



UNIVERSIDAD LATINA S. C.

3344-25

T E S I N A

**“Calidad de vida y sobrecarga en el cuidador primario
de familiares que padecen Alzheimer y su impacto en el
aparato psíquico.”**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ADAN OCAMPO VARGAS

ASESOR: ISAAC MOLINA PÉREZ

CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2022



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.

Agradezco profundamente a toda mi familia por haberme apoyado y motivado a cumplir mi sueño, en especial a mis padres por los sacrificios que hicieron y a mi primo Gustavo por su orientación. Le dedico con amor este presente trabajo a mi hijo Derek Mateo, como muestra de que todos los sueños que se hacen realidad empiezan por una meta y cada meta se cumple con dedicación, pasión y compromiso.

Índice

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Justificación.....	7
 Capítulo I. Factores multidimensionales en el desarrollo de la calidad de vida del cuidador y sus áreas de impacto.....	11
1.1 Calidad de Vida	11
1.2 Satisfacción.....	12
1.3 Dimensiones de aproximación del cuidador.....	13
1.4 Impacto en el cuidador	17
1.4.1 Impacto en la salud física	19
1.4.2 Impacto en la salud mental	20
1.4.3 Impacto social.....	22
1.4.4 Impacto económico.....	24
Capítulo II. Demencia	26
2.1 Trayectoria de la Demencia en México	26
2.2 Demencia tipo Alzheimer.....	28
2.3 Dimensiones diagnósticas.....	33
2.3.1 Pronóstico del paciente con demencia.....	37
2.3.2 Tratamiento.....	37
2.4 Mortalidad asociada a la demencia.....	38
2.5 Salud pública	40
Capítulo III. Aparato psíquico del individuo y su relación con el medio.....	42
3.1 Principio de realidad y principio de placer.....	43
3.2 Pulsiones.....	45
3.3 Ello, Yo y Superyó	50
3.4 Acercamiento a la cultura.....	54
Capítulo IV. Transición al conflicto.....	58
4.1 El uno y El otro.....	58
4.2 Motivos.....	61

4.2.1 Necesidades	63
4.2.2 Caos	64
4.3 Sobrecarga del cuidador e impacto sobre el yo	65
4.3.1 Impacto en el Yo.....	67
4.3.2 Personalidad	71
4.3.3 La herida entre crisis, trauma, mecanismos de defensa y catarsis.....	73
4.3.4 Crisis.....	74
4.3.5 Trauma.....	78
4.3.6 Mecanismos de defensa.....	78
4.3.7 Catarsis	79
4.4 Emociones y sentimientos	79
4.4.1 Culpa.....	81
4.4.2 Muerte.....	82
4.4.3 Duelo	83
Capítulo V. Metodología.....	88
Pregunta de investigación.....	88
Objetivo general	88
Objetivos específicos.....	88
Enfoque, diseño, método y supuestos.....	88
Discusión y conclusión.....	91
Discusión	91
Conclusión.....	94
Referencias	98

Resumen

El presente trabajo de investigación se desarrolla desde una perspectiva psicoanalítica indagando el rol del cuidador primario y sus funciones en la atención que brinda a familiares que padecen Alzheimer. Por lo tanto, se pretende describir el deterioro en la calidad de vida del cuidador primario y como la sobrecarga derivada de sus funciones impacta en el aparato psíquico del cuidador que presta sus servicios a un familiar que padece Alzheimer.

Al inicio de la investigación se analizan los “factores multidimensionales en el desarrollo de la calidad de vida del cuidador y sus áreas de impacto”, indagando en su rol, funciones, perfil, áreas de apoyo, vulnerabilidad, entre otros.

Se estudia y describe la “demencia” como enfermedad y su trayectoria, clasificación, fases, conductas, pronóstico, tratamiento y mortalidad. También, se aborda el “aparato psíquico del individuo y su relación con el medio”, describiendo la estructura psíquica y su acercamiento a la cultura.

Se investiga la “transición al conflicto” y las diversas situaciones particulares del cuidador primario, desde una perspectiva psíquica en relación con la vinculación con el otro, los motivos y necesidades propias, al igual que el conflicto de la reestructuración derivada de la sobrecarga de su rol. Este contexto expone temas relevantes en la vida del cuidador debido al duelo y pérdida del paciente.

Palabras clave: Calidad de vida, cuidador primario, Alzheimer, sobrecarga, psique.

Abstract

This research work is developed from a psychoanalytic perspective, investigating the role of the primary caregiver and their functions in the care provided to family members suffering from Alzheimer. Therefore, it is intended to describe the deterioration in the quality of life of the primary caregiver and how the overload derived from their functions impacts the psychic apparatus of the caregiver that provides services to a family member suffering from Alzheimer disease.

At the beginning of the investigation, the “multidimensional factors in the development of the caregiver's quality of life and its areas of impact” are analyzed, investigating their role, functions, profile, areas of support, vulnerability, among others.

“Dementia” is studied and described as a disease and its trajectory, classification, phases, behaviors, prognosis, treatment, and mortality. Also, the "psychic apparatus of the individual and its relationship with the environment" is discussed, describing the psychic structure and its approach to culture.

The “transition to conflict” and the different situations of the primary caregiver are investigated, from a psychic perspective in relation to the link with the other, the motives and needs, as well as the restructuring conflict derived from the overload of their role. This context exposes relevant issues in the caregiver's life due to the patient's grief and loss.

Keywords: Quality of life, primary caregiver, Alzheimer, overload, psyche.

Introducción

La OMS (2013a) considera a nivel mundial a dos mil millones de personas mayores de 60 años para el 2050, donde el 2% y 10% presentan inicios de demencia antes de los 65 años y la prevalencia se duplica cada 5 años al pasar esta edad, se estima que la cifra de personas con este padecimiento se duplique cada 20 años y para el 2050 sean 115.4 millones de afectados a nivel mundial.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Geriátría (INGER), se estima que en México existen 800,000 personas que padecen demencia y se calcula que para el 2050 sean más de 3 millones, éste crecimiento interviene en diversos factores económicos, sociales y de salud (INGER, 2014).

El impacto económico de la demencia a nivel mundial calculado para el 2010 fue de \$604.000 millones de dólares, donde solo el 16% se relaciona a la atención directa, el resto proviene de los cuidadores informales, para países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2013a).

Este padecimiento es una de las principales causas de discapacidad en la vejez, el adulto mayor pierde habilidades que interfieren en su independencia, por lo que requiere apoyo constante para solventar sus necesidades básicas y un área segura que le brinde protección.

Intervenir de forma inadecuada o la falta de información sobre el padecimiento puede comprometer la seguridad que brinde el entorno y generar un contexto que sea propicio a la reaparición frecuente de crisis, episodios de descompensación, conflictos de violencia o problemas económicos. El escaso apoyo familiar y social en general, así como el estigma que recae en la población que tiene alguna enfermedad mental representan un problema para distinguir las dimensiones de la demencia, como afrontarla y adaptarse a una nueva etapa de vida como cuidador (Canaval & Castaño, 2015).

Menciona la OMS (2013a) que la falta de información adecuada, la perspectiva que se tiene sobre las dimensiones de un problema, el aislamiento y la poca comprensión sobre el padecimiento, interfiere para obtener diagnósticos oportunos, acceder a la atención médica y social de manera oportuna que permita un mejor tratamiento.

En el proceso de recuperación del paciente que padece un trastorno mental, tiene gran importancia el apoyo que la familia le brinda a la persona enferma, los indicadores de mejoría clínica muestran: menor medicación, apoyo a controles programados, disminución en consultas de emergencia y de reingreso hospitalario (Canaval & Castaño, 2015).

Cerquera y Galvis (2014) mencionan dos tipos de cuidadores, al cuidador informal y al cuidador formal. El cuidador informal o primario, suele ser un miembro de la familia o de la red social de la persona enferma, que brinda los cuidados de manera voluntaria y sin remuneración económica. Por otro lado, el cuidador formal es aquella persona no forma parte de la familia de la persona enferma, suele estar capacitado para ejercer dicho rol y recibe una remuneración económica por la atención que brinda.

Gutiérrez, García, Roa y Martínez (2017) señalan que la evaluación de la sobrecarga del cuidador se puede dividir en métodos no estandarizados y métodos estandarizados. Dentro de los métodos no estandarizados el principal es la entrevista clínico-social-psicológica, donde el profesional de la salud puede cerciorarse directamente del estrés del cuidador, para la detección de sobrecarga este método es el más adecuado.

Dentro de los métodos estandarizados, los principales son las escalas para la evaluación de la sobrecarga, las cuales están basadas en múltiples modelos teóricos que abordan la carga objetiva/subjetiva y multidimensional enfocándose en la acumulación de déficits del paciente, estas escalas se dividen en genéricas y específicas.

Gutiérrez, García, Roa y Martínez (2017) refieren como método estandarizado la escala de tamizaje de la sobrecarga del cuidador de Peter Vitaliano o *Screen Caregiver Burden (SCB)*, cuenta con 25 ítems, es una escala específica para evaluar sobrecarga en los cuidadores de quienes padecen alzhéimer, de igual forma también puede ser utilizada para otras demencias. La escala se validó en México y evalúa características propias del enfermo, como las del cuidador. El SCB mide seis dominios de los pacientes que padecen la enfermedad de alzhéimer; cubren las quejas cognitivas (preguntas repetitivas) y de comportamiento (conducir un automóvil, extraviarse, comunicación). Los dominios que aborda en los cuidadores son los aspectos sociales (sentimiento de soledad), emocionales (vergüenza, frustración), económicos (buscar asistencia pública) y físicos (tareas domésticas).

La escala de sobrecarga de Zarit Caregiver Burden Interview o ZCB (Zarit), es otra escala validada en México y cuenta con 22 preguntas, es el instrumento más utilizado para evaluar la carga familiar, por su base genérica ha sido el punto de referencia para otras escalas.

Como mencionan Gutiérrez, García, Roa y Martínez (2017), la entrevista clínico-social-psicológica es la mejor herramienta para abordar directamente el estrés del cuidador, pero también señalan que en muchas ocasiones es necesario utilizar un método estandarizado, debido a que permiten conocer el grado de sobrecarga que presenta el cuidador para poder valorar el impacto posterior a intervenciones mediante la sensibilidad al cambio del instrumento.

De acuerdo con Viale, y otros (2016), los síntomas físicos, psíquicos y sociales originados frecuentemente por la sobrecarga del cuidador son los siguientes:

- Los físicos suelen presentar cefaleas, fatiga, sintomatología digestiva, aflicciones crónicas, palpitaciones, temblores, entre otras.
- Algunos síntomas psíquicos son la depresión, ansiedad, angustia y trastornos en el sueño.
- Los aspectos sociales incluyen conflictos familiares y laborales, aislamiento social, no cuentan con tiempo libre, problemas económicos, etcétera.

La transferencia de cuidados formales a cuidadores informales en pacientes que padecen demencia genera una carga emocional reflejada en estrés y depresión en el cuidador, estimada en el 89% de afectados psicológicamente, 80% sintieron estar bajo presión, 67% refieren infelicidad o depresión, y el 23% de los cuidadores abandonaron sus empleos (Canaval & Castaño, 2015).

Cerquera, Granados y Buitrago (2012) consideran que el cuidador responde dos cargas, *objetivas* y *subjetivas*; son consideradas como cargas objetivas, el tiempo dedicado al cuidado del paciente y la satisfacción de sus necesidades o requerimientos debido al deterioro físico, cognitivo y social del familiar, son las acciones que lleva a cabo para realizar un cambio en su vida. Por otro lado, las cargas subjetivas se refieren a las reacciones emocionales, los sentimientos y la forma en que el cuidador percibe el papel que desempeña en la atención que brinda.

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2017), en Latinoamérica el 84% de los cuidadores de las personas adultas mayores con demencia son mujeres, también refiere que, en la Ciudad de México, las mujeres son el 82% de las personas que se dedican al cuidado de pacientes con demencia, siendo las hijas (os) quienes representan el 52%, la pareja representa el 27% y otros familiares el 20.5%. El tiempo que se brinda al cuidado de la persona mayor que padece demencia es en promedio de 15 horas por día y 6 días a la semana, sin embargo, el 52% de las 175 personas cuidadoras incluidas en el estudio 10/66 reportaron dedicarse a ello de tiempo completo.

Una mejor calidad de vida en los cuidadores primarios está relacionada con las fortalezas personales, particularmente en el sentido de coherencia definido de la capacidad y orientación global con la que el cuidador mediante un persistente y dinámico sentido de confianza encara los estímulos internos y externos a los que se enfrenta (Secretaría de Salud, 2017).

Carreño-Moreno y Chaparro-Díaz (2016) indican que para el cuidador, el proceso de *resignificación de la calidad de vida* es un elemento muy arraigado durante su desarrollo de vida, al igual que las circunstancias del contexto en el que se desenvuelve. Por lo tanto, la calidad de vida es diferente en cada momento, inclusive en el tiempo que se cuida al familiar enfermo. Es una “experiencia” la que afecta la salud del cuidador primario, la “multidimensionalidad” del fenómeno, las etapas y los momentos a lo largo del tiempo, impactan en la salud física, psicológica, mental, espiritual, social, financiera y del desarrollo en la vida diaria del cuidador.

También es necesario abordar la forma en como los cuidadores han afrontado la experiencia de su rol y como esta les ha afectado. De acuerdo con Carreño-Moreno y Chaparro-Díaz (2016), en el primer momento que se ve afectada la calidad de vida se presentan sentimientos de adversidad generados por el enfrentamiento a una situación nueva e inesperada; los planes de vida del cuidador cambian generando sentimientos de frustración. De igual forma, el cuidador genera una percepción de miedo o de impotencia, así como temor hacia la muerte, angustia, desesperanza, rabia y soledad ante la presencia de los síntomas de la persona enferma.

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2017), en México el sistema sanitario no está preparado para el envejecimiento de su población y los retos que conlleva. No se tienen los recursos económicos y el personal dedicado al cuidado de las personas mayores con entrenamiento

especializado en pacientes con demencia es muy poco. Por lo tanto, es vital tener presente las acciones enfocadas al tratamiento y a la prevención, generar una cultura del cuidado al adulto mayor, promover el diálogo y la solidaridad intergeneracional, esto fortalecerá las redes de apoyo en los cuidadores.

Justificación

El motivo por el cual se ha considerado investigar “Calidad de vida y sobrecarga en el cuidador primario de familiares que padecen Alzheimer y su impacto en el aparato psíquico” es debido a la importancia que tiene la salud mental en la vida del ser humano, considerando que el cambio de estilo de vida que genera el rol de cuidador hacia su familiar enfermo puede afectarle a nivel psíquico por la sobrecarga que experimenta en la frecuente labor que desempeña, deteriorando su calidad de vida y salud. Abordar el tema permite recopilar información que explique el deterioro psíquico que experimenta el cuidador por la sobrecarga.

Una diferencia considerable de los malestares físicos a los psíquicos es “aquello que se ve, aquello que duele y aquello que tiene presencia” (en tiempo), situaciones que suelen facilitar una mejor intervención ante una afección por los signos y síntomas. Por otro lado, la salud mental que aunque puede compartir en algunos casos dichas variables, no tiene el mismo impacto de atención por parte del paciente. En el deterioro psicológico los signos y síntomas suelen ser sutiles por el peso de la cultura y la idea de “es normal” que junto a los estigmas sociales, la mala información y la falta de intervención oportuna y adecuada, pueden afectar la salud y la calidad de vida del sujeto.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013b), se considera a la salud mental como un estado de satisfacción en la que el individuo es consciente de sus capacidades, puede responder a los conflictos cotidianos de forma normal, trabajar y contribuir a la sociedad de manera productiva y benéfica.

La calidad de vida tiene un papel fundamental en la vida del individuo, siendo el reflejo del grado de satisfacción y productividad que percibe de sí mismo. El individuo es consciente de su estado físico y psicológico, de la forma de cómo percibe el medio ambiente, de su nivel de

independencia, sus relaciones sociales y tiene una perspectiva de sus creencias, este equilibrio abarca tanto situaciones positivas como negativas (Urzúa & Caqueo, 2012).

Un cuidador primario es la figura principal que brinda sus servicios, altera su ritmo de vida, tiene atenciones en las relaciones familiares de forma sobresaliente a la habitual, involucra considerablemente su tiempo, energía y dinero. También, el cuidador primario lleva a cabo actividades que pueden ser desagradables, incómodas, estresantes y agotadoras para satisfacer de forma directa y constante las necesidades del paciente (OMS, 2013a).

A diferencia de un cuidador formal, como es el caso de enfermeras o personal contratado para brindar un servicio de atención al paciente, el cuidador informal o cuidador primario, suele ser el familiar se encuentra en una posición de condiciones de servicio diferentes, suelen tener un vínculo más íntimo por lo que la responsabilidad y el compromiso es diferente al ser pariente.

Cerquera, Pabón, Granados y Galvis (2016) definen la sobrecarga como el resultado de combinaciones emocionales, físicas y sociales relacionadas con su labor, lo que genera como consecuencia de cuidar a una persona enferma un estado psicológico.

La OMS (2013a) refiere que la situación en la que el desgastante que presenta el cuidador primario que presta sus servicios de atención a un familiar, entra en una problemática de salud pública, si bien no es directamente, accede como subtema de intervención ante la demencia.

Cerquera, Pabón, Granados y Galvis (2016) mencionan que la labor del cuidador primario es muy demandante y relativamente difícil, debido a que deben conocer las necesidades del familiar enfermo que atienden y saber cómo satisfacerlas, lo que implica una cantidad de trabajo breve o interminable, convirtiéndose en una rutina. De igual manera, la vida del cuidador suele organizarse en función de las necesidades del enfermo y de las crecientes demandas de atención que le tiene que brindar, sobre todo en el aspecto emocional, debido a que el cuidador es quien se encarga de hacerle compañía al familiar enfermo, escucharlo y supervisar que esté bien, tranquilo y a gusto. Esta situación suele despertar en el cuidador sentimientos que llegan a ser conflictivos, debido a que los intereses propios son desplazados a medida en que el cuidador asume las responsabilidades que el rol implica.

La importancia del psicoanálisis para abordar el presente trabajo de investigación se puede explicar mejor teniendo en consideración la referencia de M. Buss y J. Larsen, (2005) con respecto a la postura de Westen sobre un psicoanálisis contemporáneo por medio de cinco postulados:

- 1.- El inconsciente aun lleva a cabo una función importante en la vida.
- 2.- Frecuentemente el comportamiento expone compromisos en los conflictos entre los procesos mentales como emociones, motivaciones y pensamientos.
- 3.- La infancia forma un papel vital en el desarrollo de la personalidad, particularmente en el modelamiento de la forma de relación entre adultos.
- 4.- Las representaciones mentales del Yo y las relaciones, sirven de guía en nuestras interacciones con otros.
- 5.- El desarrollo de la personalidad no solo se enfoca en regular los sentimientos sexuales y agresivos, sino también el cambio de una forma de relacionarse socialmente inmadura y dependiente a un estilo de relación independiente y madura.

Por lo tanto, se pretende realizar esta investigación con la intención de explorar los conceptos básicos del funcionamiento del aparato psíquico para poder entender la posición del cuidador expuesto a la sobrecarga, el impacto que tiene sobre él y su salud mental, su conducta y el deterioro de su calidad de vida, partiendo de la dinámica psíquica desarrollada en la percepción de la realidad que tiene el sujeto en contraste con sus propias necesidades y deseos.

La sobrecarga que experimenta el cuidador primario genera un área de vulnerabilidad en la que el individuo con dicho rol es afectado, ocasionando que sus reacciones sean ineficientes para brindar apoyo de calidad. Siendo así, esta área de vulnerabilidad puede impactar no solo desde un aspecto de salud individual, sino a nivel de salud pública, teniendo efecto en aspectos económicos y sociales.

Desde una perspectiva más amplia del impacto que tiene la sobrecarga en el cuidador y el deterioro en su salud mental y calidad de vida, se pueden tomar las medidas necesarias para tener una mejor interacción cuidador – paciente, donde quien brinda sus servicios pueda tener

una mejor percepción de la importancia de su calidad de vida, teniendo en cuenta que en ocasiones suele creerse que la demencia es un proceso “natural” de la vejez y se ignora el concepto de calidad de vida, por lo que el acompañamiento aunque sea frustrante se ve como algo “normal” al atender a un adulto mayor. Por lo tanto, se busca generar una mejor perspectiva de la situación, para identificar en qué momento se necesita ayuda profesional y compartir con el lector un panorama más íntimo de lo general a lo particular donde la negligencia del cuidado que se pretende brindar y la sobrecarga, impactan en la estructura psíquica del cuidador primario al punto de deteriorar su calidad de vida.

Capítulo I. Factores multidimensionales en el desarrollo de la calidad de vida del cuidador y sus áreas de impacto

1.1 Calidad de Vida

Guerrero, Can y Sarabia (2016) definen la calidad de vida como la percepción que cada persona tiene sobre su salud, emociones y bienestar en general. A diferencia del concepto de “nivel de vida”, el cual se refiere a un aspecto económico, la calidad de vida está relacionada con la percepción que tiene el individuo del mundo, de sus relaciones con las personas que le rodean, del trato que recibe por parte de la sociedad, al igual que la percepción que tiene de su papel y su función en las diversas situaciones en las que está inmerso.

Con respecto al concepto de calidad de vida, Urzúa y Caqueo (2012) mencionan que la estructura planteada por la OMS exponiéndola de la siguiente manera:

- La percepción objetiva, compuesta por el dominio físico que determina el nivel de independencia y el dominio psicológico que contribuye a las relaciones sociales.
- El autoreporte subjetivo, el cual se forma por el medio ambiente donde influyen la espiritualidad, religión y creencias personales.

Fernández, Fernández y Cieza (2010) refieren que el enfoque de calidad de vida específicamente en la salud de la persona sirve para designar resultados concretos en la evaluación clínica y para la toma de decisiones terapéuticas, por lo que plantean el cruce de dos líneas de investigación sobre la calidad de vida:

- La investigación clínica en la medición del estado funcional del sujeto.
- La investigación psicológica del bienestar y de la salud mental.

