		Ansiedad Rasgo	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Bajo	6	20%	5	17%
Nivel Medio	9	30%	7	23%
Nivel Alto	15	50%	18	60%
TOTAL	30	100%	30	100%

Fuente: Misma Cuadro No. 1

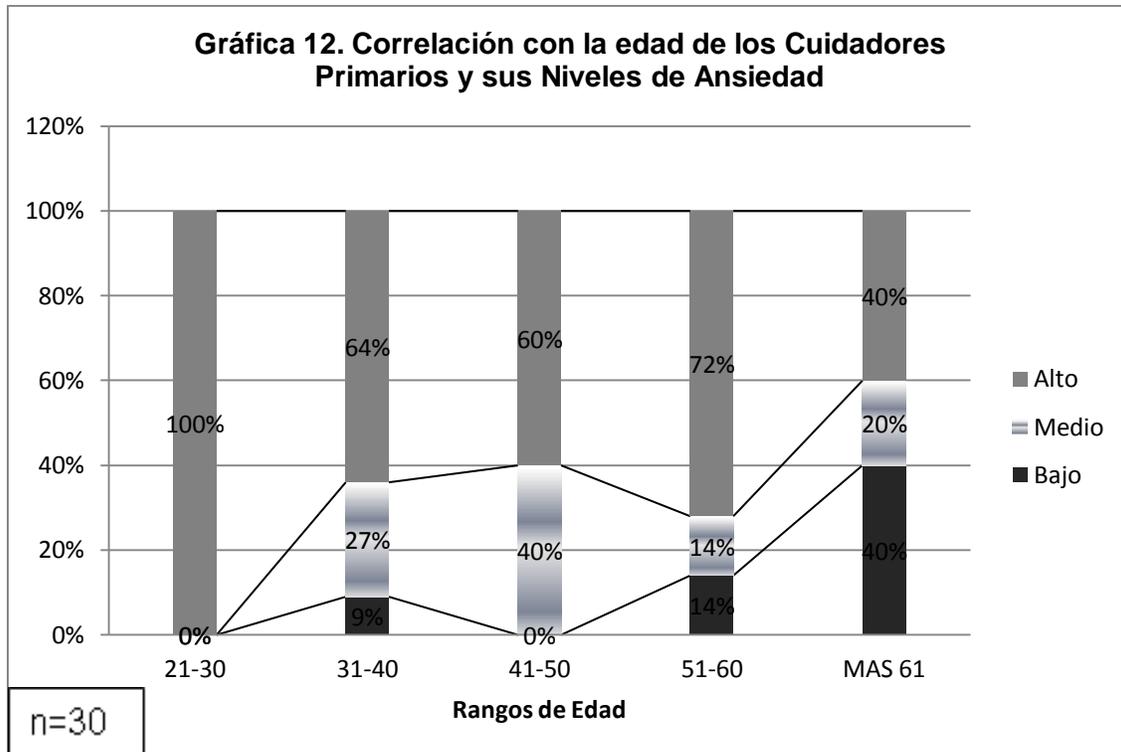


Fuente: Misma Gráfica No. 1



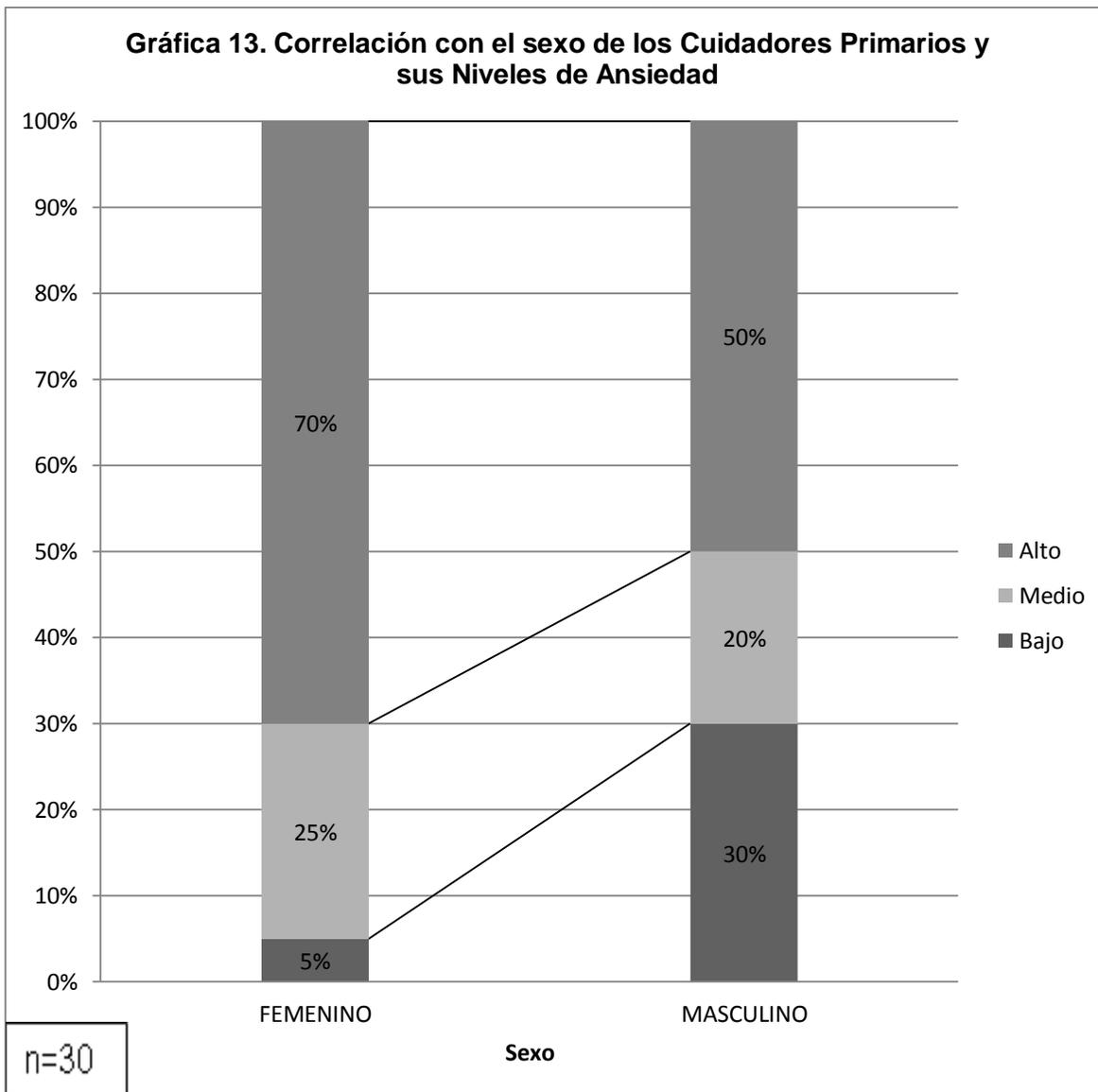
Fuente: Misma Gráfica No. 1

De las 30 personas entrevistadas, el 50% presento un nivel alto de Ansiedad Estado, el 30% arrojo un nivel medio de Ansiedad Estado y solo el 20% presentó un nivel bajo de Ansiedad Estado; a su vez el 60% de la población se encontraba en un nivel alto de Ansiedad Rasgo, el 23% estaba en un nivel medio de Ansiedad Raso y solo el 17% se encontró con un nivel bajo de Ansiedad Raso.



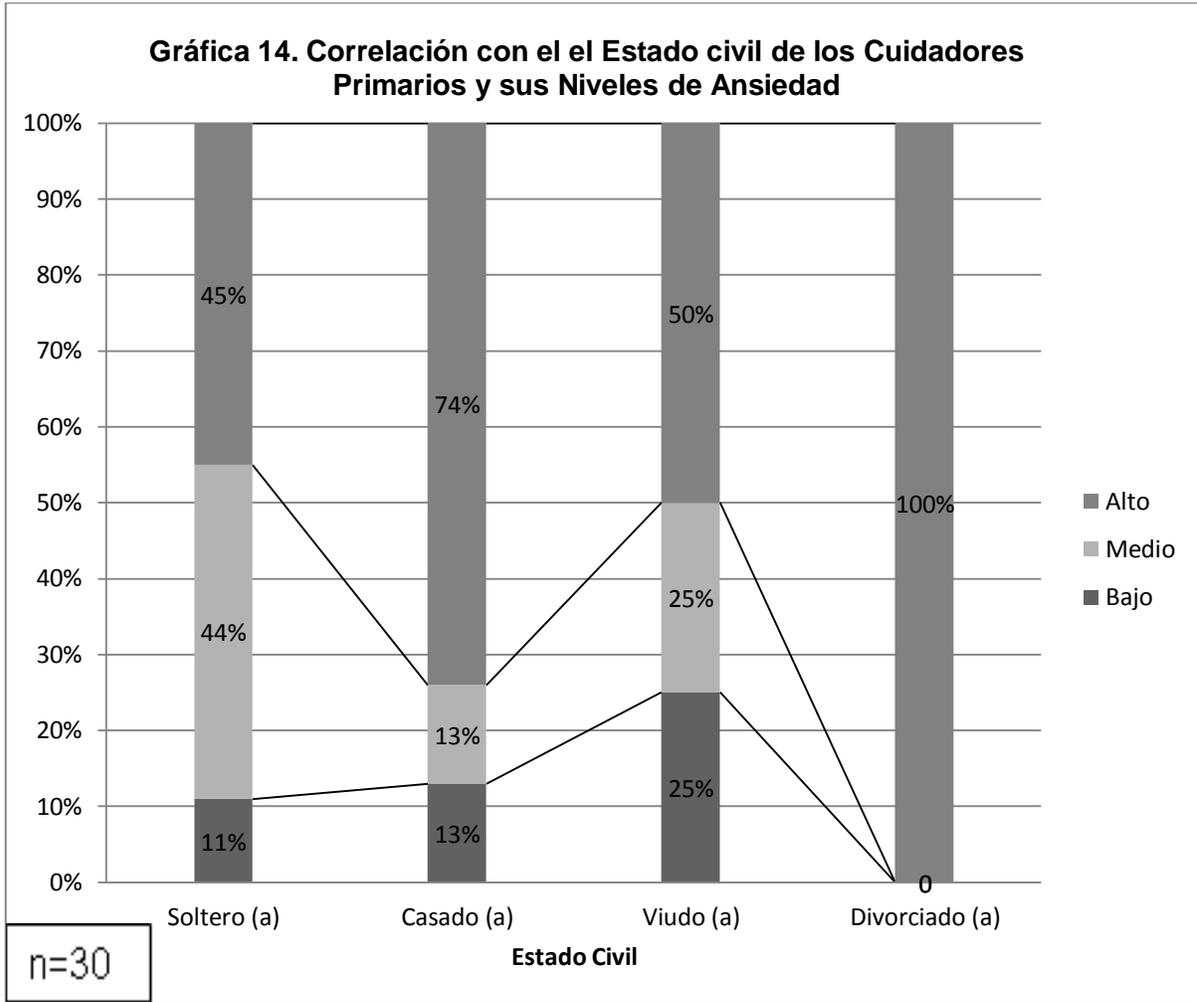
Fuente: Misma Gráfica No. 1

De la población que se encontraba entre los 21 a los 30 años de edad, el 100% presentó un nivel de ansiedad alto; de la población que se encontraba entre los 31 a los 40 años de edad, el 64% presentó un nivel de ansiedad alto, el 27% presentó un nivel medio de ansiedad mientras que el 9% presenta niveles de ansiedad bajos; de la población que se encontraba entre los 51 a los 60 años de edad, el 72% presenta niveles de ansiedad altos, el 14% resultó con niveles medios de ansiedad así también el mismo porcentaje presentó como de niveles bajos; de la población mayor de 61 años, el 40% presenta niveles altos de ansiedad, el 20% presenta niveles medios de ansiedad y el 40% restante presenta niveles bajos de ansiedad.