Ambos conceptos son importantes como herramientas de investigación, porque plantean métodos para abordar el deterioro de la calidad de vida, siendo una forma para poder determinar los factores afectados y las áreas de oportunidad en una intervención futura. A continuación, se describirán algunos conceptos relacionados con la calidad de vida del cuidador primario.

1.2 Satisfacción

Díaz, Arango, Espinosa y Rivera (2014) mencionan que evaluar las necesidades y la satisfacción que se percibe de las mismas, brinda una visión global de la situación en la población mexicana, por lo que es muy importante identificar las necesidades, los datos sociodemográficos y las variables relacionadas con el enfermo que se asocian con la carga del cuidador. Esta información puede brindar la posibilidad de diseñar intervenciones que atiendan de manera puntual las demandas del cuidador primario, dando pie a la posibilidad de prevenir y/o disminuir la percepción de la carga que influye en la calidad de vida del cuidador, así como las alteraciones emocionales (depresión, ansiedad y estrés), las alteraciones físicas (enfermedades crónico-degenerativas) y el mal cuidado que se le brinda al paciente enfermo, lo que conlleva a complicaciones médicas.

Urzúa y Caqueo (2012) indican que la satisfacción en la calidad de vida se ve comprometida por la perspectiva de “lo que se tiene” y “lo que se desea”. Todos los desacuerdos, la satisfacción y las acciones, se ven afectadas directa e indirectamente por lo que el cuidador “tiene” y el sexo, edad, educación, raza, autoestima y apoyo social, son parte fundamental para la perspectiva del cuidador.

Hay dos tipos de reacciones en los individuos con relación al estrés, unos reaccionan negativamente desde el principio y otros pueden reaccionar mejor a situaciones estresantes. La forma de reaccionar depende de la evaluación subjetiva del cuidador sobre la tarea asistencial, su capacidad para enfrentarse a la demanda requerida y el apoyo recibido que percibe de su entorno. Sin embargo, cuando el cuidador percibe las actividades de cuidado como negativas o amenazantes y evalúa que no cuenta con recursos o apoyo, se generan reacciones fisiológicas, emocionales y conductuales, denominadas “Carga ” (Fernández Calvo, y otros, 2016).

Entre más alto sea el nivel de limitación en las actividades del paciente enfermo, menor es el desempeño y la satisfacción ocupacional de los cuidadores primarios. Esta situación es sumamente importante porque cuando existe un desequilibrio ocupacional y un menor grado de satisfacción, el cuidador primario puede verse envuelto en un estado de estrés, el cual no le permite seguir desempeñando satisfactoriamente sus labores (Hijuelos, y otros, 2018).

Díaz, Arango, Espinosa y Rivera (2014) consideran que el estrés psicológico y la limitación de la actividad social predicen la insatisfacción con la vida, señalando que mientras se perciba con mayor importancia la necesidad de tener una pareja o amigos que brinden comprensión sobre la dificultad que implica cuidar, los niveles de carga son mayores. Dicha correlación sitúa al apoyo emocional como una variable moduladora de la sobrecarga en los cuidadores primarios, debido a que es un estilo de afrontamiento orientado a la emoción considerado como una forma adaptativa, principalmente cuando no se puede modificar la situación estresante (actividades de cuidado).

Por otro lado, de acuerdo con Urzúa y Caqueo (2012), el sujeto suele compararse en distintos puntos temporales por medio de una definición de sí mismo en el pasado, el presente o el futuro. El sentido de identidad personal necesita estabilidad a través del tiempo, por lo que se evalúa continuamente para obtener una percepción de memoria continua. Al momento en el que el sujeto se compara usa distintas etapas temporales evaluándose así mismo o con otras personas. Por lo tanto, la perspectiva de sí mismo que tiene el cuidador y la forma de afrontar cada evento que se le presenta es heterogénea, todo depende de cómo el cuidador valore la situación con base a sus recursos, apoyo social, tiempo, salud mental y física, permitiendo así solventar una tarea. La comparación es un proceso constante que contribuye a la perspectiva que tiene el cuidador de sí mismo; la percepción de los recursos, límites y posibilidades para solventar un problema influye en la manera en que genera conceptos de tiempo, satisfacción y calidad de vida, al igual que en la toma de decisiones, las cuales lleva a cabo de acuerdo con el nivel de seguridad.

1.3 Dimensiones de aproximación del cuidador

Viale, y otros (2016) describen al cuidador como la persona encargada de brindar atención y cuidados a un paciente con la finalidad de mejorar su salud y su calidad de vida, apoyando su inadecuado nivel de independencia, por lo tanto, para que el individuo sea calificado como “cuidador” debe haber asistido en las *Actividades de cuidado Básicas de la Vida Diaria* (ABVD) por un tiempo mínimo de tres meses. Los cuidadores se clasifican como primarios y secundarios, considerando el tiempo de intervención, gratificación y cercanía.

El cuidador primario o informal, es quien brinda apoyo no remunerado, suelen ser familiares, como los cónyuges o los hijos del dependiente, generalmente la responsabilidad del rol es de una sola persona quien aporta la mayor parte de su tiempo y energía realizando actividades sumamente demandantes a nivel físico, emocional, social y financiero para el cuidado del paciente (Viale, y otros, 2016).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2015) perfila al cuidador con las siguientes características predominantes o con sospecha de colapso:

- Mujeres.
- Edad promedio de 48 años.
- Casadas.
- Desempleadas.
- Hijas.
- Primaria trunca.
- Sin ninguna capacitación referente al padecimiento.
- Radican en el domicilio del paciente.

Los cuidadores informales ayudan al paciente en varias actividades básicas como: comer, ir al baño, vestirse, el aseo personal y apoyan al enfermo con sus cuidados médicos mediante la administración de medicamentos, curaciones, nutrición, traslado a citas médicas, toma de decisiones y rehabilitación, aportan apoyo emocional y comodidad al solventar sus necesidades. Se considera un tiempo promedio de intervención por parte del cuidador de 10.9 horas al día aproximadamente (IMSS, 2015).

El cuidador secundario o formal no pertenece a la familia del paciente, recibe una gratificación económica, el tiempo en el que aporta sus servicios suele ser menor y suele tener conocimientos para ejercer dicho rol (Viale, y otros, 2016).

Rivas y Ostiguín (2011) indican que las tareas del cuidador suelen centrarse en tres acciones:

- Las responsabilidades que conlleva el cuidado.
- Participar en la toma de decisiones junto con la persona que recibe el cuidado

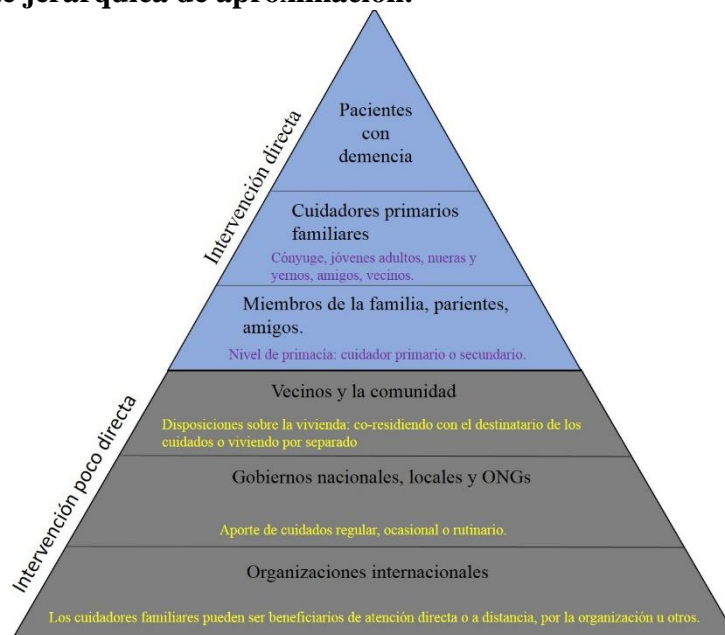
- La solidaridad con quien requiere de los cuidados.

Rivas y Ostigúin (2011), también describen las características de la persona que requiere atención y apoyo del cuidador, las cuales son:

- Una persona no autónoma.
- En condición de enfermedad crónica y/o discapacidad.
- Que requiera supervisión.
- Condiciones dependientes.

La forma en la que el cuidador afronta la enfermedad y el proceso de cuidado se ven delimitada por jerarquías en consideración a sus medios de alcance personal, social y económico. La intervención gubernamental y el apoyo de la comunidad tienen una función en particular; desde medicamentos, planes de acción y centros de apoyo, hasta el socorro vecinal en los casos de riesgo de fuga del paciente con demencia y el apoyo ocasional en situaciones de emergencia cuando el cuidador esta indispueto (OMS, 2013a). La figura 1 muestra la pirámide con las aproximaciones jerárquicas y el nivel de acercamiento que tiene el paciente que padece demencia con otros sectores de apoyo.

Figura 1. Pirámide jerárquica de aproximación.



Fuente: Elaboración propia con base en OMS. (2013). Demencia: una prioridad de salud pública. Washington D.C.: World Health Organization.

En México, el IMSS (2015) señala que la población femenina predomina con un 66% como cuidador primario, con 48 años en promedio y un 30% son cuidadores mayores de 65 años, también una tercera parte cuida de dos o más personas. Según la OMS (2013a), en 11 localidades de Latinoamérica, China e India, en la mayoría de los contextos predominan las mujeres como cuidadoras, las características se muestran en la Figura 2.

Figura 2. Tabla de perfil básico.

Localidad	Pareja (%)	Hijo/a, nuera/yerno (%)	Cuidadora (%)
Cuba	17.3 %	67.7 %	80.0 %
Republica Dominicana	21.4 %	44.6 %	81.3 %
Venezuela	13.7 %	68.4 %	80.7 %
Perú (urbano)	13.0 %	41.6 %	83.7 %
Perú (rural)	16.7 %	58.4 %	86.1 %
México (urbano)	5.8 %	79.1 %	83.7 %
México (rural)	12.9 %	68.2 %	76.5 %
China (urbana)	36.1 %	47.3 %	66.7 %
China (rural)	42.9 %	57.1 %	35.7 %
India (urbana)	26.7 %	40.0 %	69.3 %
India (rural)	23.3 %	70.0 %	80.2 %

Fuente: Elaboración propia con base en OMS. (2013). Demencia: una prioridad de salud pública. Washington D.C.: World Health Organization.

La experiencia del cuidador no solo es estresante, sino que también brinda aspectos satisfactorios, la OMS (2013a) refiere que algunos factores positivos aparecen en el 80% de los cuidadores, quienes indicaron percibir en asociación con su rol:

- Compañerismo 23%
- Realización 13%
- Placer 13%
- Por brindar calidad de vida 6%
- Significado 6%

La OMS (2013a) también sugiere que el afecto interviene como motivación para realizar el acompañamiento e indica que los cuidadores generalmente suelen tomar este rol por:

- Vínculos afectivos 57%
- Perciben como un deber 15%
- Sentimiento de obligación 13%.
- No tenía otra opción más que cuidar 3%

1.4 Impacto en el cuidador

La mayoría de los cuidadores no tienen tiempo para sí mismos, debido a que perciben que el paciente depende en mayor grado de ellos, constantemente el cuidador se preocupa por la falta de integración social del paciente y por su ausencia como cuidador en el futuro del enfermo. Este deterioro cognitivo social afecta la calidad de vida de los cuidadores en el área de bienestar psicológico y físico (Caqueo-Urizar, Urzúa, & Boyer, 2016).

El impacto de la enfermedad de Alzheimer que padece el familiar hacia el cuidador primario, sobresale en el aspecto económico y el debilitamiento en las redes sociales de apoyo. El avance de la enfermedad implica la necesidad de acompañamiento y supervisión continua, situación que afecta a los cuidadores porque tienen que interrumpir su ritmo habitual y limitar su vida social, esto repercute negativamente en el estado de salud del cuidador primario, afectando a nivel físico, psicólogo y socioeconómico (Rubio, Márquez, Campos, & Alcayaga, 2017).

Como se había mencionado anteriormente, se pueden identificar dos tipos de individuos con relación al estrés, unos reaccionan negativamente desde el principio y otros pueden reaccionar mejor a situaciones estresantes, la forma de reaccionar depende de la evaluación subjetiva del cuidador sobre la tarea asistencial, su capacidad para enfrentar a la demanda requerida y el apoyo recibido que percibe de su entorno. Sin embargo, cuando el cuidador percibe las actividades de cuidado como negativas o amenazantes y evalúa que no cuenta con recursos o apoyo, se generan reacciones fisiológicas, emocionales y conductuales, denominadas *Carga* (Fernández Calvo, y otros, 2016).

Cerquera, Granados y Buitrago (2012) definen la *carga* como un estado psicológico en respuesta a las combinaciones perceptuales sobre sus labores como cuidador en relación al trabajo físico,

emocional y las restricciones sociales, en comparación con el bienestar personal por el desempeño y resultado de su rol como cuidador, teniendo en cuenta el conflicto respecto a sus tareas y la evolución del padecimiento del enfermo. Por lo tanto, consideran dos tipos de *cargas* o *sobrecargas* a las que se expone el cuidador, de origen objetivo y subjetivo:

- Las *cargas objetivas* consideran el tiempo que se invierte en el cuidado del enfermo y la satisfacción de las necesidades por el deterioro a nivel físico, cognitivo y social del paciente. Esta sobrecarga afecta de forma directa el bienestar físico, ya a que el cuidador realiza un mayor esfuerzo y reduce sus horas de sueño, lo que genera agotamiento, también la parte emocional, mental y social del cuidador se ve afectada debido a que un paciente dependiente de atención provoca sobrecarga por su cuidado constante y por el tipo de atención y recursos que se empleen para resolver sus necesidades.
- Las *cargas subjetivas* se refieren a los sentimientos y las percepciones negativas que el acompañante tiene de su papel como cuidador, esta carga es multidimensional, constante y con repercusiones serias que intervienen en la calidad de vida del cuidador y su estabilidad emocional.

La sensación de un plan de vida frustrado impacta directamente en la vivencia y realidad del cuidador, lo que le genera una sensación de agobio y sobrecarga. La percepción de la vida que tiene el cuidador se centra en el “aquí y el ahora”, sin ser capaz de mirar hacia el futuro, incorporar este nuevo escenario y retomar su vida (Rubio, Márquez, Campos, & Alcayaga, 2017).

El deterioro derivado de la sobre carga emocional interviene en problemas físicos, mentales, laborales, económicos, en la calidad del tiempo para sí mismo, relaciones sociales y en su equilibrio emocional (Cerquera & Galvis, 2014).

Por lo tanto, el proceso de adaptación es irregular, aun con programas de apoyo o intervención oportuna, el camino que recorre el cuidador informal es largo y lleno de obstáculos que dificultan su labor. A continuación se abordarán algunas áreas de impacto donde el cuidador se ve afectado generalmente, las cuales son pilares fundamentales para su estabilidad emocional.

1.4.1 Impacto en la salud física

El IMSS (2015) describe algunos síntomas frecuentes que experimenta el cuidador colapsado, como:

- Cefalea y cansancio.
- Trastornos del sueño.
- Problemas osteomusculares que están directamente relacionados con las principales cargas físicas de la situación en la que se encuentran.
- Alergias.
- Afecciones de la piel.
- Lumbalgias.
- Trastornos gástricos e intestinales.

La OMS (2013a) comenta que en el área de impacto de la salud física los cuidadores muestran problemas salud, poca satisfacción y mala calidad de vida, a diferencia de los que no brindan este tipo de apoyo continuo. Algunos problemas médicos a los que están expuestos o por los que atraviesan los cuidadores son:

- Obesidad.
- Alto riesgo metabólico.
- Niveles elevados de hormonas de estrés.
- Respuesta comprometida del sistema inmune.
- Anticuerpos.
- Elevado consumo de medicamentos.
- Alto deterioro cognitivo.

Lo anterior, es debido a una baja intervención en salud preventiva, generando poca inmunidad, mayor reactividad cardiovascular y lenta cicatrización en heridas. Por lo que pueden estar expuestos a un alto riesgo de enfermedades graves y de mortalidad.

1.4.2 Impacto en la salud mental

El IMSS (2015) considera que las repercusiones psicológicas más frecuentes que se deben de buscar en el cuidador son la depresión, ansiedad y trastornos del sueño principalmente. También indica que es importante indagar en síntomas de colapso como:

- Ansiedad (mayor frecuencia)
- Tristeza
- Depresión (mayor frecuencia)
- Insomnio (mayor frecuencia)
- Miedo
- Angustia
- Irritabilidad
- Ira
- Enojo
- Labilidad emocional
- Aislamiento
- Agotamiento físico
- Sentimiento de culpa
- Deterioro de la salud física
- Soledad
- Frustración e impaciencia
- Codependencia
- Culpa
- Somatizaciones
- Inmunosupresión (mayor frecuencia)

Los cuidadores informales están expuestos a padecer trastornos afectivos como depresión mayor y trastorno de ansiedad. La OMS (2013a) señala que de 1 a 3 cuidadores sufren un trastorno depresivo, generalmente las mujeres que adoptan el rol de cuidadoras tienen niveles elevados de síntomas de depresión, ansiedad y un menor nivel de satisfacción de vida. De igual manera,

durante el tiempo en el que se brinden cuidados e incluso después de que fallece el destinatario, persiste el riesgo de desarrollar un trastorno afectivo.

De acuerdo con la OMS (2013a), la manifestación de síntomas psicológicos y conductuales de la demencia que sufre un paciente, están relacionados al estrés del cuidador. La tensión asociada con enfrentarse a los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia tiene diferentes orígenes, como el estrés físico y emocional por proveer cuidados al paciente enfermo con el apoyo deficiente de otros familiares y la presión económica por tener que disminuir la actividad laboral para poder aportar los cuidados pertinentes.

A diferencia de la población en general, los cuidadores presentan altos índices de ira, sintomatología ansiosa y depresiva, también bajos niveles de autoeficacia y bienestar subjetivo, cuentan con una mayor probabilidad de padecer alteraciones en su sistema cardiovascular e inmune, esto como consecuencia del estrés que experimenta continuamente (Cerquera & Galvis, 2014).

La severidad de la carga emocional puede ser tan intensa que el 23% de los cuidadores suele dejar su trabajo. Sin embargo, con relación al estrés y depresión, Canaval y Castaño (2015) mencionan que los cuidadores experimentan las siguientes aflicciones, el 89% presentan problemas psicológicos, 80% sienten estar bajo presión y 67% infelicidad o depresión.

De acuerdo con Cerquera y Galvis (2014), una mayor perturbación en el cuidador está relacionada con los trastornos del sueño, la incontinencia, el vagabundeo y el comportamiento peligroso, aparecen conforme avanza la demencia. Un alto malestar psicológico y físico se asocia con la apatía, las conductas disruptivas y la desinhibición se relacionan con sintomatología depresiva, y la presencia de síntomas depresivos en el paciente se asocia con una elevada carga subjetiva.

La alteración que experimenta el cuidador continuamente genera cambios en su estado de ánimo, por lo que el IMSS (2015) menciona que es elevada la probabilidad de que el cuidador maltrate al paciente que atiende, este es un foco rojo para la prevención del deterioro emocional del cuidador y de la integridad del paciente.

Durante el desarrollo del rol como cuidador primario de un familiar con Alzheimer surge la necesidad de no perder la esencia del familiar a quien se cuida. Sin embargo, los cuidadores describen como el familiar enfermo se va transformando en un extraño para la familia, por lo tanto, es relevante identificar la necesidad de apoyo psicológico y satisfacerla, debido a que los cuidadores primarios enfrentan continuamente diversas pérdidas derivadas por la atención que brindan. La necesidad de escucha y acompañamiento, le permiten a los cuidadores identificar sentimientos y emociones negativas, para así poder elaborarlas, esto contribuye a su bienestar psicológico (Rubio, Márquez, Campos, & Alcayaga, 2017).

Pedir el apoyo de algún familiar o de las personas que generalmente ayudan al cuidador ha sido una de las posibles soluciones para disfrutar de unos días de descanso, los cuales son la mejor forma de manejar el agotamiento y el cansancio. Un elevado nivel de apoyo social representa una menor carga para el cuidador primario, siendo una fuente importante de ayuda al momento de hacer frente a las necesidades que requiere su rol (Rubio, Márquez, Campos, & Alcayaga, 2017). Por lo tanto, el acercamiento social es muy importante para el cuidador porque le permite poder enfrentar mejor el proceso de acompañamiento.

1.4.3 Impacto social

Algunos factores sociales que enfrenta el cuidado primario de acuerdo con el IMSS (2015) son:

- Nulo apoyo familiar.
- Delimitación del tiempo libre.
- Falta de interés por realizar otras actividades.
- Aislamiento.
- Cargas económicas.
- Problemas laborales.
- Disfunción familiar.
- Repercusión en la salud.

Pueden surgir problemas familiares por la falta de conocimiento sobre la enfermedad y las responsabilidades que conlleva, de las cuales se encarga el cuidador principal, también por la percepción de que no son compartidas las tareas de cuidado o por desacuerdos económicos

referentes a la atención que se brinda. Los cuidadores corren el riesgo de ser aislados de la sociedad por las exigencias de su rol, cuando sus recursos y su red externa se ven afectados, muestran signos de agotamiento y morbilidad por el estrés generado por las limitaciones y exigencias constantes que cubren. Esta situación vuelve al cuidador candidato de intervención, enfocándose en la educación, proporcionándole información, formación y apoyo psicológico (OMS, 2013a).

En la actualidad, en México hay diversas fuentes de apoyo para quienes padecen demencia como para los cuidadores, entre ellos se encuentran:

- La Federación Mexicana de Alzheimer (FEDMA), es una asociación privada de carácter asistencial no lucrativa donde proporcionan orientación, capacitación y apoyo a familiares y cuidadores en toda la República Mexicana.
- La campaña “Medicina a Distancia”, cuenta con un centro de atención telefónica por parte de la Secretaría de Salud que atiende las 24hrs los 365 días del año, brindando orientación médica, psicológica, nutricional y veterinaria. Esta modalidad permite al usuario llamar en un estado de crisis para ser apoyado en tiempo real de forma gratuita.
- El centro de día “Alzheimer México” es un instituto de asistencia privada con dos finalidades: el cuidado del paciente que padece demencia y el de su cuidador informal. El centro cuida a los enfermos durante las horas de trabajo del cuidador primario, esto le permite poder realizar sus propias actividades, también se le proporciona a los cuidadores atención psicológica, orientación y capacitación para que el enfermo cuente con un mejor cuidado en casa.