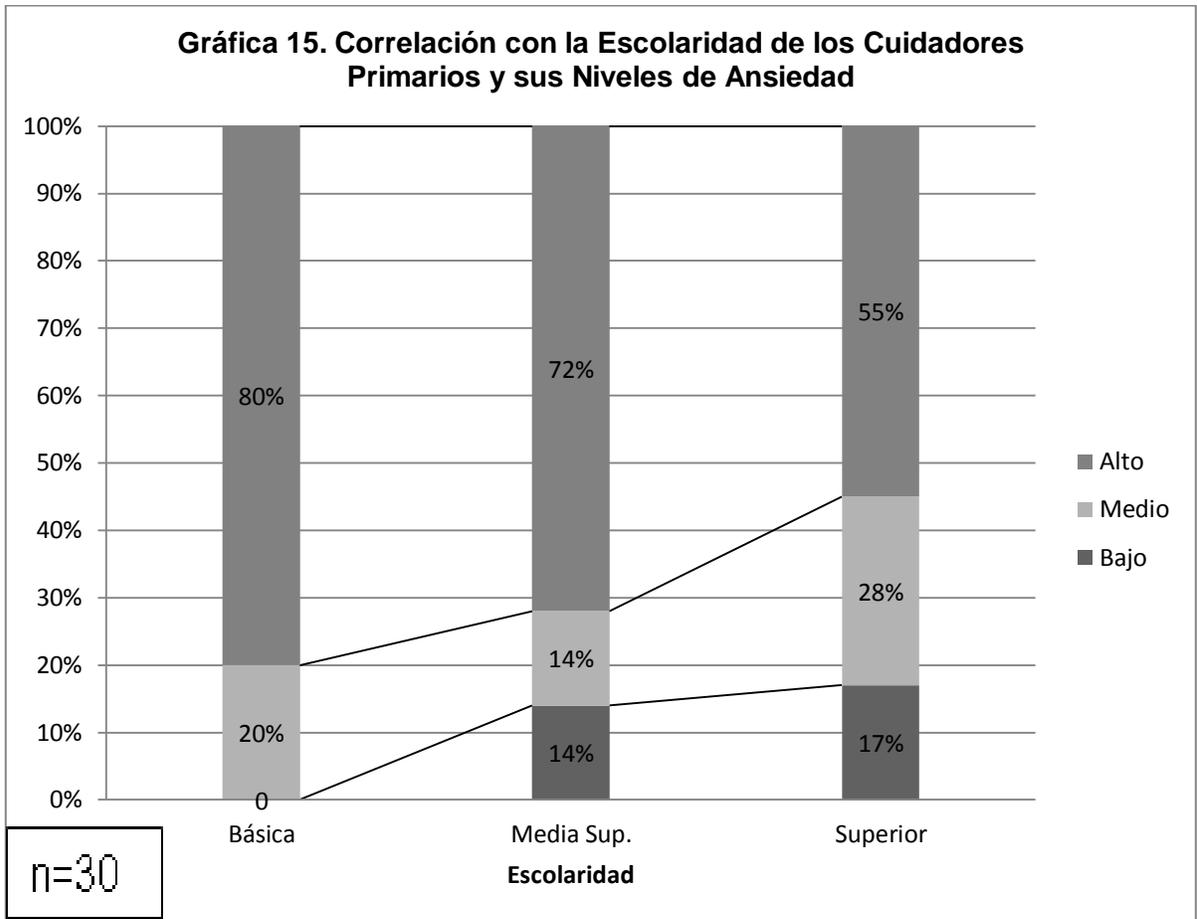
Fuente: Misma Gráfica No. 1

Del total de la población femenina estudiada, el 70% presentó niveles altos de ansiedad, el 25% resultó con niveles medios de ansiedad y solo el 5% tuvo niveles bajos de ansiedad; en cuanto a la población masculina estudiada, el 50% resultó con niveles altos de ansiedad, el 20% tuvo niveles medios de ansiedad, y el 30% presenta niveles bajos de ansiedad.



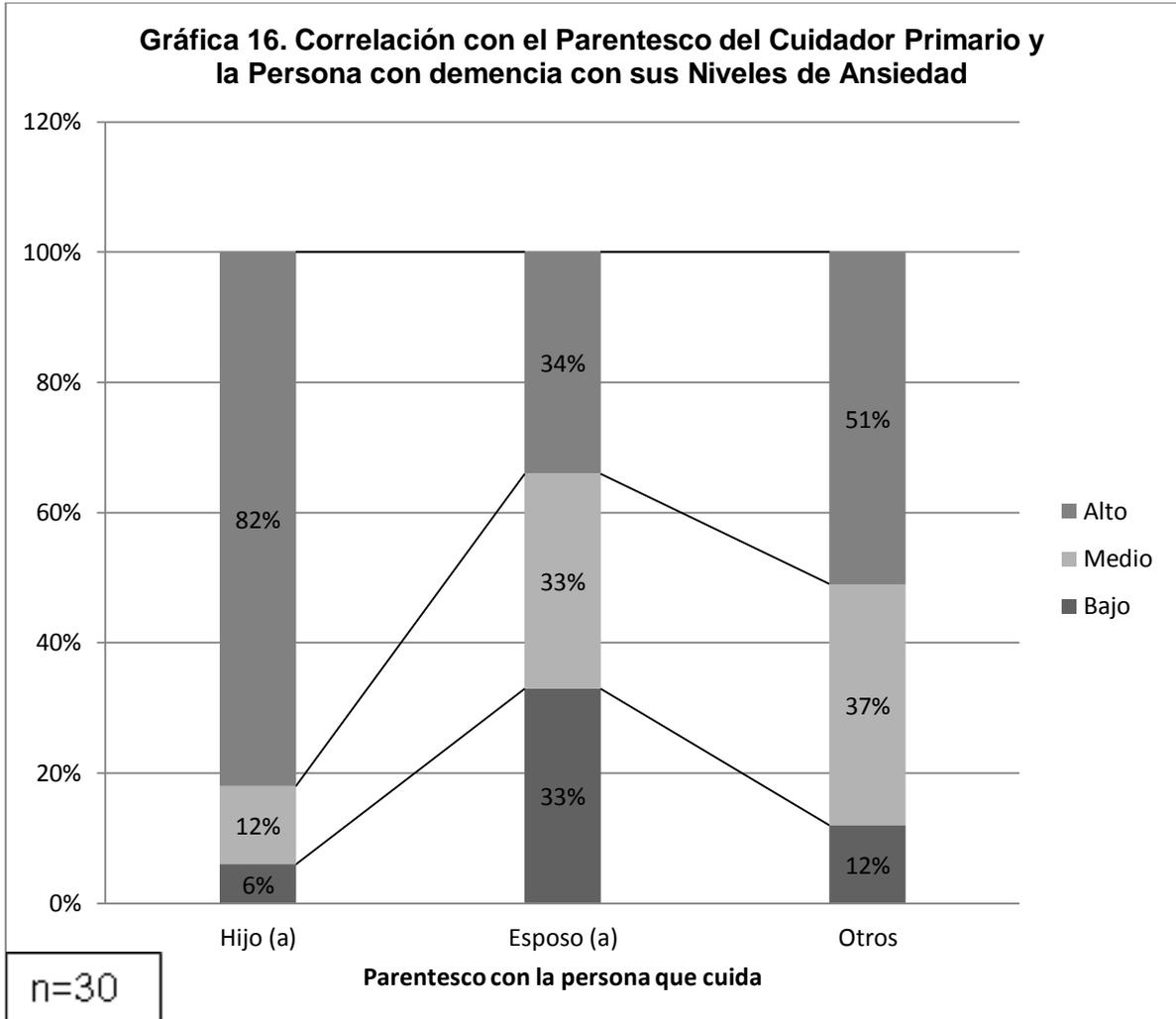
Fuente: Misma Gráfica No. 1

Del total de las personas que mencionaron ser solteras, el 45% maneja niveles de ansiedad altos, el 44% tuvo niveles medios de ansiedad y solo el 11% presenta niveles bajos de ansiedad; de las personas casadas, el 74% presenta niveles altos de ansiedad, y el 13% reflejó niveles medios y bajos de ansiedad cada uno, de las que dijeron ser viudas, el 50% resultó con niveles altos de ansiedad, y el 25% presentaron niveles medios y bajos de ansiedad; de las personas divorciadas el 100% presentó niveles altos de ansiedad.



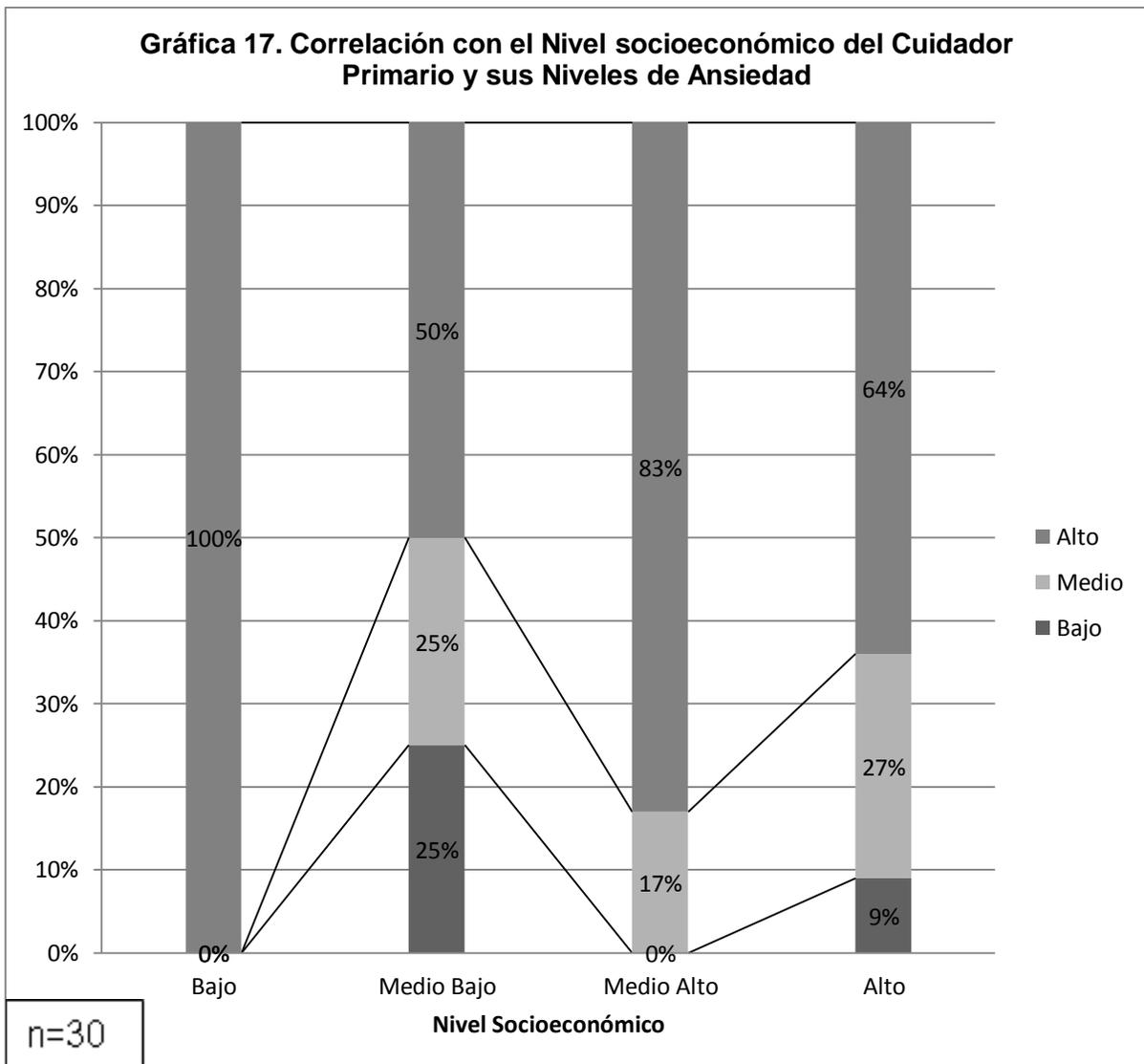
Fuente: Misma Gráfica No. 1

De las personas que mencionaron haber concluido la educación básica, el 80% se reportan con niveles altos de ansiedad y solo el 20% presenta niveles medios de ansiedad; de las que terminaron la educación media superior, el 72% tuvo niveles altos de ansiedad, el 14% se reportan con niveles medios de ansiedad así como de niveles bajos; de las personas que culminaron educación a nivel superior, el 55% presentó niveles altos de ansiedad, el 28% resultó con niveles medios de ansiedad y solo el 17% tuvo niveles bajos de ansiedad.



Fuente: Misma Gráfica No. 1

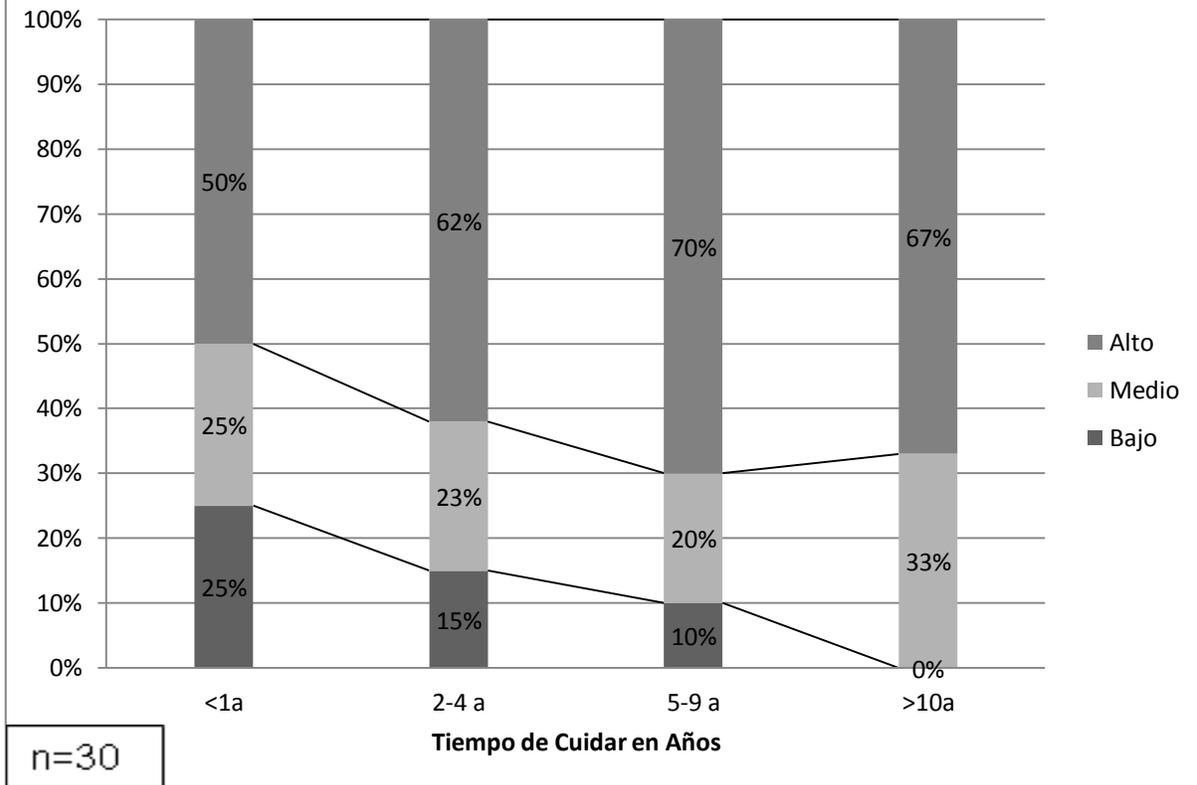
De las personas que mencionaron ser hijos de familia, el 82% resultó con niveles altos de ansiedad, el 12% tuvo niveles medios de ansiedad y solo el 6% presenta niveles bajos de ansiedad; quienes dijeron ser esposos (as), el 34% presenta niveles altos de ansiedad, y el 33% presentaron niveles medios de ansiedad así como niveles bajos.



Fuente: Misma Gráfica No. 1

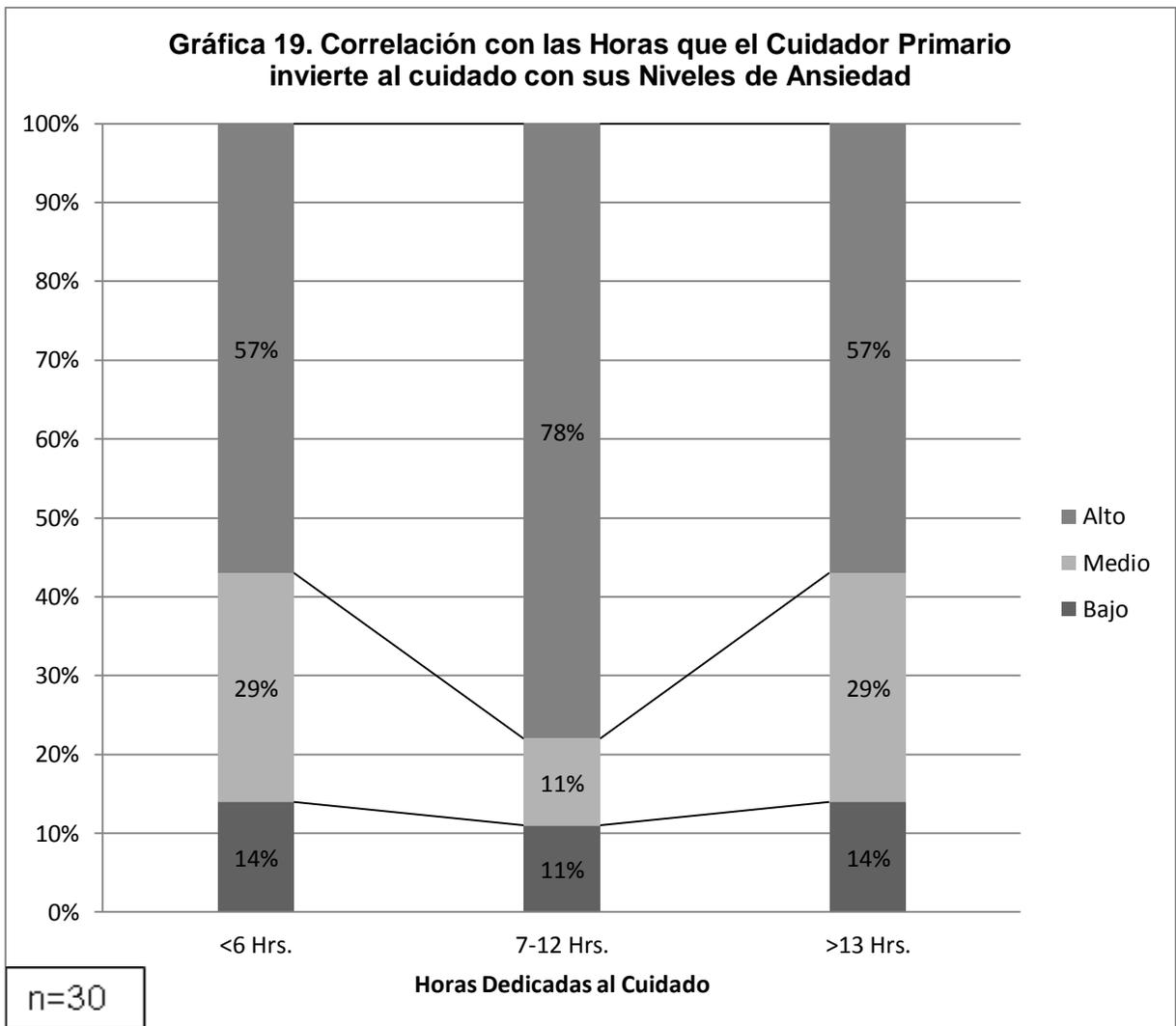
Del total de las personas que mencionaron tener un nivel socioeconómico bajo, el 100% resultó con niveles altos de ansiedad; de los que dijeron tener un nivel socioeconómico medio bajo, el 50% presentó niveles altos de ansiedad, y el 25% niveles medios y bajos cada uno; los que afirmaron tener un nivel socioeconómico medio alto, el 83% presentó niveles altos de ansiedad, mientras el 17% restante presenta niveles medios de ansiedad; quienes dijeron tener un nivel socioeconómico alto, el 64% tiene niveles altos de ansiedad, el 27% presentó niveles medios de ansiedad y solo el 9% tuvo niveles bajos de ansiedad.

Gráfica 18. Correlación con el tiempo que el Cuidador Primario lleva cuidando a la Persona con Demencia y sus Niveles de Ansiedad



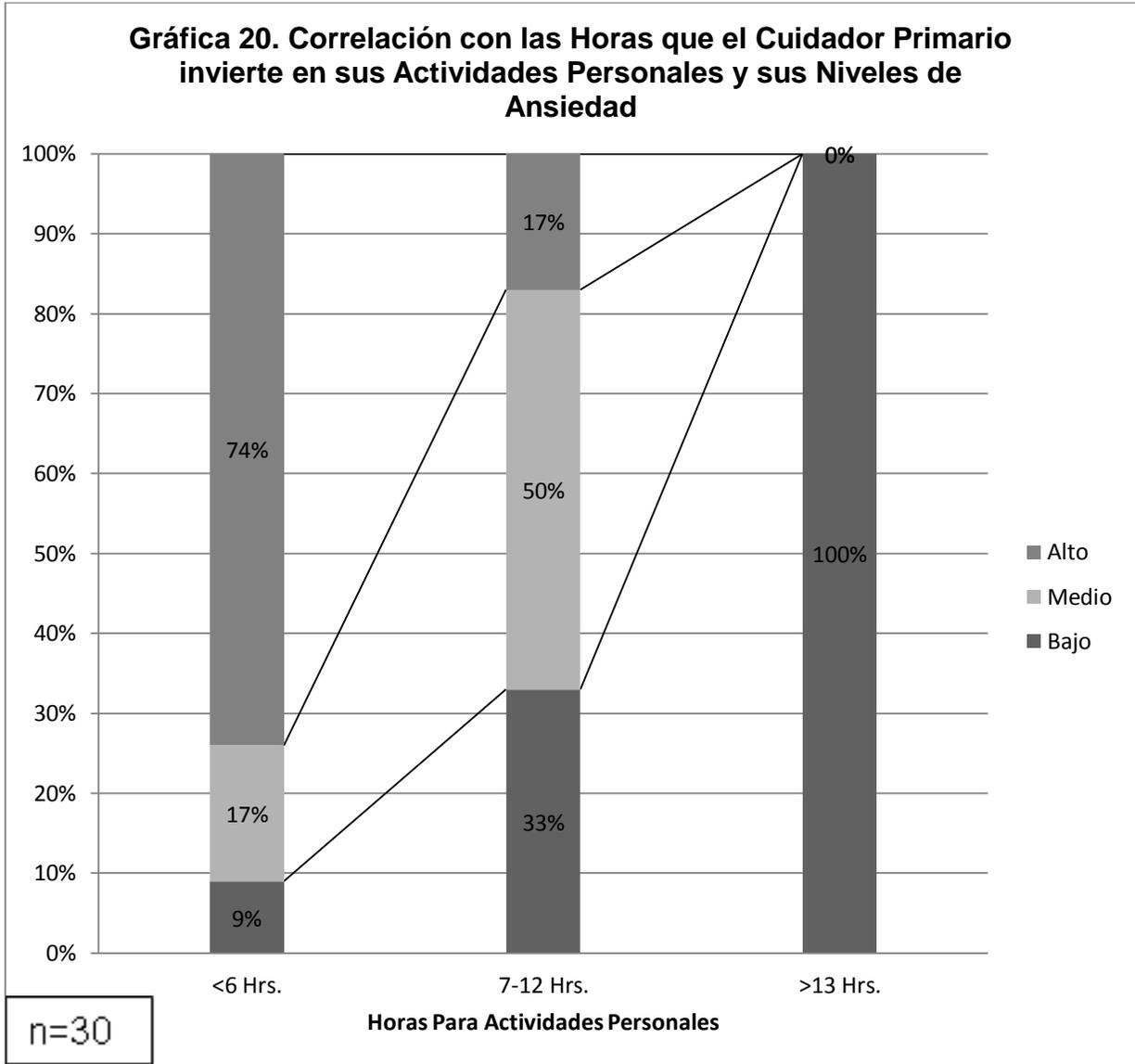
Fuente: Misma Gráfica No. 1

Del total de las personas que afirmaron tener menos a un año pero mayor a 6 meses de cuidar a su familiar, el 50% presentó niveles altos de ansiedad, mientras que los niveles medios y bajos se ponderaron en el 25% cada uno; los que mencionaron tener entre 2 y 4 años de cuidar a su familiar, el 62% tuvo niveles altos de ansiedad, el 23% niveles medios y solo el 15% niveles bajos; quienes tuvieron entre 5 a 9 años cuidando a su familiar, el 70% presenta niveles altos de ansiedad, el 20% niveles medios y solo el 10% niveles bajos; quienes afirmaron tener más de 10 años cuidando, el 67% presentó niveles altos de ansiedad, y el 33% restante niveles medios.