De acuerdo con la OMS (2013a), el cuidador está poco dispuesto a discutir temas relacionados al padecimiento y sus cuidados con personas que no son familiares por “vergüenza”, rechazando generalmente ayuda aun en casos donde la necesita, esto ocasiona poco apoyo social y emocional para los cuidadores primarios. No reconocer la enfermedad dificulta acceder a los servicios necesarios para su atención, la falta de comprensión sobre la demencia fomenta conductas como la evasión, discriminación y crea temores, pero sobre todo es un factor de aislamiento social.

Entre las necesidades identificadas por los cuidadores primarios se encuentran la capacitación, el acceso a información de la enfermedad, nuevos hallazgos, tratamiento y evolución, así como más información en relación a los efectos que podría tener el Alzheimer en el entorno familiar. Por lo tanto, es muy importante para los cuidadores primarios asistir a conferencias o cursos que les permitan proporcionar un mejor cuidado y que les ayude a enfrentar los cambios que la enfermedad conlleva, sirviéndoles de apoyo moral y social (Rubio, Márquez, Campos, & Alcayaga, 2017).

Parte de las limitantes que más impactan al cuidador primario dificultando que lleve a cabo de manera amena las funciones de su rol son el debilitamiento de las redes sociales de apoyo y el impacto económico, debido a que tiene que modificar su ritmo de vida de acuerdo con las necesidades que requiere el avance de la enfermedad (Rubio, Márquez, Campos, & Alcayaga, 2017).

1.4.4 Impacto económico

El impacto económico para algunos de los cuidadores que trabajan radica en que el 9% de los cuidadores abandonan su puesto de trabajo, el 29.4% ajusta su horario laboral y el 18.1% toma tiempo de su empleo sin remuneración (Canaval & Castaño, 2015).

Cerquera, Granados y Buitrago (2012) refieren que la atención a un paciente que depende de forma constante de un cuidador ocasiona dificultades a nivel económico, social y laboral, provocando inasistencia en el trabajo, menor rendimiento e inestabilidad, lo que genera que el cuidador abandone su empleo. Esta situación dificulta que el cuidador cubra los gastos para la atención del paciente y las necesidades de ambos.

No hay una cifra precisa del gasto no compensado de los cuidadores primarios, pero se estima que llega a ser de \$306 mil millones de dólares solo en los Estados Unidos (IMSS, 2015).

Mientras tanto, la OMS (2013a) refiere que proveer cuidados para la demencia sin el apoyo adecuado se puede convertir en un trabajo de tiempo completo debido a que los cuidadores pueden renunciar a sus empleos, reducir su trabajo o tomar un trabajo menos exigente para poder solventar las constantes necesidades del paciente. Aproximadamente 15 millones de familiares y otros cuidadores no remunerados en los EUA brindaron 17.000 millones de horas de cuidado

a personas que padecen demencia, se valora esa aportación en más de \$202.000 millones de dólares estadounidenses aproximadamente.

El Instituto Nacional de Geriátría (INGER, 2014) indica que el costo total estimado en el 2010 de la demencia fue de \$604 mil millones de dólares al año. Refiere que en los países de ingresos altos representan la mayor parte del costo la atención informal (45%) y la atención formal (40%), a comparación del costo de la atención médica directa (15%) que es menor. Mientras que en los países de ingresos bajos y medianos, son menores los costos sociales directos y predominan los costos de los cuidadores informales.

Para crear conciencia es fundamental que se comprenda el costo de la demencia a nivel social y cómo impacta sobre las familias, los gobiernos y sus sistemas de atención social y de salud, pretendiendo lograr así priorizar y enfocar correctamente los esfuerzos para mejorar la vida de las personas que padecen demencia y de sus cuidadores (OMS, 2013a).

Precisamente, un factor importante para poder generar conciencia sobre el impacto de la demencia que afecta al cuidador primario es la información sobre la enfermedad que sufre quien la padece y sus características, esto permite crear una perspectiva sobre las necesidades que cubre el cuidador primario y el deterioro que experimenta el familiar enfermo.

Capítulo II. Demencia

La demencia es un trastorno crónico degenerativo caracterizado por deteriorar las funciones cognitivas afectando la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio, manifestándose en la vejez comúnmente. De igual forma puede impactar en el control emocional, el comportamiento social y la motivación (OMS, 2017).

Actualmente la demencia es definida en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales o de acuerdo con su nombre en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* con las siglas DSM-V (2014), como un Trastorno Neurocognitivo (TNC) mayor o leve. La presencia de ambos conceptos hoy en día es vital debido a la percepción social de la demencia y el impacto de su estigma, sin embargo, la actualización diagnóstica permite una definición más objetiva sobre el fenómeno de estudio.

2.1 Trayectoria de la Demencia en México

La trayectoria de la demencia en México ha representado un reto desde sus inicios tanto por la falta de información para un diagnóstico oportuno, como para un tratamiento efectivo, sin embargo, la sociedad ha respondido favorablemente ante esta situación para contemplar la enfermedad, su impacto y la implementación de tratamientos más efectivos al pasar el tiempo.

El INGER (2014) refiere que en México en el año de 1986, la demencia era prácticamente desconocida y la información en español relacionada al tema era escasa, el inicio de una asociación civil fue el primer paso al cambio y un aporte vital para enfrentar la demencia. Se formó el primer grupo de apoyo para familiares de pacientes con la enfermedad de Alzheimer en la Ciudad de México, cuando familiares de personas diagnosticadas con dicha enfermedad en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) compartían sus experiencias como cuidadores. Este grupo fue coordinado por la Lic. Lilia Mendoza una de las fundadoras del movimiento Alzheimer México junto con la Dra. Rosalía Rodríguez y la Lic. Marcela Feria. Surgieron algunos movimientos para hacerle frente a la demencia, los cuales se mencionarán a continuación en orden cronológico de la siguiente manera:

- 1986: Se crea en la ciudad de México el primer grupo de apoyo para familiares de personas que padecen la enfermedad de Alzheimer.
- 1988: Surge la Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares, A.C. (AMAES), y ese mismo año forma parte de la Alzheimer's Disease International (ADI).
- 2002: Se lleva a cabo la Primera Reunión Nacional de Asociaciones y se forma la Federación Mexicana de Alzheimer (FEDMA).
- 2003: Surge la Asociación Alzheimer Iberoamérica, que involucra a los países latinoamericanos, el Caribe y a España donde México es un miembro fundador.
- 2006: El grupo de expertos en demencia inicia las reuniones anuales, donde especialistas en geriatría, psiquiatría y neurología abordan avances científicos y médicos en el diagnóstico y tratamiento de la demencia.
- 2011: El titular de la Secretaría de Salud, Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg, comisiona al que fuera director general del Instituto Nacional de Geriatría, Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, en respuesta de la celebración del Día Mundial del Alzheimer, con motivo de que elabore el Plan de Acción Alzheimer, junto con las asociaciones civiles, ante la magnitud de mexicanos afectados.
- 2012: Es declarada la demencia como prioridad de salud pública por la Organización Mundial de la Salud.
- 2012: Se presenta ante el Senado un acuerdo por la Senadora Lisbeth Hernández Lecuona (PRI) exhortando al titular del Poder Ejecutivo a girar instrucciones a la Secretaría de Salud para que implementen las medidas pertinentes, los programas y políticas de calidad de prevención y tratamiento frente al Alzheimer en la población mexicana.
- 2012: El Instituto Nacional de Geriatría y la Federación Mexicana de Alzheimer, firman una carta de intención con motivo de colaboración entre ambas partes y la elaboración de un Plan de Acción.
- 2013: Los titulares del Instituto Nacional de Geriatría, Neurología y Neurocirugía, Psiquiatría y de las Personas Adultas Mayores, así como por la Federación Mexicana de Alzheimer, firman una carta de intención a favor de la creación de un Plan de Acción Específico para enfrentar los efectos del Alzheimer.

Es importante conocer la ruta histórica del Alzheimer en México antes de abordar directamente el concepto del padecimiento, y es que su importancia radica en la forma en como se ha enfrentado la enfermedad desde distintos ángulos, tanto por quien la padece, por los cuidadores primarios, las instituciones de apoyo y la creación de estrategias para enfrentar al Alzheimer.

2.2 Demencia tipo Alzheimer

La OMS (2013a) define la demencia como un síndrome ocasionado por una enfermedad cerebral comúnmente crónica o progresiva que provoca la alteración de múltiples funciones corticales superiores, afectando el pensamiento y la conducta. La inestabilidad emocional, del comportamiento social o la motivación se encuentra relacionadas con las deficiencias de las habilidades cognitivas.

A nivel mundial en el año 2010, aproximadamente 35.6 millones de personas vivían con demencia y actualmente se estima que se duplique la cantidad de afectados cada 20 años, previendo 65.7 millones para 2030 y 115.4 millones en 2050. En todo el mundo la cifra total de casos nuevos de demencia es de aproximadamente 7.7 millones, lo que sugiere que cada cuatro segundos surge un nuevo caso (OMS, 2013a).

La OMS (2013a) calcula que la enfermedad de Alzheimer contribuye con un 60% a 70% de los casos, siendo la forma más común de la demencia seguida por la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy y enfermedades relacionadas a la demencia frontotemporal. La demencia presenta tres fases con distintos niveles de gravedad que puede experimentar la persona afectada.

Los niveles de deterioro que experimenta quien padece demencia presentan una serie de características de acuerdo con su desarrollo, por lo que cada fase de la demencia implica cierto grado de atención y tratamiento. En la figura 3 se explica cada fase y las conductas comunes que presenta la persona afectada.

Figura 3. Fases de la demencia.

NIVEL DE DEMENCIA	CAMBIOS QUE EXPERIMENTAN COMUNMENTE PERSONAS QUE PADECEN DEMENCIA
Temprano	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deterioro de la memoria, generalmente en cosas recientes. ➤ Dificultades para encontrar palabras al comunicarse. ➤ Se extravía en lugares que le eran familiares. ➤ Pierden la noción del tiempo incluyendo la fecha. ➤ Tomar decisiones y manejar las finanzas se les dificulta. ➤ Les es difícil llevar a cabo tareas del hogar que sean complejas. ➤ Humor y conducta: menos activos y motivados, pierden el interés en actividades y pasatiempos, pueden presentar cambios de humor, depresión o ansiedad y reaccionar con enojo o agresivos.
Medio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mayor deterioro en la memoria, generalmente relacionados a situaciones recientes y nombres de personas. ➤ La comprensión del tiempo, fecha, lugar y eventos se les dificulta; desconocen lugares que antes les eran familiares. ➤ Aumenta la dificultad en la comunicación, al hablar y en la comprensión. ➤ Requieren de ayuda para el cuidado personal. ➤ No pueden realizar actividades para el hogar. ➤ Necesitan de apoyo ya que no pueden vivir solos. ➤ Cambios de comportamiento: deambular, repetir preguntas, hablar en voz alta, aferrarse, alteraciones del sueño, alucinaciones. ➤ Presentan comportamiento inapropiado en casa o en la comunidad.
Avanzado	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Usualmente no están pendientes del tiempo y lugar. ➤ Se les dificulta entender lo que está ocurriendo. ➤ Dificultades para reconocer a familiares, amigos, objetos familiares. ➤ No pueden comer sin asistencia, se les dificulta tragar. ➤ Aumenta la necesidad de cuidados personales como bañarse y usar el baño. ➤ Posible incontinencia en la vejiga y de los esfínteres. ➤ Deterioro de la movilidad, pueden ser incapaces de caminar y usar una silla de ruedas o cama. ➤ Cambios de comportamiento, aumenta la posibilidad de atacar al cuidador, agitación no verbal. ➤ Dificultad para encontrar cosas en casa.

Fuente: Elaboración propia con base en OMS. (2013). Demencia: una prioridad de salud pública. Washington D.C.: World Health Organization.

En la fase temprana debido a los cambios notables de la conducta del sujeto suele presentarse el pre-diagnóstico, por lo que los cuidadores asumen su rol al ser confirmado el estado de salud del paciente; cuando la persona se encuentra deprimida o ansiosa, le brindan apoyo emocional, le mencionan y recuerdan indicaciones o acontecimientos que favorezcan la independencia y el involucramiento del paciente. Después, en la fase media los cuidadores están conscientes de su rol de cuidador y supervisan, facilitan el entendimiento mediante estrategias en la comunicación, apoyan al paciente con su cuidado personal, apoyan en las actividades cotidianas como la preparación de alimentos o el vestirse correctamente, responden ante alteraciones inapropiadas del enfermo. Por último, en la fase avanzada el cuidador se ve más comprometido debido al grado de dependencia del enfermo, brinda cuidados continuamente, provee atención en el cuidado personal del paciente, como: ingerir alimentos, ir al baño, vestirse y atiende a sus reacciones conductuales inapropiadas (OMS, 2013a).

El DSM-IV-TR (2001) caracteriza la demencia por la presencia de múltiples déficits cognoscitivos derivados por efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, los efectos

persistentes ocasionados por una sustancia o múltiples etiologías en combinación. Su clasificación es la siguiente:

- Demencia tipo Alzheimer
- Demencia vascular
- Demencia debida a otras enfermedades médicas
- Demencia persistente inducida por sustancias
- Demencia debida a múltiples etiologías
- Demencia no especificada

Actualmente las condiciones que definen la demencia han cambiado, el DSM-V (2014) incluye la definición de nuevos trastornos, sin embargo, es importante considerar la propuesta del manual anterior debido a que muchos estudios realizados antes del lanzamiento de esta nueva edición el 18 de mayo de 2013, han tenido impacto como referencia a procesos de intervención e investigación como los proyectos de la OMS, el IMSS y el INGER entre otros.

El DSM-V deja atrás el concepto de demencia y la refiere como un Trastorno Neurocognitivo (TNC) dependiendo su impacto este puede ser Mayor o Leve, considerando las siguientes clasificaciones:

- Enfermedad de Alzheimer
- Degeneración del lóbulo frontotemporal
- Enfermedad por cuerpos de Lewy
- Enfermedad vascular
- Traumatismo cerebral
- Consumo de sustancia o medicamento
- Infección por VIH
- Enfermedad por priones
- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad de Huntington
- Otra afección médica
- Etiologías múltiples

- No especificado

Partiendo de la referencia del DSM-V como el indicador de actual diagnóstico, el TNC mayor o leve ocasionado por la enfermedad de Alzheimer avanza de forma gradual, ocasionalmente con mesetas breves hacia la demencia grave hasta culminar en la muerte. Después de establecer su diagnóstico el tiempo de vida aproximado es de 10 años e inclusive algunas personas han vivido 20 años con la enfermedad, con el paso del tiempo se incrementa el deterioro en el TNC leve debido a enfermedad de Alzheimer y disminuye gradualmente el nivel funcional hasta que los síntomas alcanzan el umbral diagnóstico del TNC mayor. En la octava y la novena década de vida inician comúnmente los síntomas, mientras que en el inicio temprano que aparece en la quinta y sexta década de vida suele estar relacionada a mutaciones causales conocidas.

Quienes padecen Alzheimer a edad temprana tienen mayor probabilidad de sobrevivir durante el proceso de la enfermedad a diferencia de quienes cuentan con edad avanzada, debido a que los enfermos con mayor edad son más propensos a padecer diversas enfermedades médicas que afectan el curso del trastorno, tomando en cuenta que los síntomas y la patología son sutilmente similares a pesar de la diferencia de edad de inicio (DSM-V, 2014).

La línea de investigación en el área de las neurociencias relacionada al Alzheimer es explorada constantemente, por lo que para generar un punto genérico de partida se consideró el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales para esta investigación, porque permite aportar indicadores diagnósticos que dan pie al tratamiento y a una modalidad de intervención actualizada.

El DSM-V (2014) describe que el Alzheimer presenta un predominio de amiloides en las placas neuríticas, las cuales son un péptido que se sintetiza a partir de la proteína precursora del amiloide (PPA) y los ovillos neurofibrilares (degeneración neurofibrilar) constituidos principalmente por la proteína *tau*. Esto impacta en la agregación de grupos de fosfatos extra, los cuales alteran su solubilidad y su unión con los microtúbulos, por lo que son características distintivas para el diagnóstico patológico de la enfermedad de Alzheimer (mediante el examen histopatológico post mortem pueden ser confirmados).

El manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales también menciona que el depósito cerebral de beta-amiloide 42 se presenta en las fases iniciales de la cascada fisiopatológica. Algunas pruebas enfocadas en el amiloide tienen importancia diagnóstica, como la identificación visual de amiloide por medio de una Tomografía por Emisión de Positrones (PET) o la reducción de los niveles de amiloide en Líquido Cefalorraquídeo (LCR). Sin embargo, algunos signos de deterioro neuronal como la atrofia hipocámpica y de la corteza temporoparietal en la resonancia magnética, el hipometabolismo temporoparietal en una PET con fluorodeoxiglucosa y los datos indicativos de un aumento de los niveles totales de tau y fosfo-tau en el LCR indican daño neuronal, aunque no determinan la enfermedad de Alzheimer debido a que estos biomarcadores no son plenamente validados y están disponibles en su mayoría en los dispositivos de atención terciaria.

La edad, el sexo y la herencia son los factores de riesgo con mayor valor predictivo para la demencia. En España el 79.5% de las personas mayores de 55 años (85% mujeres, 74.4% hombres) cuentan con alguna enfermedad, el 2.6% de las familias refieren demencia y la prevalencia de deterioro cognitivo senil. Los patrones de la enfermedad son similares a otros países con importantes diferencias regionales y entre sexos (Cacabelos, 2001).

Algunos factores de riesgo ambientales, genéticos o fisiológicos que plantea el DSM-V son:

- Aumenta el riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer o TNC mayor o leve debido a traumatismos cerebrales.
- La edad es el mayor factor de riesgo para padecer la enfermedad de Alzheimer.
- En individuos homocigóticos la edad de inicio se ve disminuida y aumenta el riesgo debido al polimorfismo de susceptibilidad genética relacionado con la apolipoproteína E4.
- Quienes padecen síndrome de Down si sobreviven hasta la mediana edad pueden desarrollar enfermedad de Alzheimer.
- Diversos factores de riesgo vascular intervienen sobre la posibilidad de desarrollar la enfermedad de Alzheimer y pueden impactar en el deterioro de la patología cerebrovascular.

Una vez descrito el concepto de la demencia de tipo Alzheimer, es importante abordar de forma específica algunos factores que permitan identificar la ruta que lleva al tratamiento, como es el caso del diagnóstico y el pronóstico.

2.3 Dimensiones diagnósticas

El cuadro clínico conformado por signos y síntomas permite una clasificación más clara para determinar el contenido y las limitantes de una enfermedad, facilitando la comprensión y distinción de los márgenes sutiles que pueden aparecer ocasionalmente.

Para llegar al diagnóstico es importante la evaluación, bien podría ser mediante el apoyo de *mini-mental state examination* (MMSE), Anamnesis, pruebas neuropsicológicas seriadas, genograma, entre otras, lo que permita sustentar las bases del diagnóstico ya sea multiaxial o diferencial (DSM-V, 2014).

Constantemente se ha mencionado con anterioridad al manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, el cual Compas (2003) describe como un sistema de clasificación multiaxial formado por cinco ejes diagnósticos que permiten clasificar la conducta y el estado de desempeño actual del individuo, dos ejes abordan las categorías diagnósticas y las otras tres informaciones relevantes del individuo. Este contenido ofrece una perspectiva amplia sobre el estado del paciente contribuyendo en su tratamiento.

El DSM-V (2014) describe los siguientes criterios diagnósticos para TNC mayor y leve:

TNC Mayor.

- A. Deterioro cognitivo significativo en uno o más dominios, como: atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social; comparada con el nivel cognitivo previo, con evidencias basadas en:
 1. Preocupación por sí mismo, por un conocido o por el clínico, debido al declive significativo de una función cognitiva, y
 2. Declive sustancial del rendimiento cognitivo con evidencia en un test neuropsicológico estandarizado o por otra evaluación clínica cuantitativa.

- B. La autonomía en las actividades cotidianas del individuo se ve afectada por los déficits cognitivos (requiere de apoyo con las actividades instrumentales complejas de la vida cotidiana, como pagar facturas o la adherencia al tratamiento).
- C. Los déficits cognitivos no se presentan específicamente en el contexto de un delirium.
- D. Los déficits cognitivos encuadran adecuadamente a diferencia de otro trastorno mental.

TNC Leve.

- A. Deterioro cognitivo moderado en uno o más dominios, como: atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social; comparada con el nivel cognitivo previo, con evidencias basadas en:
 1. Preocupación por sí mismo, por un conocido o por el clínico, debido al declive significativo de una función cognitiva, y
 2. Declive moderado del rendimiento cognitivo con evidencia en un test neuropsicológico estandarizado o por otra evaluación clínica cuantitativa.
- B. La capacidad de independencia en las actividades cotidianas (actividades instrumentales complejas de la vida cotidiana, como pagar facturas o la adherencia al tratamiento) no son afectadas por los déficits cognitivos por lo que requiere esforzarse más.
- C. Los déficits cognitivos no se presentan específicamente en el contexto de un delirium.
- D. Los déficits cognitivos encuadran adecuadamente a diferencia de otro trastorno mental.

Por lo tanto, una vez descritos brevemente los criterios del TNC mayor o leve, el manual menciona los criterios diagnósticos de la enfermedad de Alzheimer clasificando el nivel de certeza como “posible” o “probable”.

El DSM-V (2014) menciona los siguientes criterios diagnósticos de TNC debido a la enfermedad de Alzheimer:

- A. Cumple con los criterios de un TNC mayor o leve.
- B. Muestra deterioro inicial y un progreso gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos (por lo menos dos dominios afectan para el TNC mayor).
- C. Indica criterios de la enfermedad de Alzheimer probable o posible, se cumplen como:

TNC mayor debido a la enfermedad de Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer probable es diagnosticada si cumple con lo siguiente y de no ser el caso, se diagnostica como enfermedad de Alzheimer posible.

1. Evidencia en los antecedentes familiares de una mutación genética culpable de la enfermedad de Alzheimer o en estudios genéticos.
2. Se cumple con las tres siguientes características:
 - Evidencia en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas que refieran disminución de la memoria y del aprendizaje, y de otro dominio cognitivo como mínimo.
 - Disminución progresiva de la capacidad cognitiva de forma gradual y constante sin mesetas prolongadas.
 - No muestra evidencia de una etiología mixta (no presenta ningún padecimiento neurodegenerativo o cerebrovascular, ni neurológico, mental o sistémico, o cualquier enfermedad que cause deterioro cognitivo).

TNC leve debido a la enfermedad de Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer probable es diagnosticada si se detecta evidencia de una mutación genética responsable de dicha enfermedad por medio de una prueba genética o mediante los antecedentes familiares.

La enfermedad de Alzheimer posible se diagnostica si no hay ninguna evidencia de mutación genética detectada que origine dicho padecimiento de acuerdo con la aplicación de una prueba genética o por medio de los antecedentes familiares, considerando las tres siguientes características:

- Testimonio conciso de disminución en la memoria y el aprendizaje.
- Disminución progresiva de la capacidad cognitiva de forma gradual y constante sin mesetas prolongadas.
- No muestra evidencia de una etiología mixta (no presenta ningún padecimiento neurodegenerativo o cerebrovascular, ni neurológico, sistémico o cualquier enfermedad que cause deterioro cognitivo).

D. El deterioro no se define mejor por una afección cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, por los efectos de una sustancia u otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

De acuerdo con el DSM-V (2014), se aborda la etiología en calidad de probable o posible como un nivel de certeza diagnóstica que identifique en particular a la enfermedad de Alzheimer, “probable” se diagnostica tanto en el TNC mayor como en el leve cuando hay indicios de una mutación genética detonante de la enfermedad de Alzheimer, ya sea por medio de pruebas genéticas o de la presencia de antecedentes familiares autosómicos dominantes acompañados de una confirmación por medio de autopsia o pruebas genéticas de un familiar afectado. También puede ser diagnosticado como enfermedad de Alzheimer “probable” un cuadro clínico típico del TNC mayor, sin mesetas prolongadas y sin datos de una etiología mixta. Para el TNC leve, debido al bajo grado de certeza de que avancen los déficits se cataloga como una etiología posible.

Una herramienta vital que indica que hay una alteración que interfiere con el flujo natural del individuo es la detección de signos y síntomas, estos suelen manifestarse de manera sutil, gradual o espontáneamente, alterando la conducta, el rendimiento y la percepción que generalmente se tiene del bienestar propio.

El DSM-V (2014) hace énfasis en las características del TNC mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer. En la etapa de TNC leve, el sujeto generalmente presenta alteración de la memoria y el aprendizaje, eventualmente con déficits en la función ejecutiva. En la fase de TNC mayor, la capacidad visoconstructiva/perceptual motora y el lenguaje son afectados, principalmente cuando el TNC es moderado o grave. La cognición social se ve comprometida al llegar a un nivel avanzado de la enfermedad. En la etapa de TNC leve o en el nivel de menor gravedad del TNC mayor, suele estar presente la depresión y apatía. Mientras que en el TNC mayor con gravedad moderada comúnmente se manifiestan síntomas psicóticos, irritabilidad, agitación, agresividad y deambulación sin objetivo. La enfermedad en etapas avanzadas presenta comúnmente alteraciones de la marcha, convulsiones, disfagia, incontinencia y mioclonías; el deterioro de la calidad de vida por estos síntomas es frecuentemente el motivo por el que se busca atención clínica. El TNC mayor o leve por Alzheimer concurre frecuentemente con la enfermedad cerebrovascular contribuyendo al cuadro clínico, debido a

que la mayoría de los individuos con enfermedad de Alzheimer son ancianos y presentan diversas afecciones médicas complicando el diagnóstico e interfiriendo en el curso clínico.

2.3.1 Pronóstico del paciente con demencia

Durante los cinco años posteriores al diagnóstico los pacientes que padecen demencia cuentan con mayor riesgo de muerte. Para la enfermedad de Alzheimer, la mortalidad a un año es de 13.9% y la tasa de institucionalización a un año es 34 %; es importante mencionar que las mujeres viven más tiempo que los hombres, independientemente de las etapas de inicio de la enfermedad. Es mayor el tiempo de vida para los enfermos con demencia leve a diferencia de la fase moderada y severa; a partir del diagnóstico la expectativa de vida en promedio para la enfermedad de Alzheimer se reduce entre 16.6% a 2.4% y en óptimas condiciones es de 10 a 14 años a partir del diagnóstico (García, Sauri Suárez, & Meza Dávalos, 2006).

2.3.2 Tratamiento

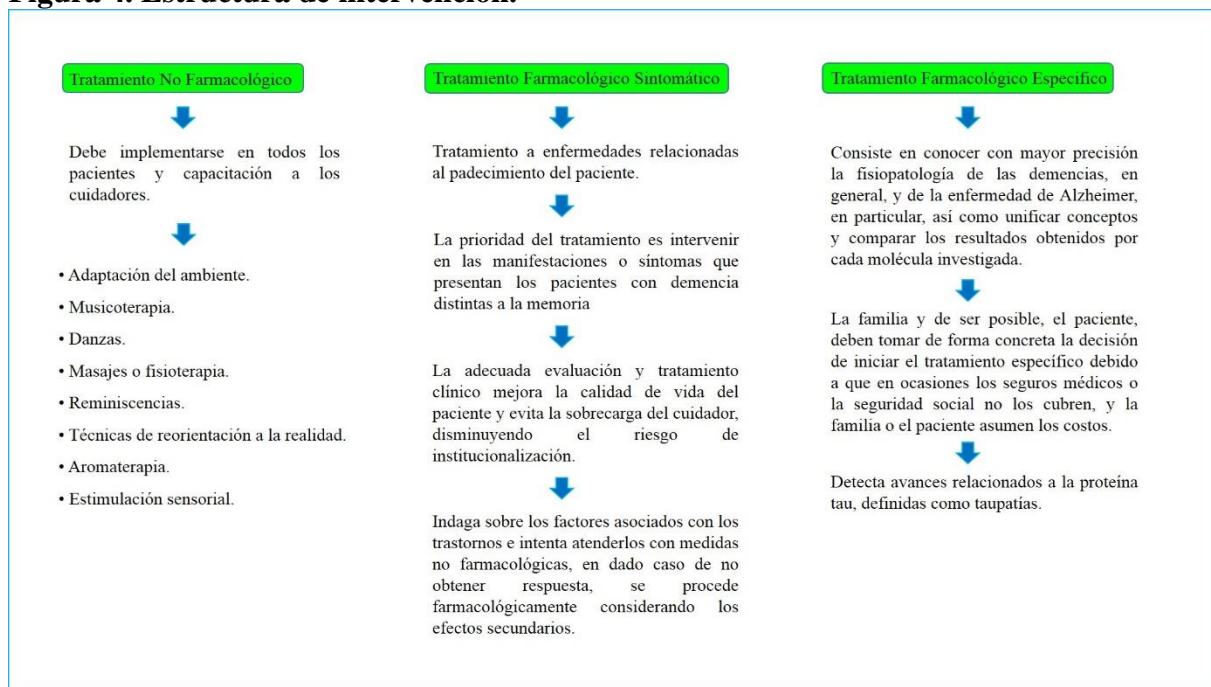
La OMS (2017) plantea que si bien no hay cura para el Alzheimer, existen numerosas intervenciones para apoyar y mejorar la vida de las personas que padecen demencia y a sus cuidadores. Los servicios de atención relacionados con la demencia tienen como objetivo:

- Diagnóstico temprano que facilite un tratamiento oportuno y óptimo.
- Mejorar la salud física, la cognición, la actividad y su bienestar.
- Identificar y atender padecimientos físicos que acompañan a la enfermedad.
- Identificar y atender los síntomas conductuales y psicológicos conflictivos.
- Brindar información a los cuidadores y apoyo a largo plazo.

En la figura 4 se muestran tres estructuras de tratamiento que implican la atención al paciente, el cuidador al ser quien brinda su apoyo la mayor parte del tiempo debe estar informado y capacitado en algunos aspectos del tratamiento.

Dependiendo el grado de deterioro del paciente se lleva a cabo un plan de acción para tratar el curso de la enfermedad, el acompañamiento se vuelve cada vez más indispensable conforme avanza la enfermedad, sin embargo y a pesar de que no hay cura, la intervención farmacológica tiene relevancia en el tratamiento para la disminución del impacto de la demencia.

Figura 4. Estructura de intervención.



Fuente: Elaboración propia con base en Cano, C. A. (2007). Tratamiento de las demencias. Revista Colombiana de Psiquiatría.

La OMS (2013a) sugiere que son predisponentes la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular; por las enfermedades vasculares, los problemas cardiovasculares, la hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia y el hábito de fumar a edad media (lo que incrementa el riesgo de inicio de demencia en edad avanzada). Por otro lado, los niveles de presión arterial, el colesterol y el índice de masa corporal, progresivamente disminuyen antes del comienzo de la enfermedad. Siendo así, quienes padecen demencia cuentan con niveles más bajos de presión arterial, colesterol e índice de masa corporal a diferencia de otros, por lo tanto, la mejor intervención es la prevención temprana.

2.4 Mortalidad asociada a la demencia

La OMS (2013a) refiere que las estimaciones de las muertes atribuidas a la demencia de acuerdo con el informe de Carga Mundial de Morbilidad (CMM) que ocurre entre personas de 60 años, son:

- 4,0% de las muertes (275.000) en países de ingresos altos.
- 0,6% de las muertes (19.000) en países de ingresos medianos altos.
- 0,6% de las muertes (72.000) en países de ingresos medianos bajos.

- 1,3% de las muertes (111.000) en países de ingresos bajos.
- Siendo un total de 477.000 muertes al año a nivel mundial y solo 1,6% del total global para esta franja de edad.

El DSM-V (2014) menciona que el avance gradual del TNC mayor o leve debido a la enfermedad de Alzheimer ocasionalmente suele presentar mesetas breves hacia la demencia grave y la muerte, el deterioro se incrementa con el tiempo y se reduce gradualmente el nivel funcional hasta que alcanzan los síntomas el umbral diagnóstico del TNC mayor. En la octava y la novena década de la vida inician los síntomas, se relacionan mutaciones causales conocidas con el inicio temprano que aparece en la quinta y sexta décadas de vida. Aunque, es probable que los individuos más jóvenes sobrevivan durante el curso de toda la enfermedad, mientras que los más ancianos tienen mayor probabilidad de presentar diversos padecimientos médicos que afecten el curso y el manejo del trastorno.

La OMS (2013a) señala que el riesgo relativo de mortalidad del EURODEM (European Studies of Dementia) se utilizó para calcular la proporción de muertes en diferentes edades de forma independiente atribuidas a la demencia. Dicha proporción aumentó consistentemente de 2% a la edad de 65 años a 18% a la edad de 85-89 años en los hombres y de 1% a la edad de 65 años a 23% a la edad de 85-89 años en las mujeres. Desde una perspectiva general, se estima el 10% de las muertes en hombres mayores de 65 años y 15% de las muertes en mujeres, ambas son atribuidas a la demencia, siendo en su mayoría personas entre 80 y 95 años.

El tiempo de vida de quienes padecen demencia se ve disminuido, tras el diagnóstico se estima que la supervivencia media es de 10 años aproximadamente, aunque algunos enfermos sobreviven hasta 20 años con la enfermedad. En las distintas edades de inicio, los síntomas y la patología no son marcadamente diferentes, en los ancianos la complejidad diagnóstica es elevada debido al mayor riesgo de padecer enfermedades médicas concurrentes y de patología mixta (DSM-V, 2014).

También, es complicado evaluar la participación de la demencia con la mortalidad debido a que la credibilidad de las actas de defunción es poco objetiva, ya que generalmente no se considera a la demencia como la causa principal de la muerte, frecuentemente quienes padecen demencia presentan trastornos de salud comórbidos que pueden o no estar relacionados con dicha

enfermedad y que por sí mismos acelerarían el fallecimiento. Siendo así, no puede atribuirse la muerte de esas personas a la demencia (OMS, 2013a).

2.5 Salud pública

El impacto de la enfermedad de Alzheimer se distribuye a nivel económico, social y productivo. Al ser un padecimiento crónico degenerativo, el Alzheimer es una promesa de complicación futura para la individualidad del paciente como el deterioro de las redes de apoyo, el estrés continuo que produce atender las necesidades del enfermo interfiere en la calidad de vida, tiempo y recursos del cuidador, lo que repercute en el desempeño de sus actividades cotidianas.

La OMS (2013a) indica que entre el 2% y el 10% de los casos de demencia inician antes de los 65 años, después de dicha edad se duplica la prevalencia con un intervalo de 5 años. A nivel mundial 35.600 millones de personas padecían demencia en el 2011, se calcula que para el 2030 sean 65.7 millones y para el 2050 sean 115.4 millones en PIBM.

La población desconoce el impacto de la demencia en la mayoría de los PIBM como en algunos países de ingresos altos, probablemente se deba a deficientes políticas de orientación, desarrollo de programas o la inadecuada asignación de recursos (OMS, 2013a).

En el año 2011, las Naciones Unidas adoptaron una declaración política en una cumbre sobre enfermedades no transmisibles, donde se abordó su impacto a nivel mundial y se reconoció como uno de los mayores retos del siglo veintiuno, de igual forma se expuso que los trastornos mentales y neurológicos son causa importante de morbilidad, al igual que la enfermedad de Alzheimer contribuyen a la carga mundial de las enfermedades no transmisibles (OMS, 2013a).

La seriedad que conlleva el deterioro cognitivo y la pérdida de autonomía de forma gradual y constante, implican un incremento de recursos y planes de acción. A pesar de que se han llevado a cabo algunas estrategias desde 1988 por medio de la Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares, A.C. (AMAES) en participación con la Alzheimer's Disease International (ADI), el reto consiste en la reestructuración de estrategias y el apoyo que permita solventar las necesidades que se presentan a niveles económicos, socioculturales, educativos y de salud (Gutiérrez, García, Roa, & Martínez, 2017).

De acuerdo con el INEGI (2014), más del 20% de la población de 60 años o más sufre algún trastorno mental o neurológico, los padecimientos neuropsiquiátricos más frecuentes son la demencia y la depresión, la cual es la enfermedad mental con mayor impacto en la población y se estima que para 2020 será el segundo padecimiento a nivel mundial con mayor carga de morbilidad. En el 2012 en México, el total de los egresos hospitalarios debido a trastornos mentales y de conducta en adultos mayores fueron los siguientes:

- 13.5% debido a demencia no especificada.
- 13.2% debido a trastornos mentales y de la conducta por consumo de alcohol.
- 12.3% debido a trastornos depresivos.

ADI proclamó en 1994, el 21 de septiembre como el Día Mundial del Alzheimer con la finalidad de que sea una iniciativa mundial para actividades de sensibilización y participación de la sociedad civil, la fecha se convirtió en un día de celebración anual en varios países (OMS, 2013a).

Como se mencionó anteriormente, conocer el concepto de la enfermedad de Alzheimer permite entender su desarrollo y las áreas de impacto en la salud; por lo tanto, para poder entender el impacto de la sobrecarga que experimenta el cuidador a nivel psíquico, se pretende abordar brevemente en el siguiente capítulo el funcionamiento de la estructura psíquica del individuo, su desarrollo y su relación con la sociedad.

Capítulo III. Aparato psíquico del individuo y su relación con el medio

Actualmente las nuevas formas de sufrir y enfermarse requieren inventar estrategias para enfrentar las nuevas crisis subjetivas, retornando así al psicoanálisis (Onocko, Massuda, Valle, Castaño, & Pellegrini, 2008).

De acuerdo con Castro (2013), la ciencia pretende hacer funcionar un discurso centrado en un “para-todos”. Esta situación desconoce las diferencias y la subjetividad, al igual que la singularidad del goce y del deseo.

Onocko, Massuda, Valle, Castaño y Pellegrini (2008) refieren que Freud indicó que el aparato psíquico es derivado de la cultura y la condición de malestar es un componente fundamental de la civilización. Así mismo, toda relación social conlleva a juegos de lenguaje, necesarios para que haya sociedad y ser humano.

Moreno Chía (2017) menciona las dos tópicos freudianas, la primera tópica representa una serie de sistemas –Inconsciente (Icc), Preconsciente (Prcc) y Consciente (Cc)- y muestra la actividad psíquica partiendo de una secuencia de estímulos generados fuera y dentro del aparato anímico, conduciendo a inervaciones motoras. La segunda tópica, se transforma de su primer modelo tópico del aparato psíquico y Freud introduce el concepto de Ello, Yo y Superyó.

Laplanche y Pontalis (2004) mencionan que el aparato psíquico tiene la capacidad de transmitir y transformar una energía determinada, y diferenciar sistemas o instancias con cierta disposición u organización interna, a los cuales les atribuye diferentes funciones dependiendo de los lugares psíquicos específicos; asignándole a dichos lugares un orden particular que implica una determinada sucesión temporal. El aparato psíquico tiene la función de mantener al nivel más bajo posible la energía interna del organismo. Las diferencias en sus subestructuras le ayudan al aparato psíquico a concebir los juegos de las *catexis*, *contracatexis* y *sobrecatexis*, y las transformaciones de la energía (del estado libre al estado de energía ligada).

En el campo de acción clínico, el inconsciente se formaliza como un concepto tópico, económico y dinámico, entendiéndose como un comercio o un conflicto entre sus sistemas (Gallegos, 2012). Bajo esta premisa, es importante considerar algunos principios que influyen a nivel psíquico como el *principio de realidad* y el *principio de placer*.

3.1 Principio de realidad y principio de placer

El principio de realidad y el principio de placer son conceptos aportados por Freud que hacen mención del flujo de energía trazado por dinámicas y limitantes entre dichos principios, aportando información a las instancias psíquicas del sujeto. El principio de realidad puede ser abordado de la siguiente forma según el punto de vista de Laplanche y Pontalis (2004):

- **Económico:** el principio de realidad comprende una metamorfosis de la energía libre a energía ligada.
- **Tópico:** refiere al sistema preconscious-consciente.
- **Dinámico:** intento del psicoanálisis respecto al principio de realidad sobre la interacción de la energía pulsional al servicio del yo.

El principio del placer considera la finalidad de la actividad psíquica en función por evitar el displacer y procurar el placer, contribuyendo al funcionamiento mental. Debido a que el displacer se relaciona con el incremento de la cantidad de excitación y el placer a su decremento, dicho principio constituye un principio económico (Laplanche & Pontalis, 2004).

Freud menciona que el principio de placer rige la vida anímica e indica que la función del aparato psíquico es mantener la cantidad de excitación baja, porque aumentarla se percibiría como tensión displacentera, debido a que la cantidad de excitación en la vida anímica incrementa con el displacer y con el placer decremента, resultando en la disminución o evitación de displacer, este principio es derivado del *principio de constancia*, el cual pretende la estabilidad de dichas sensaciones (Freud S. , 1992).

El principio del placer habla de un flujo de energía libre y el principio de constancia se inclina a la energía ligada; el segundo principio hace referencia a dos medidas para ejercer la función de mantener la cantidad de excitación en un nivel bajo y regulado de forma constante, esta regulación es llevada a cabo por la descarga de energía o por la evitación de aquello que genere un aumento del nivel de excitación y la defensa a dicho aumento. La reducción del nivel de excitación a cero es conocido como el *principio de nirvana* y va ligado a la *pulsión de muerte*, la cual habla de la reducción completa de las tensiones externas o internas, principalmente dirigido a su interior como autodestrucción, secundariamente expresado como pulsión agresiva

o destructiva hacia el exterior; la consideración de ambos principios es por la compulsión a la repetición (Laplanche & Pontalis, 2004).

Existe una fuerte tendencia al principio de placer, también hay otras fuerzas o constelaciones que la contrarían, por lo que el resultado final no siempre suele corresponder al placer. El principio de placer es relevado por el principio de realidad por medio de las pulsiones de autoconservación del Yo, que sin la finalidad de obtener placer, consigue posponer la satisfacción, exigiendo renunciar a todas las posibilidades de lograrla, tolerando provisionalmente el displacer en el largo rodeo hacia el placer, aun con la prevalencia de las pulsaciones sexuales en el principio de realidad (Freud S. , 1992).

Cuando el principio de placer predomina, toda la subjetividad es tomada por el pensamiento, condensando así el goce, el cual se mantiene solamente en el acto de pensar, dejando fuera la posibilidad de “realizar una experiencia” (Suárez & Aguzzi, 2015).

El relevo del principio de placer por el principio de realidad no es responsable de la mayor parte de las experiencias displacenteras, otra fuente de displacer se deriva de las escisiones y conflictos producidos en el aparato anímico durante el desarrollo del Yo hacia organizaciones de superior complejidad. La mayor parte de la energía que llena el aparato proviene de las mociones pulsionales congénitas, sin embargo, no todas participan en una misma fase del desarrollo, ya que en constantes ocasiones ciertas pulsiones o partes de pulsiones se manifiestan de acuerdo a sus objetivos o requisitos, siendo incompatibles con el resto que se conjugan en la unidad que abarca el Yo (Freud S. , 1992).

El Yo busca demorar a través del razonamiento inteligente la satisfacción de los deseos del Ello hasta que de la manera más segura posible se pueda garantizar la gratificación. Cuando el sujeto alcanza la edad adulta no busca solamente la satisfacción de los deseos, sino que se hace presente el componente moral (Súperyo), el cual funge como guardián moral en función de vigilar al Yo para guiarlo sobre las acciones morales que son socialmente aceptadas (Montaño Sinisterra, Palacios Cruz, & Gantiva, 2009).

Debido al proceso de represión, las pulsiones son segregadas de la unidad del Yo y retenidas en estadios inferiores del desarrollo psíquico; desde un comienzo se les corta la posibilidad de

alcanzar la satisfacción, si después logran obtener por medio de rodeos una satisfacción directa o sustitutiva de éxito (lo que sería normalmente una posibilidad de placer), el Yo lo siente como displacer. La mayor parte del displacer que sentimos es un displacer de percepción, el cual puede deberse a la percepción del esfuerzo de pulsiones insatisfechas, a que se exciten en el aparato anímico expectativas displacenteras o por una percepción exterior en sí misma penosa, distinguiéndola como «peligro». La reacción ante dichas exigencias pulsionales y amenazas de peligro expone al exterior la dinámica del aparato anímico, la cual puede ser dirigida de forma adecuada por el principio de placer o el principio de realidad que lo modifica (Freud S. , 1992).