Fuente: Misma Gráfica No. 1

Del total de las personas que afirmaron invertir menos de 6 horas al cuidado de su familiar, el 57% de estas, presenta niveles altos de ansiedad, el 29% presenta niveles medios de ansiedad y solo el 14% niveles bajos; con respecto a quienes dijeron dedicar de entre 7 a 12 horas al cuidado de su familiar, el 78% presenta niveles altos de ansiedad, y los niveles medio y bajo lo presentaron solo el 11% cada uno; quienes dedican más de 13 horas al cuidado, el 57% presenta niveles altos de ansiedad, el 29% niveles medios y solo el 14% niveles bajos.



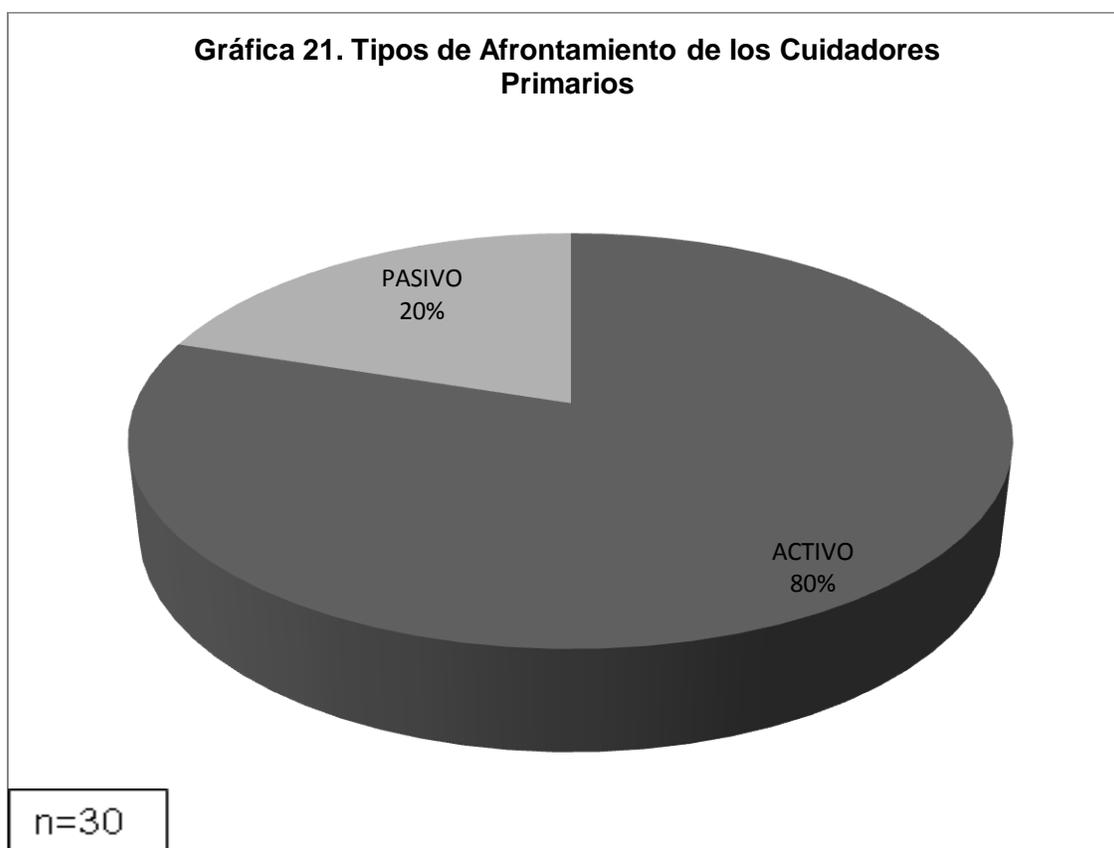
Fuente: Misma Gráfica No. 1

Del total de los cuidadores primarios que confirmaron dedicar menos de 6 horas para sus actividades personales, el 74% presentó niveles altos de ansiedad, el 17% niveles medios, mientras que el 9% presenta niveles bajos; los que dijeron dedicar entre 7 a 12 horas para sus actividades personales, el 17% tuvo niveles altos de ansiedad, el 50% niveles medios y el 33% niveles bajos; quienes afirmaron dedicar más de 13 horas para sus actividades personales, el 100% presentó niveles bajos de ansiedad.

Escala de Afrontamiento

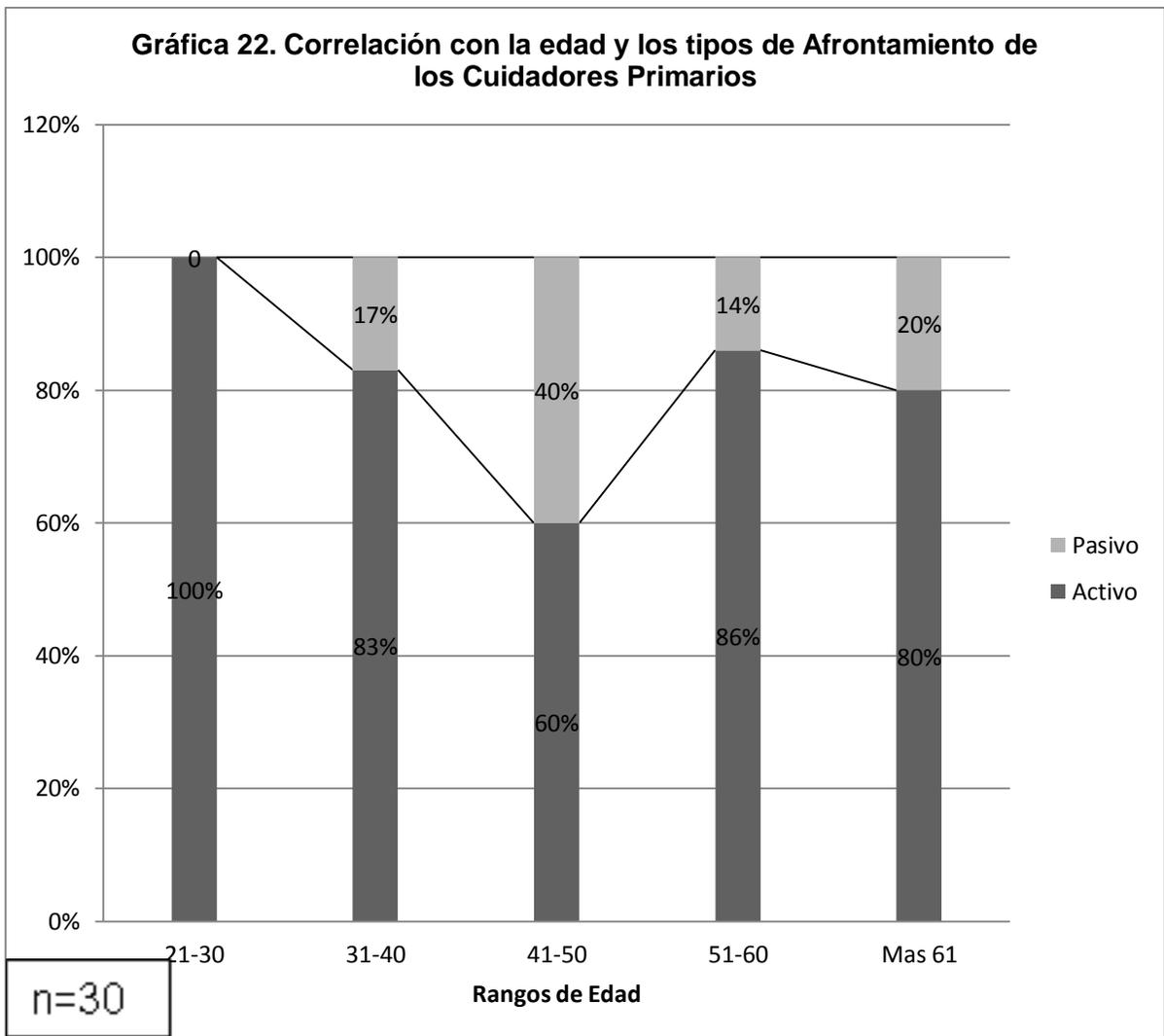
Tipos de Afrontamiento	Frecuencia	Porcentaje
Activo	24	80%
Pasivo	6	20%
Total	30	100%

Fuente: Misma Cuadro No. 1



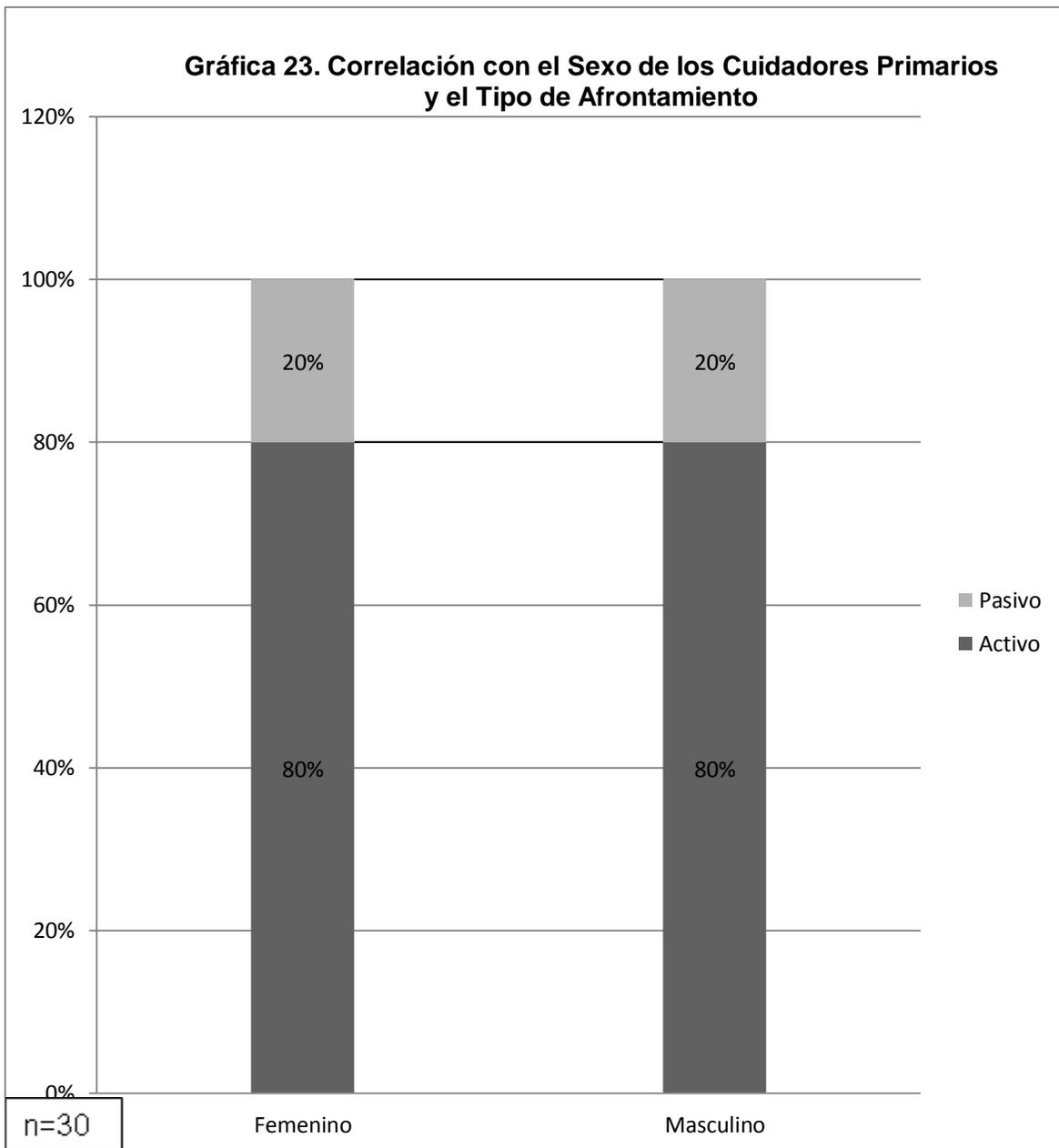
Fuente: Misma Gráfica No. 1

De las 30 personas entrevistadas, el 80% presenta afrontamiento activo, mientras que solo el 20% presenta un afrontamiento de tipo pasivo.