3.2 Pulsiones

Es importante considerar el papel de las pulsiones para poder entender mejor el funcionamiento del aparato psíquico en el individuo y su conducta ante situaciones hostiles y altamente demandantes, por ejemplo, las circunstancias por las que pasa el cuidador primario en la sobrecarga derivada de situaciones estresantes o conflictivas. Por lo tanto, de acuerdo con Alzate Posada (2009), para el individuo su experiencia de la pulsión es decisiva en relación con sus acciones. La pulsión le plantea al sistema nervioso nuevas y más elevadas exigencias, induciendo al individuo a implementar actividades cada vez más complejas, siendo participes los mecanismos de represión y sublimación.

Freud describe la pulsión como un factor representante psíquico intrasomático de estímulos de fluidez continua; a diferencia del “estímulo” proveniente de excitaciones exteriores, la pulsión es un concepto de deslinde de lo anímico respecto a lo corporal. Una hipótesis que se planteó respecto a la naturaleza de las pulsiones es que no poseen ninguna cualidad, sino que es vista como una medida de exigencia de trabajo para la vida anímica, considerando también que las pulsiones se distinguen unas de otras siendo portadoras de propiedades específicas debido a su relación con fuentes somáticas y con sus metas. El origen de la pulsión es un proceso excitador en el interior de un órgano teniendo como meta inmediata cancelar ese estímulo del órgano (Freud S. , 1992).

La pulsión representa la magnitud de la exigencia de trabajo impuesta a lo anímico como consecuencia de su relación con lo somático. Siendo el cuerpo la primera instancia que demanda a lo psíquico ciertas acciones, las cuales tienen que estar en relación con la satisfacción y placer

del primero. El cuerpo y lo psíquico, cooperan en función de hallar y mantener cierto equilibrio obedeciendo al principio de placer (Alzate Posada, 2009).

Bermúdez y Meli (2013) hacen referencia a la segregación estructural de Lacan, donde el sujeto expulsa de si todo lo que percibe como hostil, el resto que no se incorpora al Yo, al ser ajeno “es odiado”. Parte de la pulsión de muerte es dirigida al mundo exterior como una pulsión de agresión o de destrucción, si dicha agresión al salir es limitada, se incrementa la autodestrucción como consecuencia.

Para Freud, los mayores problemas en relación a la existencia humana son planteados por las pulsiones, quienes estructuran el deseo y son una fuerza de acción constante que empuja al sujeto para actuar moviéndolo a la vida y paradójicamente también a la muerte. Las pulsiones son a donde todo el trabajo cultural se dirige mediante la represión, a fin de pretender reorientar con el interés de obtener mejores resultados con sus acciones, o sea, acciones de acuerdo a los ideales, siendo más constructivas que destructivas (Alzate Posada, 2009).

Pulsión de muerte.

Laplanche y Pontalis (2004) refieren que la pulsión de muerte tiende a la reducción completa de las tensiones, pretende devolver al ser vivo al estado inorgánico y se dirige principalmente hacia el interior, con la intención de la autodestrucción; secundariamente se dirige al exterior manifestándose en forma de pulsión agresiva o destructiva, puede presentar satisfacción sexual dirigida hacia el objeto, satisfacción libidinal o gozo narcisista. Algunos motivos por los que se estableció la pulsión de muerte son:

- A consideración de los fenómenos de repetición, siendo poco probable que se enfoque en la búsqueda de la satisfacción libidinal o en la tentativa de controlar las experiencias displacenteras, dando pie a una fuerza irreversible, siendo independiente y capaz de oponerse al principio de placer.
- La importancia por las nociones de ambivalencia, agresividad, sadismo y masoquismo.
- El odio, el cual su relación no parte de la vida sexual, sino de la lucha de conservación y afirmación del Yo, el sadismo y el odio se relacionan con las pulsiones del Yo y con los objetos.

Laplanche y Pontalis (2004) hacen referencia de Melanie Klein con respecto al dualismo de las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte; en que estas están orientadas hacia el objeto exterior, de igual forma dan lugar a la angustia de ser desintegrado y aniquilado en cuanto operan en el organismo. El conflicto entre las instancias de personalidad (Ello, Yo, Superyó) no está dispuesto por el dualismo pulsional; el conflicto se sitúa entre las instancias, el Ello representa las exigencias pulsionales que se oponen al Yo. La presencia en la vida anímica de la pulsión agresiva o destructiva, deriva de la pulsión de muerte originaria de la materia animada. Las tendencias a la descarga completa de la excitación y al mantenimiento de un nivel constante corresponden a dos tipos de energía, libre y ligada; también a dos modos de funcionamiento psíquico, como el proceso primario y el proceso secundario. La pulsión de muerte se reafirma como la esencia del inconsciente de lo indestructible e irreal, es el principio del funcionamiento psíquico ligado a todo deseo agresivo o sexual, el deseo de muerte.

Pulsión de vida.

Designada del término *Eros*, la pulsión de vida suele construir unidades vitales más amplias a partir de las unidades existentes, encargándose de mantenerlas. La pulsión de vida no solo abarca la pulsión sexual, sino también a la pulsión de autoconservación, la tendencia a nivel celular, aspira a producir y mantener la cohesión de las partes de la sustancia viva; esta tendencia reaparece en el organismo individual, ya que este aspira a mantener su unidad y su existencia como las pulsiones de autoconservación y el libido narcisista. En la sexualidad y sus diversas manifestaciones, se define como un principio de unión de los individuos en la copula y la unión de los gametos en la fecundación. El dualismo pulsional sigue siendo relevante, la pulsión de vida se caracteriza por un movimiento contrario de la pulsión de muerte debido al establecimiento y mantenimiento de formas más diferenciadas y organizadas, también por la constancia de las diferencias de nivel energético entre el organismo y el medio. Ante dicho dualismo pulsional, la pulsión de muerte pasa a convertirse en fuerza primaria propiamente pulsional, mientras que en las pulsiones de vida paradójicamente la sexualidad pasa del lado de la ligazón (Laplanche & Pontalis, 2004).

Pulsión sexual.

Laplanche y Pontalis (2004) describen la pulsión sexual como un empuje interno que va más allá de las actividades meramente sexuales donde se verifican caracteres de la pulsión que la diferencian del instinto; biológicamente no está predeterminado su objeto, son diversas sus modalidades de satisfacción (fines), particularmente ligadas al funcionamiento de zonas corporales (zonas erógenas) determinadas susceptibles a acompañar las diversas actividades en las que se apoyan. Al ser la fuente somática de la excitación sexual, implica que la pulsión sexual se encuentre fragmentada en pulsiones parciales, las cuales se satisfacen localmente como *placer de órgano*. La pulsión sexual en el hombre se encuentra íntimamente vinculada a una dinámica de representaciones o fantasías que la especifican, al final de una compleja evolución aleatoria, organiza la genitalidad, encuentra la firmeza y la aparente finalidad del instinto. Desde la perspectiva económica, se considera la libido como energía única en las transformaciones de la pulsión sexual y desde un punto de vista dinámico, la pulsión sexual es una parte necesaria del conflicto psíquico en el inconsciente, ya que es el objeto de la represión. La acción de la represión se ejerce de manera electiva sobre la pulsión sexual como consecuencia, es parte elemental en el conflicto psíquico tomando en cuenta que cualquier exigencia pulsional puede provocar las mismas represiones y sus consecuencias, sin embargo, las pulsiones parciales de la sexualidad llevan a cabo un papel patógeno sobre las excitaciones. Por otro lado, la pulsión de muerte en compensación es la que mejor funciona según el principio de la descarga total.

Pulsión del Yo.

Laplanche y Pontalis (2004) explican las pulsiones del Yo como un tipo específico de pulsiones en el conflicto defensivo cuya energía se sitúa al servicio del Yo, también son similares a las pulsiones de autoconservación y se oponen a las pulsiones sexuales. Es importante considerar dos oposiciones, la *oposición clínica* en el conflicto defensivo entre el Yo y las pulsiones sexuales; y la *oposición genética* en la génesis de la sexualidad, entre las funciones de autoconservación y la pulsión sexual.

De acuerdo con Corsi (2002), en 1910 Freud introdujo la noción de pulsiones del Yo igualándolas a las pulsiones de autoconservación. Las pulsiones yoicas se encargan de dos funciones, como la autoconservación del individuo y como agente de represión; en el conflicto

defensivo la energía se sitúa al servicio del Yo. Debido a que solo pueden ser satisfechas por un objeto real, las pulsiones del Yo abordan rápidamente el tránsito del principio de placer al principio de realidad. Es importante considerar la oposición entre las pulsiones que tienden a la conservación del individuo *selbsterhaltung* y las que están orientadas a los fines de la especie *arterhaltung*, la distinción entre ambas inclinaciones refleja la doble función del individuo, desde este punto de vista, las pulsiones del Yo son las pulsiones de conservación de sí mismo, siendo entonces el Yo la instancia psíquica responsable de la conservación del individuo (Laplanche & Pontalis, 2004).

Corsi (2002) hace referencia al Yo desde dos perspectivas diferentes según Freud; en la primera perspectiva, el Yo se entiende como sujeto o persona total, y en la segunda el Yo se considera como un poderoso conjunto de representaciones. El Yo se adhiere al principio de realidad debido a la guía de las pulsiones de autoconservación, oponiéndose así al deseo.

Laplanche y Pontalis (2004) mencionan que en el contexto del funcionamiento del aparato psíquico, las pulsiones de autoconservación propuestas por las pulsiones sexuales son funcionales según el principio de realidad, incluso se define un *Yo realidad* por las características pulsionales de dicha entidad, con el objetivo de inclinarse hacia lo útil y prevenirse contra los daños.

La introducción del narcisismo como concepto no invalida la oposición entre pulsiones del Yo y pulsiones sexuales, pero aporta una distinción suplementaria cuando las pulsiones sexuales cargan su energía sobre un objeto externo (libido objetal) o sobre el Yo (libido del Yo o libido narcisista). En las pulsiones del Yo la energía no es libido sino interés, pero el Yo puede ser objeto para la pulsión sexual. La pulsión del Yo, como termino, desaparece de la terminología freudiana tras la introducción del dualismo de pulsión de vida y pulsión de muerte (Laplanche & Pontalis, 2004).

Pulsión de autoconservación.

Según Laplanche y Pontalis (2004) la pulsión de autoconservación hace referencia a un conjunto de necesidades ligadas a funciones corporales imprescindibles para el individuo y esta contrapuesta a las pulsiones sexuales, resaltando así la oposición entre las pulsiones que sirven

a la sexualidad, la obtención del placer y las pulsiones del Yo; las cuales tienen como finalidad la autoconservación del individuo. Este dualismo junto con su oposición, tienen un papel fundamental en el conflicto psíquico, por lo que la presencia del conflicto se localiza el síntoma.

Corsi (2002) menciona que la oposición entre las pulsiones yoicas y las pulsiones sexuales deriva de sus fines, como lo son la obtención de placer sexual y los fines de las pulsiones del Yo, que consisten en la autoconservación del individuo.

Las pulsiones del Yo, solo pueden satisfacerse con un objeto real, efectúan inmediatamente el tránsito del principio del placer al principio de realidad hasta convertirse en agentes de la realidad, oponiéndose así a las pulsiones sexuales, las cuales cuentan con características como la variabilidad del fin y la contingencia del objeto, a diferencia de las pulsiones de autoconservación donde las vías de acceso están predeterminadas y el objeto que las satisface se encuentra establecido desde un inicio, las pulsiones de autoconservación son las que guían la sexualidad hacia el objeto (Laplanche & Pontalis, 2004).

3.3 Ello, Yo y Superyó

Las tres partes de la mente, el Ello, Yo y Superyo interactúan constantemente, pero al tener metas distintas se generan conflictos internos dentro del individuo. Una parte del sujeto puede desear una cosa, mientras que la otra parte desea algo más (M. Buss & J. Larsen, 2005).

Ello.

M. Buss y J. Larsen (2005) hacen referencia al Ello como “depósito de energía psíquica” y señalan que Freud veía al Ello como algo con lo que se nace y fuente de todos los instintos e impulsos. El Ello, opera de acuerdo al principio de placer, el cual es el deseo de gratificación inmediata. Por lo que, al operar con dicho principio, el Ello no acepta razones, no se guía por una lógica, no tiene valores ni moral y tiene muy poca paciencia. No tolera la demora en la satisfacción de impulsos.

De acuerdo con Hergenhahn (2009), el Ello es la fuerza que empuja y le da dirección a la personalidad, es totalmente inconsciente y dominado por el principio de placer. Cuando surge una necesidad para el sujeto, es el Ello quien quiere que esta sea inmediatamente satisfecha. La

libido es la energía que participa en la mayoría de las conductas del ser humano, esta energía colectiva asociada con las pulsiones deriva de una fuente que es la necesidad fisiológica y se mueve con dirección a un propósito de satisfacción.

Si un impulso derivado del Ello requiere de un objeto o persona externo, y tal objeto o persona no está disponible, el Ello crea una imagen mental o una fantasía de aquel objeto o persona para satisfacer sus necesidades. La energía mental se invierte en esa fantasía, satisfaciendo así el impulso de manera temporal. A este proceso se le denomina “satisfacción de deseos”, en el que se evoca algo que no está disponible y su imagen es satisfactoria de manera temporal (M. Buss & J. Larsen, 2005).

Hergenhahn (2009) menciona que para llevar a cabo la satisfacción de las necesidades, el Ello cuenta con dos medios; la *acción refleja* es uno de ellos, ésta se activa automáticamente cuando se presentan ciertos malestares como estornudar o retroceder frente a estímulos dolorosos. El *cumplimiento del deseo* es el segundo medio de satisfacción en cual el Ello evoca imágenes de objetos que pueden satisfacer la necesidad existente. Independientemente de la experiencia personal, las actividades del Ello se llevan a cabo siendo la base de toda la personalidad, Freud definió como *procesos primarios* a dichas actividades. Estos procesos son irracionales, están determinados directamente por la necesidad del individuo, son intolerantes al transcurso del tiempo entre la aparición de una necesidad y su satisfacción, su existencia ocurre completamente a nivel inconsciente. Es importante considerar que en el mejor de los casos los procesos primarios solo pueden proporcionar satisfacción temporal a la necesidad, por lo que son necesarios otros aspectos de la personalidad para la supervivencia del sujeto.

Yo.

De acuerdo con Hergenhahn (2009), el Yo es consciente de las necesidades del Ello y del mundo físico, por lo que tiene como función coordinarlas. Por lo tanto, la labor del Yo consiste en hacer coincidir los deseos del Ello con las contrapartes del entorno físico, el principio de realidad dirige al Yo debido a que los objetos proporcionados deben dar por resultado una satisfacción real más no imaginaria de la necesidad. El Yo es capaz de satisfacer su necesidad cuando localiza un objeto del entorno externo, en el pensamiento del objeto invierte la energía de la libido, como consecuencia genera una **catexis** entre la realidad y el objeto. La catexis se refiere

a la inversión de la energía física en el pensamiento de objetos o procesos que logran satisfacer una necesidad. Se denominan **procesos secundarios** a las actividades realistas del Yo y contrastan con los procesos irreales del Ello o **procesos primarios**.

M. Buss y J. Larsen (2005) se refieren al Yo como “ejecutivo de la personalidad”, el Yo opera en función del principio de realidad, por lo que restringe al Ello a la realidad. El Yo entiende los impulsos del Ello, los cuales frecuentemente entran en conflicto con la realidad social y física. El Yo razona en que ciertas acciones pueden generar problemas, por lo que la expresión directa del Ello debe evitarse, redirigirse o posponerse. Precisamente, la función del Yo es posponer la descarga de los impulsos del Ello hasta que se presente una situación apropiada. El Yo, lleva a cabo un *pensamiento de proceso secundario*. Dicho pensamiento se caracteriza por el desarrollo de estrategias que permiten solucionar problemas y obtener satisfacción. Frecuentemente, este proceso implica considerar las restricciones de la realidad física, sobre cuándo y cómo expresar un deseo o un impulso.

Krakov (2001) menciona que finalmente el Yo es obligado a armonizar tres tipos de exigencias y es hostigado por tres clases de peligros provenientes de:

- La realidad exterior.
- El Superyó.
- El Ello.

Superyó.

M. Buss y J. Larsen (2005) denominan al Superyó como el “sostén de los valores e ideales sociales”, e indica que el Superyó es la instancia de la psique donde se internalizan los valores, la moral y los ideales de la sociedad. Generalmente, estos son inculcados en el niño por diversos agentes socializadores de la sociedad y la cultura, como los padres, la escuela y la religión. El Superyó al no estar ligado a la realidad, es libre de establecer normas por virtud y por valor propio, sin importar si estas normas son perfeccionistas, irreales o severas.

En la historia de vida del individuo de acuerdo con Hergenhahn (2009), el niño recién nacido se encuentra dominado en su totalidad por el Ello, después aprende que la necesidad de gratificación no siempre es satisfecha inmediatamente. De igual manera, aprende que hay cosas

que están “bien” y otras que están “mal”; en el caso del varón, inhibe los deseos sexuales hacia su progenitora y las tendencias agresivas hacia su padre, conforme el niño interioriza las acciones permitidas y las prohibidas, desarrolla un Superyó, siendo este el lado moral de la personalidad.

Freud enfatizó particularmente el papel de los padres en el desarrollo del autocontrol y la conciencia en los niños, lo que indica la vinculación entre el desarrollo del Superyó con la identificación del niño con sus padres (M. Buss & J. Larsen, 2005).

Hergenhahn (2009) menciona que el Superyó desarrollado completamente se divide en dos partes:

- **La consciente:** hace referencia a las experiencias interiorizadas por las que el niño ha sido castigado consistentemente. Participar en tales actividades, o pensar en hacerlo, provocan que el niño sienta culpa.
- **El ideal del Yo:** hace referencia a las experiencias interiorizadas por las que ha sido recompensado el niño. Participar en tales actividades o pensar en hacerlo, generan que el niño se sienta bien respecto de sí mismo. El niño se ha socializado cuando el Superyó se encuentra desarrollado, su conducta y pensamientos son gobernados por valores interiorizados, generalmente transmitidos por los padres.

El Superyó nos hace sentir culpables, abochornados o avergonzados cuando hacemos algo “incorrecto” o “malo” y de igual manera, nos hace sentir orgullo cuando hacemos algo “correcto” o “bueno”. El Superyó es quien determina que es correcto y qué está mal, estableciendo metas morales e ideales de perfección, por lo tanto es la fuente de nuestros juicios sobre lo que está bien o mal. La culpa es la principal herramienta del Superyó para imponer lo correcto y lo malo, es a lo que algunas personas se refieren como “conciencia” (M. Buss & J. Larsen, 2005).

Partiendo de este punto, el trabajo del Yo se vuelve más complejo, Hergenhahn (2009) comenta que el Yo además de encontrar objetos o eventos que satisfagan las necesidades del Ello, el Superyó debe sancionarlos. En ocasiones, una catexis que es aceptable para el Ello y el Yo provoca culpa, y en consecuencia es desviada la energía de la libido para inhibirla. Se denomina

anticatexis a la desviación de la energía libidinal, caracterizada por inhibir la asociación entre una necesidad y un objeto o evento. Para evitar los sentimientos de culpa la asociación es inhibida por el Superyó, y el Yo la inhibe hasta encontrar un evento u objeto aceptable, posponiendo así la satisfacción de la necesidad; siendo así, la anticatexis produce un desplazamiento del evento u objeto que ocasiona culpa o ansiedad a otro que no provoque esos sentimientos.

Las normas morales con las que carga el Superyó son casi imposiblemente altas. El Superyó exige perfección ante las demandas de normas internas muy poderosas, por lo que podría provocar en el sujeto un nivel crónico de vergüenza debido a las fallas constantes en los intentos por satisfacer sus normas poco realistas. Una persona con normas morales bajas no siente culpa cuando hiera a otro debido al nivel de expectativa y exigencia bajo (M. Buss & J. Larsen, 2005).

La influencia de la sociedad y la cultura en el individuo son importantes para su desarrollo y funcionamiento psíquico, debido a que influyen en la forma en la que piensa, siente y actúa el sujeto. Por lo tanto, a continuación se abordará el “acercamiento a la cultura” del individuo para explorar su contexto e influencias.

3.4 Acercamiento a la cultura

Morales, Moya, Gaviria y Cuadrado (2007) mencionan que definir la cultura es muy complejo, sin embargo, indican que la cultura se basa en patrones; explícitos e implícitos, que intervienen en la conducta siendo adquiridos y transmitidos por medio de símbolos. La esencia de la cultura consiste en ideas tradicionales derivadas de su historia y en sus valores; es el conjunto de prácticas, competencias, ideas, esquemas, símbolos, valores, normas, metas, reglas constitutivas, instituciones, artefactos y las modificaciones sobre el ambiente físico.

Comenta Arranz (2004) que la familia debe reaccionar a los comportamientos sociales del bebé y brindar un entorno sin presiones, que permita la exploración de lo que es nuevo, el juego y la imitación. También debe practicar el conflicto positivo a través de la frustración óptima, en la que coexisten los cuidados con las frustraciones adecuadamente temporalizadas, dosificadas, jamás traumáticas y que generan un conflicto que hace evolucionar al sujeto. La familia como

un entorno protector e introductor del individuo a su contexto cultural es una entidad políticamente protegida.

Morales, Moya, Gaviria y Cuadrado (2007) indican que para poder comprender la cultura, es necesario distinguir sus componentes objetivos y subjetivos, entre lo que se denomina *cultura material* o tangible y *cultura inmaterial* o intangible. La cultura material es objetiva y se refiere a los patrones de producción y consumo, y a las propiedades ecológicas de las sociedades. Por otro lado, la cultura no material es subjetiva, se refiere a un mundo intangible como las ideas, los valores, la percepción del mundo, entre otras, creados por los miembros de una sociedad. La cultura material y la cultura no material, exponen la participación de normas, pautas de comportamiento y de pensamiento según el área de desarrollo, la influencia de la cultura, de lo correcto e incorrecto como ideales son de vital importancia para el individuo, que en ocasiones en lugar de experimentar satisfacción puede experimentar culpa y desagrado debido a que tiene en cuenta el incumplimiento de ese código moral que es inaceptable, o en dado caso, realiza una actividad aceptable socialmente pero poco satisfactoria de forma personal como ha sido el caso de los cuidadores primarios.

Freud S. (2012) explica la cultura como todo aquello que ha sido elevado de su naturaleza en la vida del hombre diferenciándose de la vida animal. También menciona dos vertientes culturales, la primera se compone de todo “el saber” y “el poder hacer” creado por los hombres para ejercer cierto dominio sobre la naturaleza y de ella obtener elementos que satisfagan sus necesidades. La segunda se caracteriza por todas las normas que regulan los vínculos e intercambios entre los miembros de una comunidad, priorizando la distribución de los bienes disponibles. Ambas vertientes no son independientes una de la otra; en la primera instancia la satisfacción lograda de los impulsos instintivos por dichos bienes, influyen en gran medida sobre los vínculos e interacciones entre los hombres. En la segunda instancia, el ser humano, partiendo como individuo, puede llegar a relacionarse con otro de forma tal que lo toma como un bien en sí mismo, explotando su fuerza de trabajo o tomándolo como un objeto sexual; además, a pesar de que la cultura represente un interés humano universal, todo individuo es altamente enemigo de esta.

También menciona Freud que la participación de la cultura se introduce en la psique del individuo como un fenómeno de domesticación, por lo tanto, la represión se hace presente y el

individuo se ve forzado a rodear o detener el camino directo a la satisfacción, ya sea que el individuo no pueda satisfacer una pulsión instintiva o se le prohíba debido a las normas sociales, experimentando privación y frustración. Al avanzar la instrucción del contexto sobre el hombre, esta forma parte del superyó, de un sentido moral y social.

Reidl (2008) describe a la *sociocultura* en México como un sistema de premisas socioculturales interrelacionadas que gobiernan los sentimientos, las ideas, las dinámicas de jerarquía en las relaciones interpersonales, las condiciones de los roles sociales a fungir, la interacción de los individuos en dichos papeles mediante reglas; respondiendo al dónde, cuándo, con quién y cómo se llevaran a cabo. Dentro de la familia todo esto se lleva a cabo para su interacción, ya sea, la familia colateral, los grupos, la sociedad o las superestructuras institucionales como: educativas, religiosas y gubernamentales. Lo antes mencionado es el resultado sobre el comportamiento del ser humano por el impacto de las Premisas Histórico-Socioculturales (PHSCs), algunos ejemplos de dichas premisas son:

- “Siempre el hijo debe de obedecer a sus padres”
- “En la familia es el hombre quien lleva los pantalones”
- “A la familia siempre se le es leal”
- “Jamás se duda de la palabra de una madre”
- “La casa es el lugar de la mujer”
- “La mujer debe de ser virgen hasta el matrimonio”
- “Las mujeres deben de ser protegidas”

La carga de responsabilidad que engloban los comentarios anteriores, son el reflejo de la cultura y de un pensamiento colectivo sobre lo que se debe de hacer y lo que no, de igual manera, esta responsabilidad se transmite de generación en generación, aportando una carga de correcto e incorrecto según sea el caso. Esto influye en la satisfacción personal, generando un conflicto, como la represión, la frustración o la culpa por atentar ante dichas perspectivas enmarcadas.

La **obediencia afiliativa** y su rol en la educación en México, se caracteriza porque en la sociocultura los hijos tienen el “deber de obedecer siempre a sus padres”. La obediencia afiliativa, es denominada así debido a que se propicia generalmente por amor más que por poder, interfiriendo con el desarrollo de las habilidades básicas para la educación (Reidl, 2008).

Todo el contenido que se ha abordado hasta el momento describe la ruta por la que el cuidador primario se rige de forma general y las áreas de oportunidad que alteran su calidad de vida por las altas exigencias de su rol ante la enfermedad de Alzheimer. Por lo tanto, se abordarán en el próximo capítulo las áreas de impacto que producen conflicto en el cuidador, incluso después de que el familiar muere.

Capítulo IV. Transición al conflicto

Al hacer referencia de la transición al conflicto, resalta el rol y las funciones del cuidador primario, las cuales generan cambios significativos en la estructura y dinámica familiar afectando la calidad de vida de sus miembros, principalmente la del cuidador. La problemática que la responsabilidad del rol conlleva, incluyendo las repercusiones económicas, físicas, psíquicas y sociales, exponen al cuidador ante una situación de vulnerabilidad desde un punto de vista de salud biopsicosocial (Pinzón & Carrillo, 2016).

La satisfacción de las necesidades de vínculo (como la orientación, entrega, arraigo, identidad y trascendencia) son la base para el desarrollo de la salud mental. En relación con la armonía y equilibrio entre el individuo y su entorno, se consideran factores sociales, ambientales, biológicos, psicológicos y espirituales; asociados a sentimientos de bienestar, desempeño de actividades, la cultura, valores y estilos de vida (Ornelas Ramírez & Ruiz Martínez, 2016).

El conflicto psíquico desde el psicoanálisis ocurre cuando se oponen exigencias internas contrarias en el sujeto. El conflicto puede ser manifiesto (entre un deseo y una exigencia moral o entre dos sentimientos contradictorios) o latente, este último puede expresarse de manera deformada en el conflicto manifiesto e interpretarse como la formación de síntomas, trastornos de la conducta, perturbaciones del carácter, etc. El conflicto es constitutivo del ser humano de acuerdo con el psicoanálisis y desde diversas perspectivas; el conflicto entre el deseo y la defensa, el conflicto entre los diferentes sistemas o instancias, los conflictos entre las pulsiones o en el conflicto edípico, éstos no solamente enfrentan deseos contrarios, sino que se enfrentan con lo prohibido (Laplanche & Pontalis, 2004).

4.1 El uno y El otro

De acuerdo con Winnicott (1993), la psique se forja partiendo de la información relacionada a la elaboración imaginaria del funcionamiento corporal (dependiendo de la capacidad y del funcionamiento adecuado de un único órgano, el cerebro). La fantasía depende del funcionamiento del cerebro en una parte menos evolucionada, mientras que el *self* depende de la función más evolucionada. Por lo tanto, la psique forma una unidad primordial con el cuerpo sirviendo en relación con la función de tejidos, órganos y con el cerebro, entrelazándose a través

del desarrollo de nuevas relaciones en la fantasía o la mente a nivel consciente o inconsciente del individuo.

Bello y Crego (2003) refieren la aportación del psicólogo social George H. Mead respecto al desarrollo del “sí-mismo” originado a partir del “otro”, donde el individuo se experimenta a sí mismo como tal solo de manera indirecta, desde perspectivas particulares e individuales de otros miembros del mismo grupo social o en cuanto un todo al cual pertenece, desde una perspectiva generalizada del grupo social. El sujeto entra en su propia experiencia como persona o individuo en la medida en que se convierte primeramente en objeto de la misma forma que otros individuos son objetos para él o en su experiencia, se convierte en objeto adoptando las actitudes y conductas de los otros individuos hacia él dentro de un medio social o contexto de experiencia. Una distinción importante entre *el Yo* y *el Mí*, es que *el Yo* es un actor espontáneo, impulsivo, desconocido, que fluye constantemente, impidiendo por su velocidad poder apresarlo y analizarlo. *El Yo* es el sujeto que realiza la acción y no puede ser atrapado porque en el momento en que tratamos de reflexionar o analizar este Yo-sujeto, deja de ser un “Yo” (dejando la posición de agente) para convertirse de forma instantánea en el objeto de análisis, dando origen a un *Mí*. El *Mí* es la persona “autoconocida”, incluye conocimiento de personas, situaciones y normas convencionales. También, el *Mí* es donde el individuo se percibe como objeto y toma conciencia de cómo aparece ante los demás y siendo posible ser un sí-mismo, el *Mí* es específico para cada situación.

Pichon Riviere (1985) menciona que para elaborar una teoría respecto a la enfermedad psíquica es necesario hacer referencia al hombre en su contexto real y exterior, por lo que plantea tres dimensiones de investigación: La investigación del individuo, la del grupo y la de la sociedad o instituciones, permitiendo la participación de tres tipos de análisis: *el psicosocial*, que parte del individuo hacia el exterior; *el sociodinámico*, que permite analizar el grupo como estructura y *el institucional*, que investiga los grupos, las instituciones e incluso un país.

De acuerdo con Podcamisky Garber (2006), el rol es un modelo de conductas organizadas que implica cierta posición del individuo en una red de interacción, relacionado a expectativas propias y de los otros. El rol genera comunicación, vinculación y es *interaccional*, por eso al ejecutar un rol se espera que *el otro* ocupe un lugar acorde como receptor de la propuesta. A

partir de un rol es como nos vinculamos con *el otro*, los roles son los polos individuales de las unidades de interacción formadas por los vínculos, sin la presencia del otro el rol no existe.

Pichon Riviere (1985) indica que al vincularse se crean estructuras particulares dependiendo de cada caso y momento, el vínculo es normal hasta que se presentan alteraciones, convirtiéndolo en un vínculo patológico. A continuación de forma breve, se muestran algunos vínculos abordados por Pichón:

- Vinculo Paranoico: caracterizado por la falta de confianza y la reivindicación que el sujeto experimenta con los demás.
- Vinculo Depresivo: se caracteriza por estar constantemente bajo el velo de culpa y expiación.
- Vinculo Obsesivo: se caracteriza por el control y el orden.
- Vinculo Hipocondriaco: se caracteriza porque el sujeto se expresa con los demás a través de su cuerpo, la salud y la queja.
- Vinculo Histérico: caracterizado por la representación, principalmente por la plasticidad y la dramatización, una fantasía es expresada debajo de la representación, por lo que el paciente quiere decir algo y con la sintomatología lo está representando.
- Vinculo Neurosis Obsesiva: caracterizado por el control del Alter Ego o del otro, por el rodeo del objeto, con peculiar vigilancia y desconfianza no visible, como la ansiedad paranoide que de igual manera tampoco se ve, esta encubierta por un rodeo y un permanente control por medio de rituales de conducta particulares.
- En la psicosis: el vínculo paranoide, vínculo depresivo y vínculo maniaco, se caracterizan por ser un vínculo de control similar al de la neurosis obsesiva, aunque mucho más veloz y efectivo respecto a la paralización del objeto.
- Perversiones: hay diversos tipos de vínculos, aunque sea cual sea su naturaleza, por medio de mecanismos perversos puede dar resolución a determinadas ansiedades.

Tomando en cuenta los vínculos mencionados por Pichón, cabe aclarar que con ningún paciente existe un tipo particular de vínculo, todas las relaciones de objeto y las relaciones establecidas con el mundo son mixtas. Si se consideran los diferentes tipos de relaciones que el paciente

establece con su familia y se señalan los diferentes tipos de conductas que expresa frente a cada miembro de la familia, se puede obtener la descripción de un cuadro clínico.

La relación Rol-Vínculo, aborda las relaciones vinculares internalizadas que cada sujeto posee y su relación con el mundo externo. Interpretamos el mundo externo desde nuestra experiencia, la cual utilizamos para intentar comprender nuestra cotidianeidad. Sin embargo, desde una perspectiva de las matrices de aprendizaje, las experiencias vinculares paradójicamente posibilitan y obstaculizan el contacto con los otros (Podcamisky Garber, 2006).

Reidl (2008) argumenta que el comportamiento humano puede comprenderse mejor a partir de dos perspectivas que constantemente plantean la búsqueda de la satisfacción de las necesidades básicas; el amor y el poder. Desde una perspectiva sociocultural mexicana, es imprescindible evitar la confusión del amor con el poder a través de la familia por medio de la educación, desde la educación formal y la educación religiosa. Un planteamiento simple y general es que el amor puede ser regalado, pero el poder tiene que manejarse con cuidado, de forma concienzuda y cautelosa, y obtenerse por méritos, estos conceptos influyen en la salud pública a nivel social y con la pareja. Al enfrentar los problemas desde este margen sociocultural, se encuentra el amor por encima del poder, aunque debido a la infinidad de ocasiones para confundirlo con el poder, el amor suele fracasar en donde la respuesta apropiada es autoafirmarse. El individuo está expuesto a una congruencia de comportamiento, donde el amor y el poder deben ponderar su respuesta en el contexto adecuado; el amor para las relaciones sociales como la familia, los amigos y la pareja. Mientras que el poder se ubica en áreas como el trabajo, la política, economía y el conocimiento, siendo importante autoafirmarse.

4.2 Motivos

M. Buss y J. Larsen (2005) mencionan que los “motivos” son estados internos que estimulan el comportamiento y lo dirigen hacia objetivos o metas específicas. Frecuentemente un motivo surge por la deficiencia o falta de algo, también los motivos difieren entre sí en tipo, cantidad, e intensidad, dependiendo de la persona y las circunstancias. Además, los motivos generalmente se basan en necesidades, las cuales son estados de tensión dentro de una persona; en el momento en que una necesidad se satisface se reduce el estado de tensión, dicho estado es provocado por una deficiencia lo que genera una necesidad la cual crea un motivo. Los motivos impulsan a

percibir, pensar y actuar de manera específica a las personas para satisfacer una necesidad. Algunos motivos no se basan en necesidades por deficiencia, sino en necesidades de crecimiento. Los motivos forman parte del dominio intrapsíquico debido a la importancia de las necesidades e “impulsos psicológicos internos” que hacen que las personas piensen, perciban y tengan conductas que pueden ser predecibles. Cuando el individuo no sabe de manera explícita lo que desea se dice que los motivos son inconscientes, las personas pueden o no darse cuenta completamente de porque tienen fantasías particulares, como también no estar conscientes de lo que los obliga a comportarse de cierta manera. Las fantasías, asociaciones libres y respuestas a técnicas proyectivas revelan la motivación inconsciente que hay detrás de varios pensamientos, sentimientos y conductas.

Respecto a las decisiones que toma un cuidador primario en la cultura mexicana, Reidl (2008) expone que el individuo actúa abnegadamente debido a que *psicoculturalmente* la acción le place o satisface, o por temor a la reacción del otro. Este temor se explica de la siguiente forma:

- a. El mandato cultural puede ser quebrantado al no abnegarse o no poner al otro antes que uno.
- b. El individuo puede molestar u ofender al otro, por lo que se ve en la incómoda situación psicocultural de forzarse por encima de otro.
- c. El individuo teme a la agresión del otro o a una reacción interpersonal hostil, aparte de lo antes mencionado.

Por lo tanto, cada decisión que el ser humano toma es valorada de acuerdo al tiempo y el lugar, así como de las herramientas, posibilidades y estrategias que tiene presentes el sujeto para solventar dicha necesidad de la mejor forma posible.

De acuerdo con M. Buss y J. Larsen (2005):

1. Los motivos de las personas difieren entre si respecto al tipo e intensidad, y estas diferencias son mensurables.
2. Dichas diferencias generan o establecen una relación con resultados importantes en la vida, como el éxito en los negocios o la satisfacción en el matrimonio.

3. Las diferencias entre las personas con relación a las cantidades relativas de diversos motivos son estables con respecto al tiempo.
4. “¿Porque las personas hacen lo que hacen?”, la respuesta puede ser proporcionada por los motivos.
5. La manera de valorar los motivos puede ser considerada como un punto medio entre el dominio intrapsíquico y el “dominio disposicional”. Los motivos se exponen mientras es examinado el dominio intrapsíquico debido a que los motivos existen dentro de la psique y operan fuera de la consciencia afectando los pensamientos, sentimientos y comportamientos cotidianos.

4.2.1 Necesidades

M. Buss y J. Larsen (2005) mencionan dos perspectivas importantes sobre el concepto de necesidad, la primer perspectiva es planteada por Murray como un concepto similar al analítico, siendo la necesidad un impulso por el cual hay una potencialidad o disposición para reaccionar de una manera determinada a ciertas situaciones presentes, las necesidades guiadas por la percepción exponen lo que deseamos. La segunda perspectiva parte de Maslow mediante la jerarquía de necesidades, donde expone los puntos fundamentales necesarios para el individuo y plantea las siguientes necesidades primordiales básicas:

- **Necesidades fisiológicas:** necesidades vitales de alta importancia para la supervivencia del individuo como el alimento, agua, aire y sueño, al igual que la supervivencia a largo plazo de la especie, como lo es el sexo.
- **Necesidades de seguridad:** relacionadas con el abrigo y la seguridad, como el tener un lugar donde vivir y la seguridad del sujeto.
- **Necesidad de pertenencia:** el ser humano es sumamente social, por lo tanto surge la necesidad de pertenecer a grupos como las familias, hermandades, iglesias, clubes, equipos, etc.
- **Necesidad de estimación:** hay dos tipos de estima, la estima de otros y la autoestima, donde esta última suele depender de la primera por la importancia de ser reconocidos como competentes, fuertes, capaces de obtener logros, mostrando nuestras capacidades y ser respetado por ello, transformando esto en autoestima.

- **Necesidad de autorrealización:** se busca desarrollar el potencial propio y convertirse en la persona que se desea ser.

Las primeras dos necesidades inferiores de la jerarquía son de mayor prioridad por su participación como la base de supervivencia del individuo, al ir subiendo la prioridad es menor, aunque no por eso dejan de ser importantes.

4.2.2 Caos

Winnicott (1993) menciona que el concepto de caos implica la idea de orden, como el de la oscuridad a la luz. En el desarrollo emocional del individuo, el caos se debe a las interrupciones reactivas del *estado de ser*, especialmente cuando la prolongación es mayor y cuando la perturbación sobrepasa un nivel tolerable con respecto a las experiencias previas de la continuidad del *ser*, implica un cupo de caos. La re-experiencia de la continuidad lleva a la recuperación, conforme se distingue cierto tipo de orden el caos se vuelve significativo, representa una alternativa y para el tiempo en que el individuo lo experimenta, el caos ya se ha vuelto un tipo de orden, un estado organizado que se defiende contra las angustias relacionadas con el orden.

También indica Winnicott (1993) que el caos adopta un nuevo significado con respecto al orden denominado “integración”, mientras que la no-integración no es caótica, la desintegración si lo es, siendo una alternativa del orden, es un tipo de organización defensiva frente a la angustia que causa la integración. El estado de desintegración por sí mismo no puede avanzar, conforme se mantiene la desintegración, en esa forma queda en suspenso el desarrollo emocional. Cada tipo de caos contribuye a las siguientes etapas y para la recuperación respecto del caos es mucho mejor en una etapa temprana. En relación con la integración aparece el caos y la desintegración es el regreso al caos. Los estados defensivos que se plantean a continuación no son caóticos debido a su naturaleza de *escisión*, la cual es un estado fundamental del ser humano:

- a) El origen del *auténtico self*, espontáneamente, se relaciona con el mundo subjetivo de manera omnipotente.
- b) La relación del *falso self* con la realidad externa es sin espontaneidad a base del sometimiento.

Por otro lado, García Valdez (2006) se refiere al *self* (sí-mismo) como una instancia de la personalidad en un sentido narcisista, siendo la representación de uno mismo para sí mismo, la investidura libidinal de uno mismo.

Gradualmente, conforme el individuo se desarrolla puede asimilar la escisión presente en su personalidad, por lo que es denominada *disociación* su falta de integridad. La dramatización del caos se debe al logro del estado unitario y de la posición depresiva; la escisión y las disociaciones existentes en el mundo personal interno, incorporan a estas dramatizaciones los resultados de las experiencias instintivas personales. Después de que el individuo ha alcanzado el estado unitario, la desintegración surge como una anulación organizada de la integración, producida y mantenida a consecuencia de no poder tolerar la angustia en la experiencia de la integridad. La escisión generada en la desintegración se produce en la configuración del mundo interno a lo largo de las líneas de fisura o por la percepción de la fisura del mundo externo (Winnicott, 1993).

El concepto de disociación hace referencia a una condición de la personalidad relativamente bien desarrollada, en la que se distingue una incomunicación exagerada entre elementos diversos. La disociación puede presentarse por medio de "fugas" a lapsos de acción y de vida inadecuados que no suelen recordarse después. El individuo es capaz de perder comunicación con las amplias organizaciones relacionadas a los planos primitivos de la existencia y disfrutar de un estado de conciencia enriquecido pero también perturbado por lo inconsciente. Algunos elementos del self siguen siendo inaceptables, por lo que surge lo reprimido; el concepto de represión refiere a la desaparición de la conciencia del individuo más o menos sano con respecto a sus sentimientos, recuerdos e ideas, originados por un dolor intolerable con relación a la conciencia de un amor y un odio que coinciden, al igual que el temor a la represalia, agregando aun la inhibición del instinto (Winnicott, 1993).

4.3 Sobrecarga del cuidador e impacto sobre el yo

Delgado Quiñones, Barajas Gómez, Uriostegui Espiritu y López López (2016) mencionan que el nivel de sobrecarga en el cuidador influye altamente en su calidad de vida. También Pablo Santiago, Domínguez Trejo, Peláez Hernández, Rincón Salazar y Orea Tejeda (2016) indican que una reacción emocional que comúnmente experimenta el cuidador primario es la

“sobrecarga percibida”, la cual hace referencia al grado que el cuidador percibe sobre el cuidado que brinda y como éste ha influido en diferentes aspectos de su salud, vida social, personal y económica.

Taset Álvarez (2017) señala que es importante estudiar el estrés psicológico del cuidador, el cual define como un “estado vivencial displacentero sostenido en el tiempo” acompañado en mayor o menor medida de trastornos psicofisiológicos que se presentan en el sujeto como consecuencia de la alteración de sus relaciones con el ambiente, el cual le impone al individuo exigencias que objetiva o subjetivamente son amenazantes para él y sobre las que considera tener poco o ningún control.

El término estrés se refiere a la sobrecarga emocional que el individuo experimenta vinculada a una exigencia desproporcionada del ambiente, manifestándose como un estado de nerviosismo que requiere sobreesfuerzo por parte del sujeto, quien corre el riesgo de enfermar. El estrés es la respuesta fisiológica y psicológica del cuerpo ante un estímulo estresor, que puede ser un evento, objeto o persona (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003).