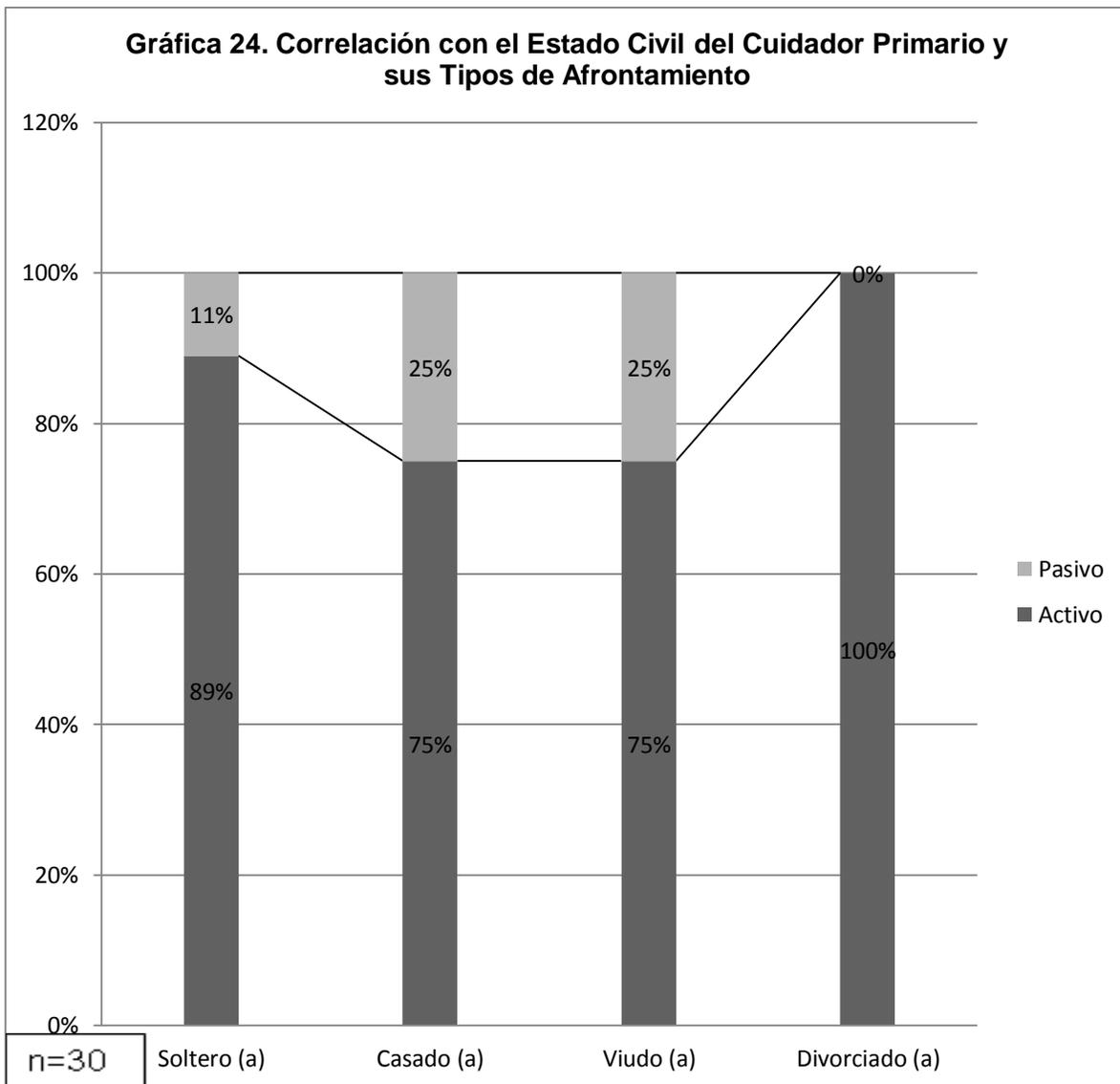


Fuente: Misma Gráfica No. 1

Del total de los cuidadores primarios que tuvieron entre 21 a 30 años, el 100% presenta un afrontamiento de tipo activo; las personas que tienen entre 31 a 40 años de edad, el 83% tiene un afrontamiento activo, mientras que solo el 17% un afrontamiento de tipo pasivo; de los cuidadores que se encontraban entre los 51 a 60 años de edad, el 86% presenta afrontamiento de tipo activo y solo el 14% afrontamiento pasivo; y finalmente quienes se encontraban con más de 61 años de edad, el 80% afronta activamente y solo el 20% pasivamente.

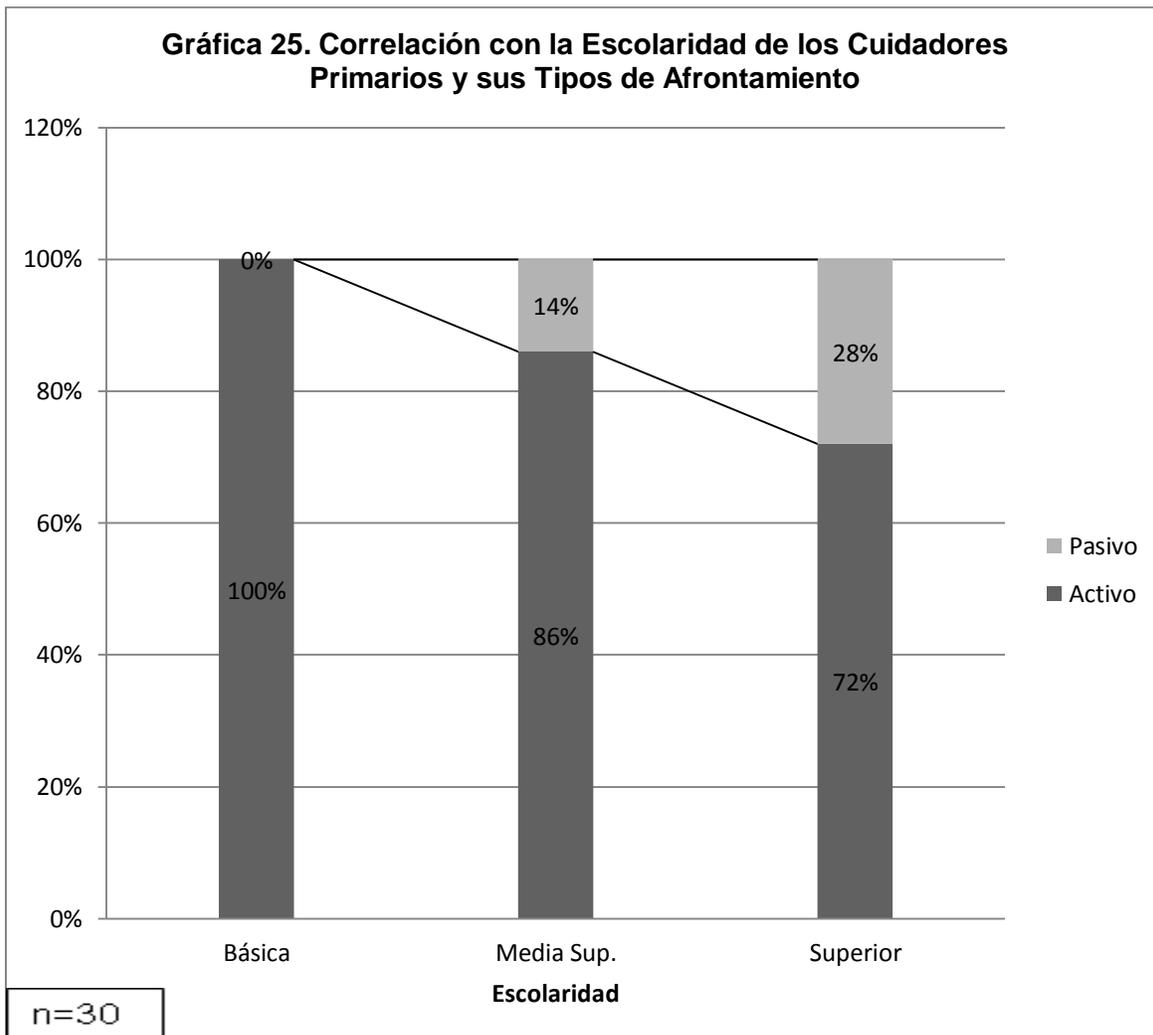


Del total de los cuidadores de sexo femenino, el 80% presenta afrontamiento de tipo activo, mientras que el 20% restante opta por el afrontamiento pasivo, de igual forma con la población masculina entrevistada.



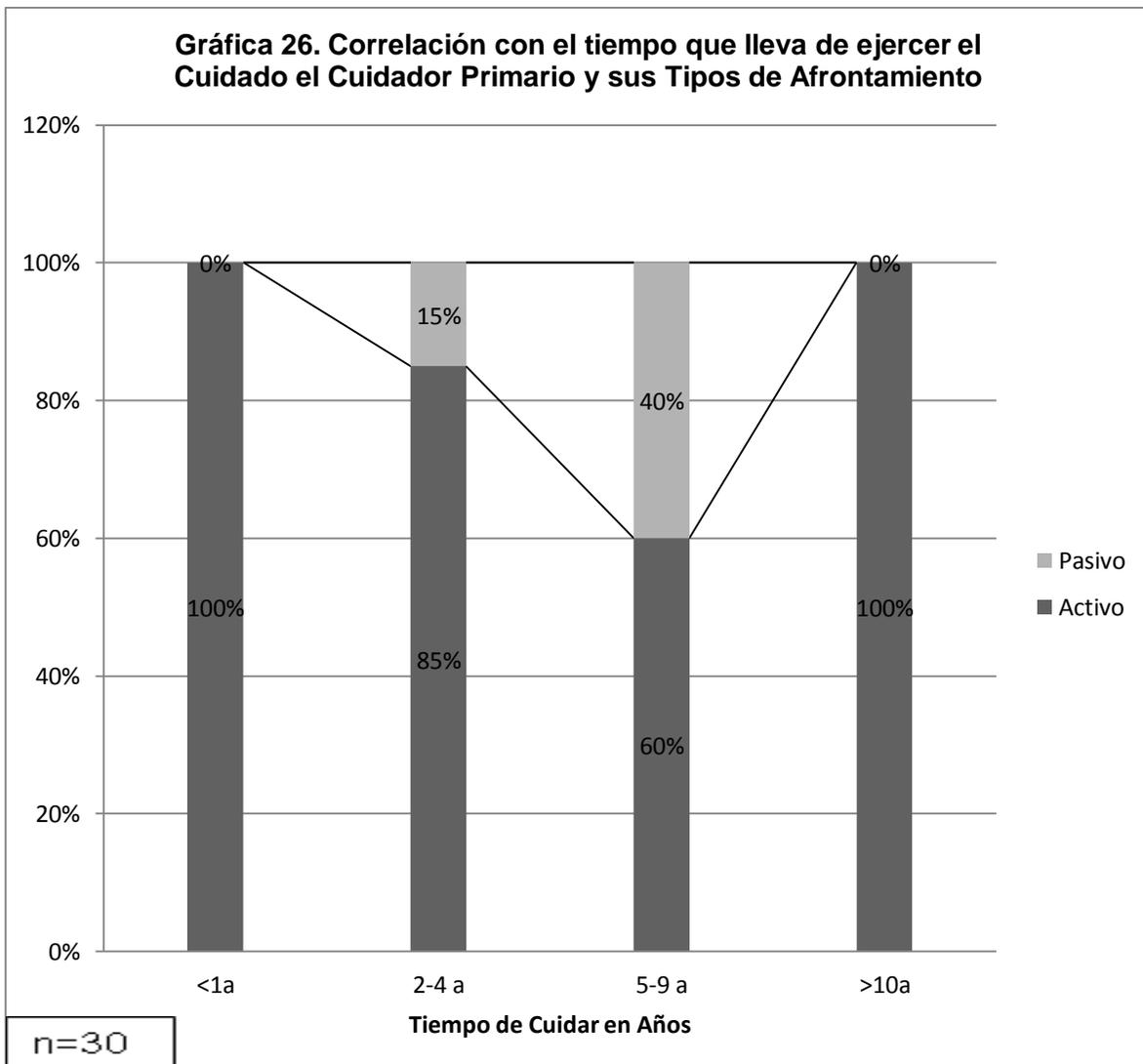
Fuente: Misma Gráfica No. 1

Del total de los cuidadores que se dijeron solteros, el 89% opta por un afrontamiento activo, mientras que el 11% restante pasivo; quienes mencionaron ser casados, el 75% afronta activamente, y el 25% pasivamente, de igual modo para quienes se dicen viudos; por ultimo quienes dijeron ser viudos, el 100% opta por un afrontamiento activo.