Taset Álvarez (2017) menciona que el cuidador primario experimenta alteraciones psíquicas, las cuales se definen como el conjunto de afectaciones que suceden en el mundo subjetivo del individuo y surgen como resultado de la acción de elementos nocivos del entorno que afectan el desarrollo psicosocial del sujeto. Algunos indicadores son:

- **Ansiedad:** es una reacción del organismo ante la pérdida de la reacción organizada y coordinada. Cuenta con manifestaciones somáticas psicológicas como la sensación de ahogo, malestar, incertidumbre y la incapacidad para cumplir con alguna tarea.
- **Depresión:** sentimiento inmotivado de tristeza que produce malestar y sufrimiento, acompañado de ansiedad, sentimientos de culpa y minusvalía. La persona deprimida se subvalora y presenta ideas de autoacusación.
- **Fatiga:** estado de agotamiento provocado por tensiones mantenidas durante largos períodos de tiempo.
- **Cansancio extremo:** disminución excesiva de las fuerzas para poder realizar una tarea.

De acuerdo con G. Sarason y R. Sarason (2006), hay tres aspectos que influyen en el impacto físico y psicológico del individuo, por lo que es importante contemplarlos en la situación a la que se enfrenta el cuidador primario, y son: estrés, vulnerabilidad y resiliencia. El cuidador está en un terreno sumamente demandante que puede ser conflictivo para su salud física y mental, si no es acompañado o asesorado adecuadamente, puede verse afectado en el intento de brindar apoyo y cuidados al paciente, por lo que la intervención de un profesional de la salud puede hacer la diferencia.

El estrés es la reacción del individuo ante una situación altamente exigente. Este concepto se relaciona con la vulnerabilidad al ser un factor de riesgo y a la resiliencia por ser un factor de protección. La vulnerabilidad hace referencia a las posibilidades de que un individuo exprese una respuesta inadaptada y poco eficaz; ciertos factores hereditarios, de personalidad, al igual que pocas capacidades, un historial negativo de experiencias y algunas condiciones ambientales, interfieren en la vulnerabilidad. Por último, se entiende resiliencia como la capacidad para funcionar eficazmente frente a la adversidad y como el poder de recuperación frente al estrés, enfrentando las diversas situaciones a las que se ve expuesto el individuo (G. Sarason & R. Sarason, 2006).

4.3.1 Impacto en el Yo

El primer principio de la filosofía de Descartes fue el *cogito*, que es la certeza del propio pensar y en ella, la existencia del propio yo. El cogito valida y legitima el método que dirige correctamente la razón, siendo el primer paso para la validación y legitimación de la razón misma, así como el inicio de una fundamentación metafísica de la certeza del mundo. Para Descartes esta instancia fundamenta los límites del pensamiento, como todo aquello que se produce en la conciencia. El cogito cartesiano considera una noción de Yo como centro de referencia y fundamento de los objetos del mundo, el cual es todo aquello que está presente frente al Yo, de lo que puede disponer y lo que es llevado al espacio de su conciencia en forma de representación (Tolini, 2017).

Fernández Belinchón y Rodríguez Moya (2013) mencionan que para poder entender mejor las psicopatías es necesario conocer cómo el sujeto tiene procesos de internalización de las representaciones de objetos externos, representaciones de sí mismo y el afecto que acompaña a

ambas representaciones. Todas las personas tienen una imagen de todos los individuos que le rodean, una imagen de sí mismos y una emoción que acompaña a ambas imágenes. El Individuo adquiere las imágenes durante su desarrollo evolutivo a través de las relaciones significativas que genera a por medio de los sistemas de identificación, en un orden de inferior a superior serían los siguientes:

- **Introyección:** radica en mover de manera fantaseada, objetos y cualidades inherentes a determinados objetos del exterior al interior, apropiándose de sentimientos, conductas o actitudes de las personas significativas. Entre el sujeto y el objeto no hay discriminación, sin ser consciente se toma todo lo del objeto.
- **Identificación:** es considerada como una forma superior de introyección. La identificación se define como un proceso psicológico donde el sujeto asimila un aspecto, una propiedad o un atributo del otro, y se transforma de forma total o parcial en referencia al modelo, de esta forma se constituye y diferencia la personalidad. Es necesario que exista un incremento de las capacidades cognitivas en la identificación, así como la internalización de roles.
- **Identidad del Yo:** en la división sujeto/objeto, es el nivel más alto e implica bajo la función sintética del Yo la organización de las identificaciones e introyecciones. La identidad del Yo también implica la consolidación de las *estructuras yoicas*, se relaciona con la continuidad del sí-mismo (percepción de identidad), la concepción del mundo de los objetos a nivel global y el reconocimiento de la coherencia en las interacciones, al mismo tiempo que percibe el reconocimiento que le brinda el ambiente.

También señalan Fernández Belinchón y Rodríguez Moya (2013) que para que los sistemas de identificación sean alcanzados satisfactoriamente, es necesario que exista cierto grado de integración y desarrollo *yoico* y *superyoico*. Esto depende a su vez de que tanto la represión (mecanismo neurótico) y sus mecanismos afines hayan reemplazado a la escisión (mecanismo psicopático) y sus mecanismos afines.

La escisión, es un fenómeno dentro del Yo que designa la coexistencia de dos actitudes psíquicas relacionadas a la realidad exterior, misma que cuando se encuentra en contra de una exigencia pulsional provoca que una actitud psíquica tenga en cuenta la realidad, mientras que la otra la

reniega y la substituye por una producción del deseo. Freud explicaba la escisión como el intento de satisfacer la realidad o la pulsión reconociendo el peligro de la misma. La escisión plantea satisfacer la pulsión y a su vez respetar la realidad, pero el precio es un desgarrón en el Yo que nunca se cura y que con el paso del tiempo se profundiza. La escisión también es una división en el seno *yoico*, que mantiene aspectos del Yo separados (dicotomizados), teniendo una vida psíquica “departamentalizada”, esta situación plantea que el objeto es “totalmente bueno” o “totalmente malo”. La función de la escisión es mantener separados los estados afectivos contradictorios, protegiendo al individuo de posibles ambivalencias y reconocimientos de emociones dolorosas. Por lo tanto, puede provocar un aumento en la ansiedad del paciente señalar tales aspectos contradictorios durante la terapia (Fernández Belinchón & Rodríguez Moya, 2013).

El individuo no se constituye solamente a partir de las experiencias producidas durante su vida, es por ello que la subjetividad expone límites imprecisos entre el pasado, presente y futuro. Partiendo de este punto, la intersubjetividad está relacionada con el contenido *transgeneracional* por la coproducción vincular de dos o más sujetos ubicados en distintas generaciones. Dicha producción vincular habilita la subjetividad y aunque la transmisión generacional de ninguna forma equivale a una patología, se trata de un proceso propio inherente al mundo de lo cultural. De esta forma se transmiten las nociones de lo prohibido y lo permitido, el idioma, el sistema de parentesco, los valores, la ideología, los criterios estéticos y la historia. Lo transmitido por una familia consiste en un recorte de acuerdo con su particular perspectiva sobre reglas y convenciones de la cultura (Vega, y otros, 2016).

De acuerdo con M. Buss y J. Larsen (2005), Freud consideraba que la mente está formada por tres niveles; consciente, preconsciente e inconsciente, estos niveles forman parte de la primera tópica freudiana, la cual se explica brevemente de la siguiente manera:

- **Consciente:** abarca todos los sentimientos, percepciones y pensamientos de los que el individuo se percata en el presente. Cualquier cosa en la actualidad que este percibiendo o pesando el sujeto es ubicado a nivel consciente, dichos pensamientos son solo una diminuta fracción de la información disponible.

- **Preconsciente:** alberga una gran variedad de recuerdos, sueños y pensamientos que pueden ser evocados si así se desea.
- **Inconsciente:** es la parte más grande y profunda de la mente humana, radica la información inaceptable fuera de la vista de lo consciente al punto que no puede siquiera considerarse preconsciente. Contiene los recuerdos, sentimientos, pensamientos e impulsos altamente conflictivos y desagradables de los cuales la consciencia haría que el individuo estuviera ansioso.

El proceso de transmisión se basa en la forma en que el receptor recibe la información transmitida, al igual que la forma en como la va a utilizar, que va a adoptar y que puede introducir en ella, cuánto ocupa y cuánto desecha (Vega, y otros, 2016).

Aulagnier (1994) comenta que sea cual sea la particularidad del conflicto y su estructura, el fenómeno preciso a observar son las *catectizaciones* del Yo con esos “objetos” (el Yo de los otros) que busca el Yo y que encuentra en la realidad, siendo ellos a los que dirige sus demandas de placer. El Yo de los otros y su propio cuerpo, son situados en el espacio psíquico del sujeto bajo las dos rubricas de placer y de sufrimiento, los afectos que el Yo puede experimentar parten de la accesibilidad de los sentimientos al Yo. El Yo piensa su catectización por medio de la representación en el Yo del otro, es al tiempo que la experiencia de placer o sufrimiento acompaña dicha vivencia, esta experiencia siempre es móvil y tal movimiento en sí mismo expone la persistencia de la catectización de un soporte mismo por el Yo. Mientras siga siendo el soporte de una catectización privilegiada por parte del Yo, el Yo del otro será fuente de placer o de sufrimiento, por su presencia o por su ausencia se goza o se sufre.

Las grandes exigencias con permanentes y constantes respuestas que se deben dar a una amplia gama de nuevas situaciones, pueden guiar al sufrimiento psíquico caracterizado por acontecimientos traumáticos parciales que configuran una situación de crisis. Cuando el Yo del individuo ha sido dañado severamente le costará trabajo recuperarse del estado de desorganización al que fue llevado y probablemente padecerá distintas patologías psíquicas o físicas (Vega, y otros, 2016).

4.3.2 Personalidad

M. Buss y J. Larsen (2005) describen la personalidad como un conjunto de rasgos psicológicos y mecanismos que se organizan y son relativamente estables en el individuo, influyendo en sus interacciones y adaptaciones sobre el ambiente intrapsíquico, físico y social.

De acuerdo con E. Caballo (2004) la personalidad está formada por dos factores, uno temperamental de orden biológico (temperamento) y otro caracterológico (carácter), integrado por factores ambientales. A continuación se abordaran ambos factores:

- **Temperamento:** son las influencias innatas, genéticas y constitucionales que inciden en la personalidad, de la cual constituyen su dimensión biológica 4 posibles dimensiones:
 1. Activación de la conducta o búsqueda de la novedad. Tendencia genética a involucrarse en acciones de exploración que culminen en la estimulación placentera u otras recompensas, al igual de una conducta que evite la monotonía o el aburrimiento.
 2. Inhibición de la conducta o evitación del daño. Es la inhibición del comportamiento que conlleva al castigo, a la frustración o a situaciones nuevas.
 3. Mantenimiento de la conducta o dependencia a la recompensa. Responde a situaciones reforzando y manteniendo un comportamiento que continúe produciendo placer o aliviando el castigo.
 4. Perseverancia. Tendencia por la que se sigue llevando a cabo la conducta a pesar de los obstáculos o dificultades.

Otros 5 factores de la personalidad son:

1. Neuroticismo. Es la tendencia al comportamiento impulsivo y al malestar psicológico.
2. Extraversión. Es la tendencia a llevar situaciones sociales y sentirse alegre y optimista.
3. Exposición a la experiencia. Recepción de nuevas ideas, curiosidad y expresión emocional.
4. Amabilidad. Nivel de compasión u hostilidad hacia los demás.
5. Responsabilidad. Nivel de compromiso y organización hacia los objetivos personales.

- **Carácter:** el carácter es un conjunto de factores psicosociales aprendidos que influyen en la personalidad. Gran parte del carácter es formada a través de la experiencia y del proceso de socialización. Dentro del concepto de carácter, se encuentran los esquemas, por ser forjados durante la infancia. Los esquemas son las creencias básicas que el individuo utiliza para organizar como se visualiza y cómo ve el mundo, a las demás personas y el futuro; siendo entonces, elementos organizados derivados de experiencias y reacciones pasadas formando conocimiento capaz de valorar y percibir posteriormente. Los esquemas en el carácter, reflejan la dimensión psicológica de la personalidad y ha sido parte del objetivo respecto a los tratamientos para diversas terapias de modificación de los Trastornos de Personalidad (TP).

En relación con la personalidad, Bergeret (2005) habla sobre el origen de la estructura base de Freud, la cual menciona que la evolución psíquica en el adulto se dirige hacia un proceso de estructuración estable de acuerdo con las siguientes tres etapas:

Etapas uno.

El niño comienza de los estados iniciales del Yo, en su indiferenciación somato-psíquica gradualmente la diferenciación es llevada a cabo y poco a poco el Yo empieza a distinguirse del *No-Yo*. En esta etapa inicial, durante un largo tiempo el Yo conserva cierta plasticidad ante influencias tóxicas exteriores y madurativas.

Etapas dos.

Hay una preorganización más específica en función de las fuerzas determinadas por los datos hereditarios y congénitos innegables. Las relaciones con los padres permiten gradualmente de acuerdo con las circunstancias, el acercamiento y las relaciones con otras personas del contexto social y educativo. Todo esto influye en la formación del psiquismo por medio de conflictos, frustraciones y traumatismos, al igual que seguridades *anaclíticas* y de identificación positiva.

Comienzan a organizarse las defensas cada vez de forma menos fluctuante e intercambiable. A través de toques sucesivos, de movimientos de ensayo y retroceso, el Yo trabaja para enfrentar las amenazas generadas por el exterior como en el interior, ya sea la realidad o las pulsiones.

Conforme se va avanzando se organiza el psiquismo del individuo, se forja de acuerdo a la forma de ensamblaje de sus propios elementos, una organización variable interna con líneas de **clivage** (*escisión*) y cohesión que en lo sucesivo ya no podrán variar.

Etapas tres

Culmina en la estructura de la personalidad verdadera, ya no se modificara ni cambiara su línea fundamental, solamente podrá adaptarse o desadaptarse de forma definitiva o irreversible, de acuerdo a una línea invariable de organización estructural.

E. Caballo (2004) comenta que una personalidad normal o sana es aquella que tiene la capacidad para afrontar su contexto de forma flexible, cuando su percepción y conducta típica estimulan el incremento de la satisfacción personal. Contrario a esto, cuando las personas reaccionan a las responsabilidades diarias de manera inflexible o cuando sus conductas y percepciones tienen como consecuencia malestar personal o la reducción de oportunidades para crecer y aprender, se puede decir entonces que hay un patrón patológico o desadaptativo. Como herramienta en evaluaciones, se cuenta con el DSM-V y el CIE-10.

Las alteraciones de la personalidad hoy en día son un tema sumamente atractivo debido a que varios de los procedimientos psicoterapéuticos se enfocan en modificar los rasgos anormales de la personalidad, por lo que las intervenciones pueden ser a nivel individual, grupal o familiar (Florenzano & Zegers, 2003).

4.3.3 La herida entre crisis, trauma, mecanismos de defensa y catarsis

Gros (2017) menciona las tres heridas narcisistas a la humanidad occidental derivadas por la investigación científica de acuerdo con Freud:

1. La primer herida es cosmológica, causada por la teoría heliocéntrica de Copérnico, donde se creía que la tierra era el centro absoluto del universo, pero el astrónomo destruye dicha ilusión arrogante mostrando que el planeta tierra órbita alrededor del sol y solo es uno de tantos astros.
2. La segunda herida es biológica, derivada de la teoría darwiniana de la evolución, donde se cuestiona la idea metafísica de una génesis divina o súper natural del ser humano,

brindando la perspectiva de que la humanidad dentro del reino animal es solo una especie más.

3. La tercera herida es de carácter psicológico, propuesta por Freud y su teoría del inconsciente, concebida como la más profunda y dolorosa. Esta concepción refiere a que el ser humano cree que es amo de su vida anímica debido a la percepción interna, pudiendo conocer lo que sucede en su psique y con esta información sobre sí mismo decidir libremente y de forma racional sobre sus acciones y omisiones. La existencia y funcionamiento del inconsciente, derriba esta perspectiva soberbia sobre de la subjetividad del ser humano, debido a que no se puede aprehender todo lo que ocurre en la psique de forma clara, generando de una extrañeza *intersubjetiva* una extrañeza *intrasubjetiva* y a su vez una extrañeza de *Mi Si-Mismo*, por lo tanto, el individuo carece de autonomía, libertad y consciencia sobre sí mismo, siendo el Yo un títere de los procesos del propio inconsciente.

4.3.4 Crisis

De acuerdo con Báez (2012), una crisis se puede definir como una alteración importante en el desarrollo de procesos físicos, históricos o psicológicos. Un momento grave y decisivo que atrae importantes consecuencias para lo humano y lo social.

López, Silvana y Rojas (2016) describen la crisis como un estado de desequilibrio emocional que experimenta en algún momento de la vida todo individuo, en la que diversas circunstancias lo hacen vulnerable y puede llegar a colapsar.

Partiendo entonces de las premisas de López, Silvana, Rojas y Báez, cualquier situación puede provocar una crisis considerando el impacto del nivel de estrés que experimenta el sujeto, como el caso de la muerte de un ser querido, la pérdida de empleo, un accidente, etc. Para el cuidador primario es una situación constante, el continuo deterioro del paciente y las frecuentes demandas consecuentes de la pérdida de autonomía del enfermo aumentan el nivel de responsabilidad del cuidador, considerando la capacidad que tiene para solventar las necesidades, la intensidad y frecuencia, pueden detonar como respuesta las crisis.

Hernández y Gutiérrez (2014) mencionan dos tipos de crisis, **la crisis de choque** y **la crisis de agotamiento**. La primera hace referencia a un repentino cambio del contexto social que origina

que sean liberadas de forma explosiva las emociones, incapacitando los mecanismos de enfrentamiento con los que cuenta el individuo y al no existir un aviso previo que le permita asimilar a la persona el impacto, cae en un estado de choque emocional. En la segunda crisis, el individuo pudo haber controlado durante un tiempo prolongado y de forma adecuada la situación de emergencia, sin embargo, el sujeto llega a un punto de agotamiento quedándose sin fuerza para enfrentar la situación, afectando su estructura de enfrentamiento al punto de casi desintegrarla.

Para poder identificar mejor la estructura de una crisis, Hernández y Gutiérrez (2014) plantean 5 fases que la componen y 4 elementos del estado crítico:

1. Evento precipitante.

- Un evento que se percibe como amenazante ocurre, generando en la víctima bastante estrés.
- Tiene respuestas de shock o negación.

2. Respuesta desorganizada.

- Se presentan comportamientos desorganizados que van desde la aflicción a la angustia.
- Intenta restablecer el significado de la existencia.

3. Explosión.

- Pierde el control de las emociones, pensamientos y conductas.
- Manifiesta comportamientos inapropiados destructivos.

4. Estabilización.

- Empieza a aceptar la situación, pero al recordarla reacciona, aunque no como antes, es vulnerable a explotar de nuevo.

5. Adaptación.

- Entre el evento sucedido y la presente realidad del individuo se llega a una conciliación.
- El control de la situación es tomado y se enfoca hacia el futuro.

Los 4 elementos del estado crítico son:

a) Evento peligroso.

Es un evento estresante externo o interno que experimenta el individuo en un relativo estado de estabilidad en su vida, generando una serie de acciones y reacciones simultáneas. Los acontecimientos pueden ser anticipados y predecibles o inesperados y accidentales.

b) Estado vulnerable.

Es la reacción subjetiva frente al peligroso acontecimiento, cuando ocurre y después de haber ocurrido, el individuo responde de acuerdo a su percepción del evento.

c) Factor precipitante.

Es suficientemente poderoso para dar pie a la crisis, es el enlace entre los acontecimientos que generan la tensión que convierte el estado vulnerable en un estado peligroso, o bien, puede ser un incidente sin aparente importancia.

d) Estado de crisis activo.

Describe el estado de desequilibrio en el que se encuentra el individuo, a quien ha invadido la tensión y se han roto sus mecanismos homeostáticos, dicho estado dura de 4 a 6 semanas durante las cuales psicológica y físicamente se incluyen un exceso de actividades sin objetivo o la inmovilización, trastorno en las funciones cognitivas e intelectuales. Se acompaña este estado de malestar por una dolorosa preocupación por los eventos que llevaron a la crisis, conforme el individuo se va acostumbrando a su alterada situación, se llega a un periodo gradual de reajuste y removilización.

López, Silvana y Rojas (2016) mencionan que cuando una crisis aumenta genera un daño inmediato o subsecuentemente que causa problemas psicológicos dependiendo de la gravedad del evento, de los recursos personales con los que cuente el individuo y los contactos sociales de apoyo presentes en el momento que experimenta la crisis, esto se debe a que se colapsa la capacidad de resolver problemas. Algunas reacciones frecuentes al experimentar una crisis son:

- Taquicardia.
- Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómito, diarrea, diaforesis (sudoración).
- Ansiedad leve.
- Temblor o tensión muscular.
- Micción constante (orinar).

De igual manera, se experimentan reacciones psicológicas como:

a) Reacción depresiva.

- Mutismo.
- Expresión verbal de un sentimiento de inestabilidad hacia el evento.
- Alteración del periodo de sueño.
- Sentimiento de vacío.
- Inmovilidad.

b) Reacción de ansiedad.

- Conversación rápida y continua.
- Presta poca atención.
- Inapropiado uso del sentido del humor.
- Hiperactividad física.
- Deseo de rebatir todo.

c) Reacción histérica.

- Intentos irracionales por abandonar el lugar.
- Desplazamiento incontrolable y sin sentido sobre el perímetro del lugar.
- Deterioro grave del juicio y el criterio.
- Intento de escape a ciegas.
- Llanto o gritos incontrolables.

d) Otras reacciones complementarias.

- Insomnio.
- Pesadillas.
- Dificultad para adaptarse a la vida cotidiana.
- Escasa energía.
- Temor.
- Sentimiento de culpa.