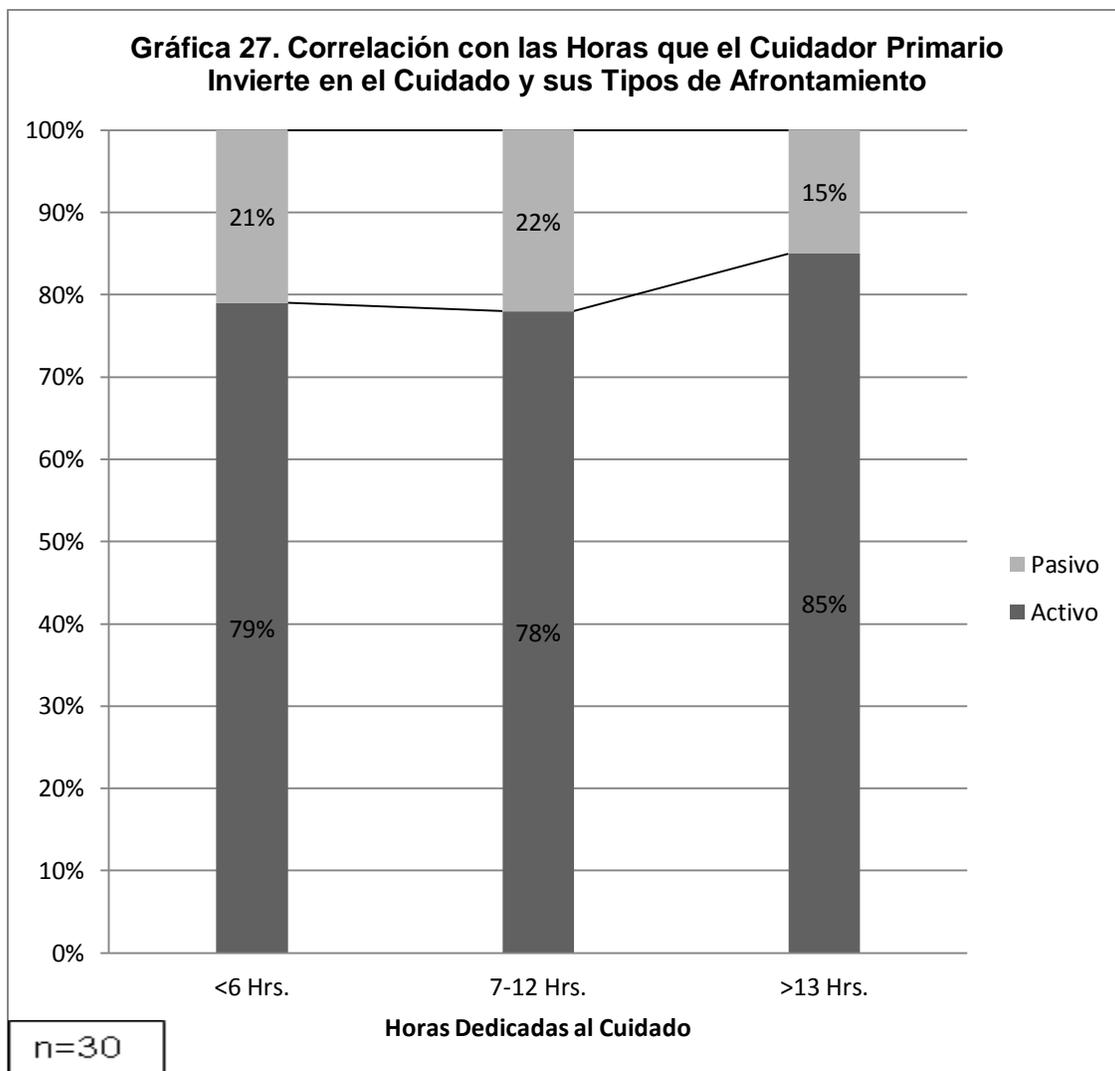
Fuente: Misma Gráfica No. 1

Del total de las personas que culminaron la educación básica, el 100% de estas presenta un afrontamiento de tipo activo, los que dijeron haber culminado la educación media superior, el 86% presenta un afrontamiento activo, mientras que el 14% restante presenta afrontamiento de tipo pasivo; finalmente quienes afirmaron haber culminado una educación superior, el 72% opta por un afrontamiento activo y solo el 28% un afrontamiento de tipo pasivo.



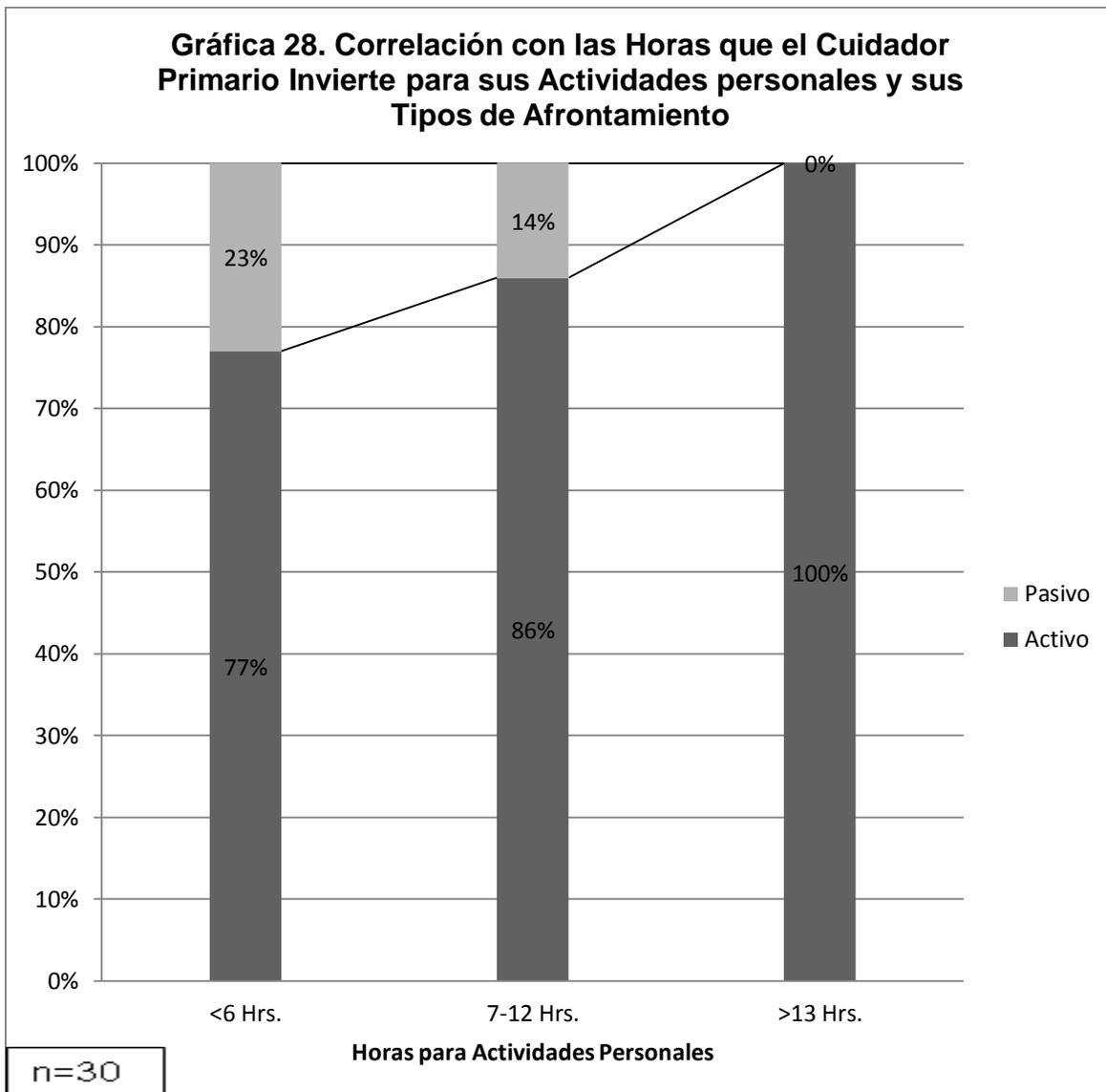
Fuente: Misma Gráfica No. 1

Del total de las personas que mencionó tener más de 1 año de cuidar a su familiar, el 100% opta por un afrontamiento de tipo activo, quienes afirman llevar entre 2 a 4 años cuidando, el 85% prefiere un afrontamiento activo, mientras que el 15% restante afronta pasivamente la enfermedad; quienes llevan de entre 5 a 9 años cuidando, el 60% afronta activamente la enfermedad de su familiar y el 40% la afronta pasivamente; de las personas que dicen tener más de 10 años cuidando afronta activamente la enfermedad de su familiar.



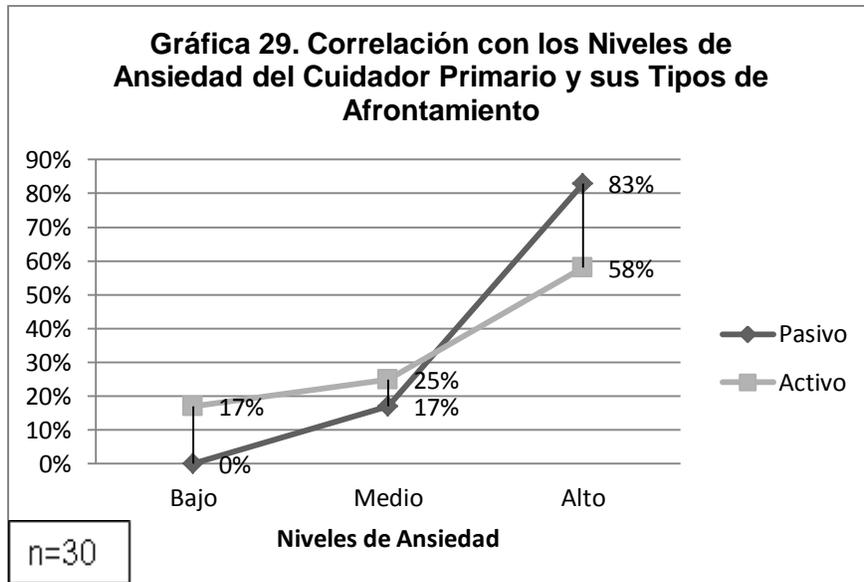
Fuente: Misma Gráfica No. 1

Del total de las personas que mencionaron invertir menos de 6 horas al cuidado de su familiar, el 79% afronta activamente la enfermedad de su familiar, mientras que el 21% restante la afronta pasivamente; quienes mencionaron dedicar de entre 7 a 12 horas, el 78% afronta activamente la enfermedad y el 22% restante pasivamente; quienes dijeron cuidar mas de 13 horas a su familiar, el 85% afronta activamente la situación mientras que el 15% restante la afronta de forma pasiva.

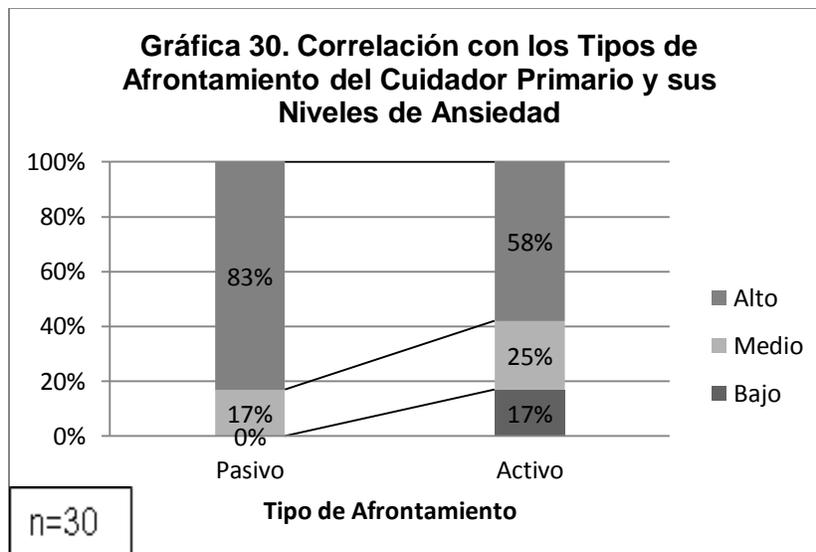


Fuente: Misma Gráfica No. 1

Del total de las personas que mencionaron dedicar menos de 6 horas para sus actividades personales, el 77% afronta activamente la enfermedad, mientras que el 23% la afronta pasivamente; quienes afirman dedicar entre 7 a 12 horas para sus actividades personales, el 86% la afronta activamente y solo el 14% la afronta pasivamente; y de las personas que dijeron dedicar más de 13 horas para sus actividades personales, el 100% afronta activamente la enfermedad de su familiar.



Fuente: Misma Gráfica No. 1



Fuente: Misma Gráfica No. 1

Del total de los cuidadores entrevistados que afrontan pasivamente la enfermedad de su familiar, el 83% presenta niveles de ansiedad altos, y solo el 17% niveles medios de ansiedad; por otra parte, del total de las personas que afrontan activamente le enfermedad de su familiar, el 58% presenta niveles altos de ansiedad, el 25% niveles medios y solo el 17% presenta niveles bajos de ansiedad.

8 ANÁLISIS

Del total de los cuidadores primarios entrevistados, es importante destacar la presencia mayoritaria de cuidadores del sexo femenino representando dos terceras partes de la población, mientras que la tercera parte restante fue de sexo masculino (Gráfica 1). La mayor parte de la población entrevistada se encontraba en un rango de edad de entre los 31 a los 40 años de edad, siendo esta población madura y muy probablemente se encargaban del cuidado de su familiar mayor que ellos, y solo un 7% se encontraba entre los 21 a los 30 años de edad, población que merece mayor atención por cuestiones tratadas más adelante (Gráfica 2).

Del total de la población entrevistada, más de la mitad de los entrevistados mencionó haber culminado una Licenciatura o incluso un grado más arriba, observando así que la población de cuidadores primarios que acude a los centros de día como la Fundación y la Asociación Alzheimer, son en proporción por arriba de la mitad de esta personas con un grado académico universitario (Gráfica 4). Es importante mencionar que los hijos representan un poco más de la mitad de los cuidadores primarios entrevistados, mientras que solo la quinta parte de los entrevistados mencionó tener alguna relación marital con la persona cuidada, en confrontación con la gráfica de estado civil, se observa que prevalece la población casada, lo que indicaría que la mayor parte de los hijos cuidadores primarios se encontraba casados (Gráfica 5).

Un poco menos de la mitad de la población entrevistada mencionó tener entre 2 y 4 años de cuidar a su familiar, la tercera parte de esta dijo haber estado cuidando a su familiar entre los 5 y 9 años. (Gráfica 7). Así pues, Un poco menos de la mitad de la población estudiada mencionó dedicar menos de 6 horas al cuidado de su familiar, tomando en cuenta que la mayor parte de la muestra estudiada se encuentra en un rango de edad laboralmente activo y con grados universitarios, es congruente la comparación. (Gráfica 8).

Casi las tres cuartas partes de la muestra menciona dedicar menos de 6 horas para sus actividades personales, suena lógico ya que siendo en su mayoría

población económicamente activa y además dedicar un tiempo para el cuidado de su familiar, queda menos tiempo para sus actividades personales. (Gráfica 9).

Los niveles de ansiedad Rasgo-Estado se comportaron de manera similar, la ansiedad Estado muestra como las personas se encuentran la mayor parte del tiempo, mientras que la ansiedad estado nos dice como la persona se encuentra frente a una situación estresante, en este caso el factor estresante es el cuidado de una persona con demencia; si se comportan de manera similar se puede relacionar con el hecho de que la mayor parte de la población estudiada lleva más de 2 años cuidando a su familiar, hecho por el cual se encuentran en ansiedad constante (Gráfica 10-11). En cuanto a la ansiedad de acuerdo a la presentación por rangos de edad, se observa que a mayor edad del cuidador sus niveles de ansiedad disminuyen, mientras que el rango de menor edad presenta niveles altos de ansiedad, encontrándonos aquí que los cuidadores jóvenes son más propensos a desarrollar trastornos de ansiedad (Gráfica 12).

De acuerdo a la presentación de ansiedad por sexo, el sexo femenino tuvo mayores niveles de ansiedad que los del sexo masculino, cabe señalar que la mayor parte de la población estudiada fue de sexo femenino (Gráfica 13).

Referente a la correlación de la escolaridad de los cuidadores primarios y sus niveles de ansiedad, se observa que las personas con educación básica presentan niveles más altos de ansiedad que las personas que culminaron una educación superior (Gráfica 15).

De acuerdo al parentesco del cuidador primario con la persona con demencia y su relación con los niveles de ansiedad del cuidador, los hijos (as) presentaron mayores niveles de ansiedad que los que sostenían una relación marital. (Gráfica 16).

En la grafica de correlación con el tiempo que tiene el cuidador primario de cuidar a su familiar y los niveles de ansiedad del cuidador, se puede observar que mientras más tiempo se tiene de cuidar a una persona, mas niveles de ansiedad presentan los cuidadores, esto probablemente se relacione con una de las

características de las demencias que es lo cronicodegenerativa, esto tal vez pueda tener relación con esta gráfica, es decir, que los niveles de ansiedad del cuidador primario aumentan a la par que el grado de dependencia de las personas con demencia. (Gráfica 18). Los cuidadores primarios que dedican entre 7 a 12 horas para el cuidado de su familiar, presenta los niveles más altos de ansiedad, mientras que quienes dedican menos de 6 horas y más de 13 horas, presentan los mismos niveles de ansiedad, claro después de las personas que dedica de 7 a 12 horas. (Gráfica 19). Con respecto a las horas que el cuidador primario dedica a sus actividades personales y sus niveles de ansiedad, se puede observar que mientras más horas este dedique a sus actividades personales, tiene menor riesgo de desarrollar niveles altos de ansiedad, ya que en la grafica 20 se puede observar claramente como las personas que dijeron dedicar menos de 6 horas a sus actividades presentaron mayores niveles de ansiedad que las personas que afirmaron dedicar más de 13 horas. (Gráfica 20).

El tipo de afrontamiento que mas utiliza el total de los cuidadores primarios entrevistados, es el activo, esto tiene congruencia, ya que las personas entrevistadas acudían continuamente a la asociación y a la fundación Alzheimer, siendo esta una forma de afrontamiento activo, entre algunas otras. (Gráfica 21).

Con respecto a la correlación entre la edad de los cuidadores primarios y el tipo de afrontamiento, se observa que los cuidadores jóvenes que se encuentran entre los 21 a 30 años de edad, presentan un tipo de afrontamiento activo, puede relacionarse al acceso a la información que hoy en día existe y que las personas jóvenes tienen mayor interés en las diversas plataformas de información, mientras que las personas que se encuentran entre los 41 a 50 años de edad afrontan la enfermedad de su familiar de una manera pasiva. (Gráfica 22)

En cuanto al tipo de afrontamiento, en relación con el sexo de los cuidadores primarios, no existe mayor discrepancia, ya que al observar la gráfica, tanto población femenina como la masculina, optan por el tipo de afrontamiento activo, presentando los mismos porcentajes. (Gráfica 23).

Con respecto al tiempo que los cuidadores primarios llevan cuidando a su familiar y la forma en la que afrontan la enfermedad de su familiar estos cuidadores, se observó que tanto las personas que llevan menos de 1 año cuidando y las personas que llevan más de 10 años, prefieren afrontar activamente la enfermedad, mientras que un poco menos de la mitad de las personas que llevan entre 5 y 9 años cuidando prefieren afrontar pasivamente la enfermedad (Gráfica 26). En cuanto al tiempo que dedican los cuidadores primarios al cuidado de sus familiares y la forma de afrontamiento de la enfermedad, se observa que las personas que dedican más de 13 horas al cuidado opta mas por la forma activa de afrontamiento en comparación con las personas que le dedican menos de 12 horas al cuidado, esto tal vez debido a que las personas que dedican mayor tiempo al cuidado de su familiar, buscan más ayuda, así como información, y tienen mayor interés en la enfermedad y la forma de cuidar a su familiar por que pasan más tiempo dedicado al cuidado. (Gráfica 27)

Con respecto al tiempo que dedican la personas estudiadas para sus actividades personales en confrontación con la forma de afrontamiento de la enfermedad, se observa que a mayor tiempo dedicado para sus actividades personales, mayor es la posibilidad de afrontar activamente la enfermedad de su familiar, puesto que en el tiempo dedicado a sus actividades, puede ser también aprovechado para la búsqueda activa de ayuda familiar, social e información, así como de los diversos grupos de apoyo. (Gráfica 28).

Con respecto a la correlación entre los tipos de afrontamiento y los niveles de ansiedad de los cuidadores primarios de personas con demencia, se observa en la gráfica 30, que los cuidadores que optan por el tipo de afrontamiento pasivo, presentan mayores niveles de ansiedad, siendo esta el 83% de la población pasiva (respecto al afrontamiento), el 17% restante de este grupo presentó niveles medios de ansiedad; por otra parte de los cuidadores que afrontan activamente la enfermedad de su familiar, presenta también niveles altos de ansiedad, solo que en menor proporción que las personas pasivas, siendo esta el 58% de la población activa (respecto al afrontamiento), y el 37% restante tuvo niveles medios y bajos

de ansiedad; es así como se comprueba la hipótesis, ya que las personas con afrontamiento activo presenta menores niveles de ansiedad, que la persona con afrontamiento pasivo, que son las que presentan mayores niveles de ansiedad.

CONCLUSIONES

El objetivo de esta investigación fue identificar como repercute el tipo de afrontamiento a la enfermedad en los niveles de ansiedad del cuidador primario de la persona con demencia, para llegar a él se utilizó la escala de afrontamiento frente a riesgos extremos, que por su nombre puede referir a que solo identifica el afrontamiento frente a riesgos de peligros extremos, sin embargo, no únicamente se utiliza para ese fin, sino también para riesgos e salud y frente a situaciones especiales como lo es el cuidar a una personas dependiente, por motivos ya mencionados en e el capítulo 7.6 de ese documento; para medir los niveles de ansiedad se recurrió al Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, por las razones especificadas en al apartado 7.7; de acuerdo a los resultados obtenidos por estos, se puede concluir lo siguiente:

- Como ya se ha abordado varias investigaciones, la mayoría de los personas que se dedican a l cuidado de su familiar suelen ser mujeres, confirmándolo así en esta investigación ya que la mayor de la población estudiada fue de sexo femenino
- Siendo así, que le perfil del cuidador primario, es una mujer, de mediana edad, siendo esta hija de la persona cuidada y con nivel de estudios de licenciatura, que dedican poco tiempo a sus actividades personales.
- El inventario de ansiedad, abarca tanto el rasgo (como se encuentran regularmente), así como el estado (como se encuentran en un momento determinado en el tiempo), en ambas los resultados fueron similares, lo que permite concluir que, manejan niveles de ansiedad en estadios análogos tanto en su estado regular como frente a situaciones especiales, debido al tiempo que la mayor parte de las personas entrevistadas llevan cuidando a su familia.
- Los cuidadores primarios jóvenes tienden a tener mayores niveles de ansiedad que las personas mayores, es decir a menor edad mayores

niveles de ansiedad, además de que sus niveles de ansiedad aumentan si estos son hijos.

- Las cuidadoras mujeres tienen mayor tendencia a presentar altos niveles de ansiedad, en comparación con los hombres. Aunque es importante mencionar que la mayor parte de la población entrevistada fueron mujeres.
- Los niveles de ansiedad del cuidador primario, aumentan en medida que la persona con demencia es más dependiente de los cuidados, (relacionado con la Gráfica 18).
- No hay diferencia entre los sexos de los cuidadores primarios en las formas de afrontamiento de la enfermedad de sus familiares.
- Las personas que van iniciando en el cuidado de su familiar, así como las personas que tienen bastante tiempo de experiencia en su cuidado, son las que presentaron una forma activa de afrontar la enfermedad, es decir, son los que buscan más información sobre ella, se apoyan de familiares, amigos, buscan grupos de autoayuda.
- Las personas que dedican algún tiempo a sus actividades personales, afrontan activamente la enfermedad de su familiar, puesto que esta forma parte del afrontamiento activo.
- Los cuidadores con un afrontamiento activo de la enfermedad tienden a disminuir sus niveles de ansiedad, en comparación con las personas con un afrontamiento pasivo, quienes desarrollan niveles altos de ansiedad.

Lo anteriormente mencionado nos lleva a la identificación del tipo de afrontamiento a la enfermedad de los cuidadores primarios viendo como el afrontamiento pasivo nos lleva a disminuir los niveles de ansiedad y en caso contrario, es decir, un afrontamiento pasivo lleva a mayores niveles de ansiedad en el cuidador primario.

Por todo lo anterior valdría la pena, que el profesional de enfermería, se interesara mas por el desarrollo de investigaciones para el mejoramiento y la prevención de padecimientos en la población, resultaría interesante la creación de un modelo preventivo en el área de la salud mental de los cuidadores primarios de las personas con demencia (pudiendo ser aplicable a cuidadores de personas con alguna enfermedad crónica), abarcando la prevención de trastornos de ansiedad, que comienzan con niveles medios y altos de ansiedad, en donde puede tomarse como referencia al afrontamiento activo de la enfermedad e la persona cuidada como un modo de prevención de la ansiedad en el cuidador. No cabe duda que el área de la ciencia del cuidado es muy amplia y extensa, teniendo mayor énfasis en la prevención.

Es importante también mencionar que se llegó a los objetivos planteados, pero podría evaluarse como parcial, ya que la muestra utilizada para esta investigación fue escasa, debido al tiempo orientado para la realización de la misma, así como de la disposición de los cuidadores primarios para responder los cuestionarios.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) CAMPOS, Miryam. VELAZCO, Carmen. Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta-análisis de 13 estudios. Boletín de Psicología. No. 82; Universidad del País Vasco. Bilbao. Noviembre 2004.
- 2) COLLIÈRE Marie-Francoise. Promover la vida. 2a Ed. McGraw-Hill; México 2009.
- 3) COLLIÈRE MF (1986). Invisible Care and Invisible Women as Health Care-Providers. International Journal of Nursing Studies, 23 (2)
- 4) DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson S.A.. 1995. Trastornos de ansiedad.
- 5) Da Costa Lindolpho. Programa para cuidadores de ancianos con demencia: un relato de experiencia. Enfermería Global. No. 22. Abril 2011.
- 6) DA SILVA, M.J. MARQUES Braga. Evaluación de la presencia del síndrome de Bourbout en cuidadores de ancianos. Enfermería Global Revista electrónica. Junio 2009. No. 16. Consultado en Abril de 2012. Disponible en: <http://www.um.es/global>
- 7) DEVI. Josep. RUIZ. Almazan Isabel. Revista multidisciplinaria de gerontología. Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. Asociación de familiares de Alzheimer de Barcelona. España. 2002; año 12 (1)
- 8) DOMÍNGUEZ Alcón C. Cuidado informal: redes de apoyo y política de la vejez. Index Enferm. 1998; 23(7)
- 9) ESANDI, Nuria. Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer. Gerokomos. España 2011. 22 (2).
- 10) GIL. Alonso Dolores. Cuidados de la familia: el cuidador principal. Manual de enfermería. Prevención y Rehabilitación Cardíaca. 2010. España

- 11) GÓMEZ Viera Nelson, Bonnin Rodríguez Beatríz María, Gómez de Molina Iglesias Marisel T., Yánez Fernández Belkis, González Zaldívar Arnaldo. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. Rev cubana med [revista en la Internet]. 2003 Mar [citado 2012 Oct 19] ; 42(1): 12-17. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232003000100002&lng=es.
- 12) GÓMEZ Gómez MM. Estar ahí, al cuidado de un paciente con demencia. Invest Educ Enferm. 2007; 25(2)
- 13) GONZÁLEZ Varea. Cuidar a los cuidadores: atención familiar. Enfermería global. Universidad de Murcia. no6. Mayo 2005.
- 14) GUTIERREZ, López Carolina. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación” de Callista Roy. Revista Aquichan. ISSN1657-5997. Año 7 No.1. Chia, Colombia. Abril 2007.
- 15) PINEDO. Velázquez, María. La revista de Enfermería y otras ciencias de la salud. Cuidados de Enfermería en el “sufrimiento espiritual” aplicando el modelo de Jane Watson. Salud, Arte y cuidado. Vol. 2. No. 2. Julio-Diciembre. 2009.
- 16) PEARLIN L, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and stress process: an overview of concepts and their measures. Gerontologist. 1990; 30(5)
- 17) PINTO Afanador Natividad. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa “cuidando al cuidador”. Revista Aquichan; Año 5, Vol. 5, No.1. Chia, Colombia; Octubre 2005.

- 18) REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la Lengua Española. Vigésimo segunda edición. Consultado el 31/05/2012; disponible en <http://www.rae.es/RAE/Noticias.nsf/Home?ReadForm>
- 19) ROMANO Martín Fidel. Enfermedad de Alzheimer. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. N° 175 – Noviembre 2007.
- 20) RODRIGUEZ, Marin Jesús. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. Psicothema. Vol. 5, suplemento. ISSN 0214-9915. Departamento de Psicología de la Salud. Facultad de Medicina. Universidad de Alicante.
- 21) ROY C, Andrews HA. The Roy adaptation Model. Stanford: Appleton y Lange; 1999.
- 22) ROY Callista. Coping and adaptation Processing Sacle: Development and testing. En prensa; 2004.
- 23) ROY Callista. Human Information Processing. In: Fitzpatrick JJ et al. Annual Review on Nursing Research. Springer Publishing Co.; 1988.
- 24) Roig M^a Vicenta. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. anales de psicología. Universidad de Murcia; España 1998, vol . 14, n° 2.
- 25) SKINNER, M., Carver, C. y Bridges, M. (2003). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. Journal of Personality and Social Psychology, 67.
- 26) ZARATE Grajales Rosa A.. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm [revista en la Internet]. 2004 Jun [citado 2012 Oct 19] ; 13(44-45): 42-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es.

ANEXOS

Anexo 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



NUEVAS ESTRATEGIAS EPIDEMIOLOGICAS GENÓMICAS Y PROTEÓMICAS EN SALUD PÚBLICA. SDEI. PTID. 05.5
 MODELO DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN PREVENTIVA Y TERAPEUTICA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE
 ALZHEIMER

ESCALA DE AFRONTAMIENTO FRENTE A RIESGOS EXTREMOS

Le presentamos a continuación una lista de afirmaciones. Usted debe indicar con qué frecuencia se identifica con dichas afirmaciones. Especifique su respuesta poniendo una cruz (X) en el cuadro que corresponda con la opción con la que usted más se identifique. No hay respuestas correctas o incorrectas. Gracias

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1. Acepto la situación pues es inevitable					
2. Deseo un milagro y ruego a Dios para que me ayude					
3. Rechazo la idea de que esta situación es grave					
4. Algunas veces no hago lo que ya había previsto hacer					
5. Analizo las circunstancias para saber qué hacer					
6. Bromeo y tomo las cosas a la ligera					
7. Busco actividades para pensar en otra cosa					
8. Busco información con personas que saben					
9. Consulto sobre el problema con profesionales					
10. Controlo en todo momento mis emociones					
11. Hablo con mi familia para compartir emociones					
12. Hago como si el peligro no existiera					
13. Hago frente directamente a la situación					
14. Hago modificaciones en mi entorno para evitar un desastre					
15. He establecido mi propio plan de prevención y lo pongo en marcha					

16. Me es difícil describir lo que siento frente a esta situación					
17. Me fijo objetivos y redoblo esfuerzos					
18. Me paseo para distraerme					
19. Participo más en actividades de prevención civil					
20. Reflexiono sobre las estrategias a utilizar					
21. Sigo lo que hacen los demás					
22. Tengo un plan preventivo y lo sigo					
23. Trato de cambiar mis hábitos de vida en función del problema					
24. Trato de no pensar en el problema					
25. Trato de no precipitarme y de reflexionar sobre los pasos a seguir					
26. Trato de no sentir nada					

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN

Anexo 2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



NUEVAS ESTRATEGIAS EPIDEMIOLOGICAS GENÓMICAS Y PROTEÓMICAS EN SALUD PÚBLICA. SDEI. PTID. 05.5
 MODELO DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN PREVENTIVA Y TERAPEUTICA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE
 ALZHEIMER

INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO – ESTADO (IDARE) (SPIELBERGER, C. D., MARTINEZ URRUTIA, A., GONZALEZ –
 REIGOSA, F., NATALICIO, L., Y DIAZ – GUERRERO, R.)

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y ponga una equis (X) en la casilla que indique como se siente ahora mismo, o sea, en ESTE momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa a sus sentimientos ahora.

		NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1	Me siento calmado (a)				
2	Me siento seguro (a)				
3	Estoy tenso (a)				
4	Estoy contrariado (a)				
5	Estoy a gusto				
6	Me siento alterado (a)				
7	Estoy preocupado (a) actualmente por algún posible contratiempo				
8	Me siento descansado (a)				
9	Me siento ansioso (a)				
10	Me siento cómodo (a)				
11	Me siento con confianza en mí mismo (a)				
12	Me siento nervioso (a)				
13	Me siento agitado (a)				
14	Me siento “a punto de explotar”				
15	Me siento reposado (a)				
16	Me siento satisfecho (a)				
17	Estoy preocupado (a)				
18	Me siento muy excitado (a) y aturdido (a)				
19	Me siento alegre				
20	Me siento bien				

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque con una equis (X) la casilla que indique como se siente generalmente. No hay

contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa como se siente generalmente.

		CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21	Me siento bien				
22	Me canso rápidamente				
23	Siento ganas de llorar				
24	Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo				
25	Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente				
26	Me siento descansado (a)				
27	Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"				
28	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas				
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30	Soy feliz				
31	Tomo las cosas muy a pecho				
32	Me falta confianza en mí mismo (a)				
33	Me siento seguro (a)				
34	Trato de sacarle provecho a las crisis y dificultades				
35	Me siento melancólico (a)				
36	Me siento satisfecho (a)				
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan				
38	Me afectan tanto las mentiras que no me las puedo quitar de la cabeza				
39	Soy una persona estable				
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado				

Anexo 3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Nuevas Estrategias Epidemiológicas, y Proteomicas en Salud Pública

FOLIO: _____

FECHA: _____

MODELO DE ATENCION PREVENTIVA Y TERAPEUTICA DE ENFERMERMERIA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Introducción: su participación es totalmente voluntaria, por lo que puede libremente decidir no participar. Los datos obtenidos en este registro serán confidenciales, y nadie excepto el grupo investigador, tendrá acceso a la información otorgada.

FICHA DE IDENTIFICACION DEL CUIDADOR

- (1) Edad: _____ (2) Sexo: F M (3) Estado Civil: _____
- (4) Escolaridad: _____ (5) Parentesco con el paciente: _____
- (6) Nivel socioeconómico: a) Bajo b) Medio bajo c) Medio alto d) Alto
- (7) Profesión: _____ (8) Ocupación previa: _____
- (9) ¿Usted vive con el enfermo? SI NO A VECES
- (10) Número de personas que dependen de usted: _____
- (11) ¿Qué parentesco y edad tienen las personas que dependen de usted?

PARENTESCO	EDAD	PARENTESCO	EDAD

- (12) ¿Cuánto tiempo lleva cuidando al enfermo? _____ años _____ meses
- (13) ¿Cuántas horas al día dedica al cuidado del enfermo? _____ horas.
- (14) ¿Cuánto tiempo dedica para sus actividades personales? _____ horas.
- (15) ¿Conoce que es la enfermedad que tiene su familia? SI NO
- (16) ¿Conoce el desarrollo de la enfermedad que tiene su familia? SI NO

(17) ¿Conoce cuales son los síntomas de la enfermedad que tiene su familiar? SI NO

(18) En una escala del 0 al 10, donde 0 es muy mala y 10 muy buena,

¿Cómo es la relación entre ustedes y la persona que cuida? _____

(19) ¿Cuáles son los cuidados que proporciona al enfermo?

a) Referentes a higiene: _____

b) Referentes a vertido: _____

c) Referentes a desplazamiento: _____

d) referentes a incontinencia: _____

e) Referentes a la eliminación: _____

f) Otras: _____

(20) ¿Cuántas personas viven con el enfermo? _____

(21) ¿acude o participa en grupos de autoayuda? SI NO

FRECUENCIA: _____ LUGAR: _____

(22) ¿Considera que estos grupos le han ayudado? SI