4.3.5 Trauma

Murueta y Orozco (2015) definen el trauma como una experiencia que compone una amenaza real o su percepción para la integridad física y psicológica del sujeto, frecuentemente asociada con emociones extremas, experiencia de caos, confusión, desconcierto, recuerdo fragmentado, absurdidad, ambivalencia, humillación, desamparo, desesperanza, horror y pérdida de control sobre la vida propia que afecta las nociones básicas que integran los referentes de seguridad del individuo, sobre todo la creencia de invulnerabilidad. El trauma aborda también la pérdida de confianza en los demás, en su bondad y su predisposición empática, también la pérdida de confianza respecto al control y predicción del mundo; asimismo para con los demás, muestra un carácter inenarrable, incontable e incomprensible.

Las causas pueden deberse a:

- a) Eventos deliberados como terrorismo o actos violentos.
- b) Desastres naturales como sismos o inundaciones.
- c) Catástrofes provocadas por el ser humano como el mal funcionamiento de una planta nuclear o un tiroteo entre grupos delictivos.
- d) Una adversidad generada por algún evento en la familia como enfermedades crónicas debilitantes o un patrón abusivo de relación.

El trauma en el cuidador primario es un factor a considerar; si el familiar muere, pero el proceso ocurrió de una forma digna, controlada y sin sufrimiento, el cuidador y la familia son más propensos a aceptar la muerte del enfermo. En el caso contrario, si el proceso es negativo puede repercutir en la familia y/o en el cuidador, generando un trauma que esté presente durante toda su vida (Rodrigues Gomes, 2010). Si bien, la psique tiene recursos para defenderse, es importante tener en cuenta los mecanismos de defensa.

4.3.6 Mecanismos de defensa

Los mecanismos de defensa son aquellos medios psicológicos empleados por el Yo para resolver los conflictos que se presentan entre las exigencias instintivas y la necesidad de adaptación al mundo real, bajo determinadas influencias del ambiente familiar y social (Freud A. , 2004).

López, Silvana y Rojas (2016) mencionan algunos mecanismos de defensa que pueden presentarse después de una crisis:

- Represión.
- Negación.
- Proyección.
- Formación reactiva.
- Desplazamiento.
- Sublimación.
- Regresión.
- Racionalización.
- Conversión.

Fierro Alvarado (2016) menciona que cuando el cuidador informal se ve expuesto ante una situación que le produce angustia, el Yo es capaz de enfrentarse a la angustia haciendo uso de los mecanismos de defensa como la sublimación, pero si no es suficiente, el Yo recurre a otros mecanismos que podrían causar problemas en el aparato psíquico del sujeto. Los mecanismos de defensa operan junto con la personalidad total del sujeto, le permiten al individuo distorsionar la percepción de peligro, reduciendo la tensión, ansiedad y las áreas de inseguridad. Aunque dichos mecanismos permiten un ajuste o la adaptación del organismo, no resuelven el conflicto real.

4.3.7 Catarsis

Compas (2003) describe la catarsis como los sentimientos y conflictos que experimenta el paciente a profundidad, llegando a verlos con una nueva perspectiva. Esta experiencia de los sentimientos en ocasiones es la manera de liberar emociones reprimidas poderosas o expresiones directas que han sido bloqueadas.

4.4 Emociones y sentimientos

Como se mencionó anteriormente, las emociones y los sentimientos tienen un gran impacto en el cuidador al momento de la sobrecarga que experimenta, la conducta que lleva a cabo y la manera en la que se siente frecuentemente.

Emociones.

La emoción es un estado caracterizado por una alteración orgánica derivada de las impresiones de los sentidos, las ideas o los recuerdos; genera fenómenos viscerales que son perceptibles para el sujeto emocionado y frecuentemente se traduce en gestos, actitudes u otras expresiones (Florenzano & Zegers, 2003).

Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas (2009) indican que las emociones básicas conforman patrones de conducta expresiva individualmente, cada una se asocia a un patrón preciso de activación fisiológica, a una experiencia cognitiva-subjetiva o un sentimiento particular y con un origen específico neuroanatómico. Las emociones básicas como el miedo, la ira, la tristeza, la alegría, la sorpresa y el asco forman un concepto de emoción el cual puede ser interpretado como una experiencia multidimensional con tres sistemas de respuesta, cognitivo/subjetivo, conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo.

Sentimientos.

El sentimiento, es una expresión subjetiva de la emoción derivada de la evaluación que el individuo realiza al experimentar determinada situación. A diferencia de las emociones los sentimientos son un estado afectivo de mayor complejidad y de impresiones más profundas, pero de menor intensidad y menor alteración somática, este es adquirido mediante el proceso de socialización (Morales, Moya, Gaviria, & Cuadrado, 2007).

Con relación a las emociones y los sentimientos, es importante mencionar algunos otros conceptos como el afecto, la pasión y el estado de ánimo, debido a que le permiten generar una perspectiva al cuidador sobre su nivel de satisfacción con relación a su realidad y el momento que enfrenta en particular.

Morales, Moya, Gaviria y Cuadrado (2007) plantean los siguientes conceptos:

- **Afecto:** posee valores de carácter positivo o negativo, es una característica en común entre las emociones y el estado de ánimo. El afecto le permite al individuo identificar el valor e intensidad ante diversas situaciones.

- Pasión: es un proceso afectivo de mayor intensidad y profundidad, y puede controlar la actividad del individuo. A diferencia de las emociones, la pasión es un estado de mayor duración e intensidad, focaliza un único objetivo sobre el objeto de pasión.
- Estado de ánimo: esta percepción de la situación en la que se encuentra el individuo difiere con las emociones en que su duración es mayor, es de menor intensidad y es difuso y global. Las emociones suelen deberse a algo mientras que el estado de ánimo no cuenta con un objeto en concreto, el carácter difuso y global suele ser de gran utilidad para poder diferenciarlos.

4.4.1 Culpa

Florenzano y Zegers (2003) describen el sentimiento de culpa como un estado característico de la depresión en el que los remordimientos predominan por medio de pensamientos, acciones o actitudes que ocurrieron en el pasado. Suele haber autorreproches sin relación con lo ocurrido anteriormente.

Laplanche y Pontalis (2004) argumentan que el sentimiento de culpabilidad es un estado afectivo consecuencia de un acto que el individuo considera reprensible, con remordimientos del criminal o auto reproches de absurda apariencia, sentimiento difuso personal de indignidad sin relación de un acto del cual el sujeto pudiera ser acusado. Además, dicho sentimiento es considerado como un sistema de motivaciones inconscientes que explican comportamientos de fracaso, delictivos y sufrimientos que se producen en el individuo, etc. El sentimiento de culpa es especialmente caracterizado por autoacusaciones, autodesprecio y tendencia al autocastigo que puede conducir al suicidio. Freud indica en esta situación la existencia de una escisión del Yo entre acusador (superyó) y acusado, la escisión es el resultado de un proceso de interiorización, de una relación intersubjetiva donde los autorreproches son precisamente reproches en contra de un objeto de amor, invirtiéndose de éste hacia el propio Yo.

De acuerdo con Murueta y Orozco (2015), la presencia de pensamientos y sentimientos de culpa son ubicados como parte medular del trauma en función del rol que tienen tanto en persistencia como en su resolución. La culpa comparte características con el duelo y el trauma, los cuales se presentan de forma entrelazada como la irreversibilidad en el tiempo, se genera por acontecimientos pasados, produciendo malestar psicológico por algo que se hizo (culpa), algo

perdido (duelo) o un impacto amenazante para el individuo (trauma). La culpa considera sensaciones de angustia con respecto a los actos realizados y posteriormente evaluados como rechazables; los cuales pueden ser mentales como los pensamientos, intenciones, fantasías o la ausencia de respuesta, igual que actuar en contra de una norma real o simbólica. Por lo tanto, dicho sentimiento tiene elementos asociados como la idea de irreversibilidad, lo absurdo y lo irracional, por lo que es poco lógico, impuesto, con elementos de racionalización y disonancia cognitiva, existencia de retroceso, aislamiento o alienación, acompañado del cuestionamiento sobre las creencias básicas de sí mismo, su familia y la necesidad de reparación o castigo.

Fierro Alvarado (2016) menciona que la culpa se produce por una acción real o imaginaria que se encuentra en conflicto con el Superyó del sujeto y es una consecuencia de la *angustia moral* (uno de los tres tipos de angustia de acuerdo con Freud; angustia real, neurótica y moral). El mecanismo de defensa que comúnmente se presenta en el cuidador primario es la formación reactiva, debido al sentimiento de culpa inconsciente originado por los sentimientos ambivalentes del cuidador hacia el enfermo. Esta situación puede generar que los cuidados que le brinda el cuidador al familiar enfermo sean de sobreprotección y excesivos, provocando agotamiento emocional para ambos.

4.4.2 Muerte

Florenzano y Zegers (2003) mencionan que la muerte y el temor que le acompaña a dicho concepto tienen un peso cultural considerable. El tema de la muerte es reprimido de las conversaciones sociales, comúnmente la idea de la propia muerte es difícil aceptar, la supresión de la muerte se representa “camuflajeadamente” por la lejanía que se tiene hacia ella, como en el caso de los cementerios y los depósitos de cadáveres que se encuentran en áreas alejadas de sitios sumamente transitados o poblados, el mismo caso ocurre con la muerte de un familiar que es comúnmente ocultada a los niños. La noción inconsciente de la inmortalidad plantea que la muerte tiende a ser considerada como un agresor interno y por lo tanto suele proyectar hacia afuera las culpas y las causas del fallecimiento de las personas cercanas, como amigos o familiares. Sin embargo, la mayoría de los padecimientos crónicos se derivan de estilos de vida y comportamientos que el propio individuo ha llevado por varios años, como es el sedentarismo, consumo de alcohol o tabaco, dietas inadecuadas, exceso de estrés, etc. Por lo tanto, la dificultad presente en las actividades educativas y de promoción de la salud, se encuentra en la tendencia

a negar la muerte y a proyectar la causa de esta en factores externos que se aprecian como inevitables.

De acuerdo con Hernández Bayona (2013), la muerte desde la enfermedad lleva consigo un gran movimiento afectivo que suele derivar en regresiones emocionales, de pensamiento y conductuales. A falta de recursos más racionales, el psiquismo suele recurrir al pensamiento mágico imitando elementos de culpa, reproche y otros proyectivos que entiende el clínico como una forma de enfrentar la realidad o evadir la misma. El conjunto de todas estas dinámicas psíquicas, ayudan en algunos casos facilitando el proceso de recuperación de la salud y en otros agravan la enfermedad o el encuentro con la muerte se acorta. Si además se le añaden factores como el de la hospitalización, intervenciones que el sujeto no entiende bien, actitudes hostiles o la indiferencia de quienes las llevan a cabo, es fácil comprender que se sienta impotente o desvalido.

4.4.3 Duelo

Camps y T. Sánchez (2007) mencionan que la palabra “duelo” procede de *dolos* un término latino cuyo significado es dolor. No es un trastorno mental el duelo, es un proceso doloroso e inesperado como respuesta de la muerte o pérdida significativa de un ser querido. Los duelos no siempre tienen una evolución normal o una satisfactoria resolución, cada muerte que el individuo presencia es un ensayo de la propia muerte. Es vital aclarar que duelo no es lo mismo que depresión, sin embargo, muchos duelos pueden llevar a un episodio depresivo o hasta el suicidio. La relación entre duelo y psicopatología consiste en que los duelos mal elaborados o con una anormal evolución pueden generar un episodio depresivo o establecer un trastorno mental.

De acuerdo con Castro Gonzáles (2013), el duelo tiene como función restituir o sanar, por lo que una mala o nula elaboración puede llevar al sujeto a un duelo no sano o patológico.

Los duelos pueden ser de forma:

- a) Anticipada, inicia el duelo y la pérdida llega tiempo después, continuando hasta concluir el ciclo.
- b) El duelo que inicia cuando la pérdida se presenta.

Para ambas situaciones, los duelos pueden ser:

1. Normales. Todas las etapas del proceso de duelo son llevadas a cabo, sin “estancarse” en ninguna.
2. Patológicos o anormales, caracterizados por:
 - La intensidad. La persona no manifiesta dolor o el dolor es tan intenso que le impide vivir.
 - La duración. Que sobrepase de dos años o dos años y medio.

Cogniciones.

Castro Gonzáles (2013) se refiere a las cogniciones como los pensamientos que ocurren durante el proceso de duelo, los cuales pueden generar ansiedad, angustia y probablemente depresión. Algunas cogniciones son:

- Incredulidad: es el primer pensamiento que el individuo tiene al conocer la noticia de la pérdida del ser querido.
- Confusión: manifestación desorganizada de los pensamientos, olvidos y distracciones.
- Preocupación: obsesión por el difunto, la mayor parte del tiempo se piensa como verlo de nuevo, se manifiestan ideas intrusivas o imágenes del difunto muriendo o sufriendo.
- Sentido de presencia: se experimenta la sensación de que la persona fallecida aun esta entre los vivos.
- Alucinaciones: tanto auditivas como visuales, son normales en el proceso de duelo, pueden aparecer semanas o días después del fallecimiento.

Conductas.

Castro Gonzáles (2013) menciona que algunas conductas específicas pueden presentarse durante el proceso de duelo normal y después desaparecer, como:

- Trastornos del sueño.
- Trastornos alimenticios.
- Conducta distraída.
- Aislamiento social.

- Soñar con la persona fallecida.
- Evitar recordar situaciones, lugares o eventos relacionados con la persona fallecida.
- Desinterés por el sexo.
- Buscar y llamar a la persona fallecida.
- Suspirar.
- Hiperactividad frenética.
- Llanto.
- Visitar lugares o llevar objetos consigo que le recuerden al fallecido.
- Atesorar objetos del difunto.

Factores que afectan o facilitan el proceso de duelo:

- Tipo de muerte.
- Tipo de enfermedad.
- Relación afectiva con la persona que falleció.
- Edad del fallecido.
- Cultura.
- Situación económica.
- Sexo.
- Edad del doliente.
- Espiritualidad.
- Circunstancias.
- Fe.
- Personalidad.
- Red social de apoyo.

Florenzano y Zegers (2003) mencionan las cinco etapas que la psiquiatra austriaca Elizabeth Kubler-Ross plantea como parte del proceso del duelo:

- ✓ Primera etapa: negación
- ✓ Segunda etapa: enojo
- ✓ Tercera etapa: negociación

- ✓ Cuarta etapa: depresión
- ✓ Quinta etapa: aceptación

Ornelas Tavares (2016) indica que el cuidador puede mostrar respuestas resilientes que no necesariamente lo llevan a un desarrollo postraumático ante la pérdida de un ser querido; también, el crecimiento postraumático se puede observar en sujetos expuestos a una intensa vulnerabilidad al mostrar reacciones no resilientes. La escolaridad, el estado civil y el apoyo social son variables psicosociales de resiliencia en nuestro medio. Las personas resilientes expresan un afrontamiento enfocado generalmente en los problemas más que en las emociones.

En México, algunos cuidadores emplean estrategias orientadas hacia la pérdida como lo son la autofocalización negativa y la evitación, estrategias orientadas a la restauración como la solución de problemas y la reevaluación positiva. La solución de problemas es la estrategia más utilizada por los cuidadores con duelo normal y para quienes sufren duelo complicado es la menos empleada. La religión aporta un papel importante en la población mexicana entre los cuidadores con duelo complicado como estrategia de afrontamiento y es la segunda para quienes llevan un duelo normal, resulta un recurso común para situaciones de vulnerabilidad.

Gamo y Pazos (2009) abordan algunos puntos importantes del duelo:

- La historia biográfica, la psicopatología y el duelo están implicados.
- Llegar a un duelo patológico ocurre en pocos casos.
- Los duelos, terminen o no en una patología, forjan momentos importantes en la historia biográfica por su noción de pérdida y porque marcan el reinicio de una línea biográfica después de la pérdida.
- Pueden prolongarse bastante los efectos del duelo, variabilidad del tiempo, reactivación por otros duelos, y por diversas relaciones o circunstancias biográficas. Lo que ocurrió en una etapa posteriormente pueden influir en otra.
- En la infancia un duelo puede posteriormente llegar a condicionar el desarrollo biográfico y configurar características de la personalidad.
- La sucesión de las generaciones es marcada por el duelo e incluso algunos son de efecto transgeneracional.
- El desencadenamiento o los cuadros clínicos diversos están relacionados con el duelo.

- Comprender y tener en cuenta determinados síntomas, conductas y situaciones biográficas y su posible relación con un duelo, puede exponer matices identificativas, imitativas, repetitivas o compulsivas.
- Siempre es un proceso el impacto del duelo en la biografía, además del acontecimiento, son importantes la situación y la evolución. Por lo tanto, las relaciones posteriores al duelo, el apoyo, las figuras sustitutivas o las siguientes pérdidas, son decisivas.

Antes de concluir este capítulo y la investigación, cabe señalar que durante el periodo de acompañamiento que proporciona el cuidador primario hasta el final de su rol, existen diversas situaciones que alteran la estabilidad emocional del cuidador e incluso cuando el familiar muere el cuidador accede a un proceso de duelo.

Por lo tanto, la capacidad de reacción ante las situaciones estresantes como se mencionó en capítulos anteriores y la información del proceso que atraviesa el cuidador, son herramientas de gran utilidad que permiten amenizar el impacto de esta etapa como acompañante.

Capítulo V. Metodología

Pregunta de investigación

Partiendo del argumento de Sampieri, Collado y Lucio (1997) la pregunta de investigación proviene de una idea delimitada y de la cual surgen objetivos, siendo así, la presente pregunta de investigación es ¿Cómo afecta la sobrecarga en la calidad de vida y el funcionamiento del aparato psíquico de un cuidador primario con un familiar que padece alzhéimer?

Objetivo general

Describir el deterioro en la calidad de vida y el impacto de la sobrecarga en el aparato psíquico del cuidador primario con un familiar que padece Alzheimer.

Objetivos específicos

1. Definir calidad de vida y su importancia en la salud.
2. Definir el concepto de cuidador primario y su función.
3. Describir la sobrecarga emocional en el cuidador primario.
4. Describir que es el Alzheimer.
5. Exponer las áreas afectadas por la sobrecarga en el cuidador primario.
6. Identificar los componentes del aparato psíquico.
7. Describir la influencia de la cultura y la sociedad en la psique.
8. Identificar los componentes generales de la sobrecarga en el cuidador primario y su impacto en la estructura psíquica.
9. Describir las áreas de impacto del conflicto en la psique.
10. Describir el impacto emocional y sentimental en la vida del sujeto.

Enfoque, diseño, método y supuestos.

Enfoque.

El presente trabajo de investigación responde a un enfoque cualitativo, que de acuerdo con Sampieri, Collado y Lucio (1997) se guía por áreas o temas significativos de investigación, siendo flexible a poder desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la

recolección y el análisis de los datos. El movimiento de esta acción indagatoria es de forma dinámica en ambos sentidos; entre los hechos y su interpretación, y no siempre es la misma secuencia, varía dependiendo particularmente de cada estudio, para descubrir cuáles son las preguntas de investigación más importantes, y después, para refinarlas y responderlas.

Diseño.

Se utilizará el diseño fenomenológico, que de acuerdo con Sampieri, Collado y Lucio (1997) se enfoca en las experiencias subjetivas individuales de los participantes. Pretende reconocer el significado de un fenómeno o experiencia y las percepciones del sujeto. El diseño fenomenológico es fundamentado por las siguientes premisas:

- El estudio pretende describir y entender el fenómeno desde una perspectiva individual hasta el punto de vista construido colectivamente por los participantes.
- El diseño fenomenológico parte de temas específicos y de análisis de discursos, al igual que la búsqueda de sus probables significados.
- El investigador confía en la intuición, imaginación y en las estructuras universales que le permitan aprehender la experiencia de los participantes.
- El investigador contextualiza las experiencias en temporalidad, espacio, corporalidad y contexto relacional. Por ejemplo, el tiempo en que sucedió, lugar en el que ocurrió, las personas que lo experimentaron y los vínculos generados durante las experiencias.
- La recopilación de documentos y materiales, se enfocan en encontrar temas sobre experiencias cotidianas y excepcionales.
- Se obtiene de la recolección enfocada e información sobre los participantes que han experimentado el fenómeno de estudio.

Método.

Se empleará en el presente estudio el método de investigación documental argumentativa, el cual según Muñoz Razo (2011), es un método de aplicación a la investigación documental, resultante de la revisión y el análisis de documentos con el objetivo de comprobar si el conocimiento que se investiga es correcto o incorrecto. Se pueden generar preguntas que guíen la recopilación de información complementaria y desarrollen la investigación. En ocasiones, el

investigador puede asumir una postura personal sobre el conocimiento que estudia, facilitando la orientación y el desarrollo de la investigación documental.

Supuestos:

- La sobrecarga emocional en el cuidador primario deteriora la calidad de vida provocando depresión.
- La estructura psíquica del cuidador primario se ve afectada por la inestabilidad emocional derivada del cambio en la calidad de vida por las funciones del rol como cuidador.

El nivel de investigación, indica la profundidad con que se aborda el tema, el propósito del nivel descriptivo es exponer cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno, y evaluar diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno que es investigado (Sampieri, Collado, & Lucio, 1997).

Discusión y conclusión

Discusión

De acuerdo con la información recopilada durante el desarrollo del presente trabajo de investigación, es importante abordar algunos conceptos clave que permitan resolver la pregunta ¿Cómo afecta la sobrecarga en la calidad de vida y el funcionamiento del aparato psíquico de un cuidador primario con un familiar que padece alzhéimer?

Principalmente, se aclara que los cuidadores primarios frecuentemente apoyan al familiar enfermo con actividades y necesidades básicas como comer, ir al baño, vestirse, su aseo y los apoyan en los cuidados médicos mediante la administración de medicamentos, curaciones, nutrición, traslado a citas médicas, toma de decisiones y rehabilitación. Los cuidadores brindan apoyo emocional y comodidad al solventar las necesidades de los enfermos, el tiempo promedio de intervención que proporcionan para los cuidados es de 10.9 horas al día aproximadamente (IMSS, 2015).

El impacto del Alzheimer sobre el cuidador primario, de acuerdo con Rubio, Márquez, Campos y Alcayaga (2017), afecta principalmente a nivel económico y debilita sus redes sociales de apoyo, esto repercute negativamente en el estado de salud del cuidador primario, afectándolo a nivel físico, psicólogo y socioeconómico. Estas situaciones limitan los recursos del cuidador, complican que lleve a cabo las actividades de su rol, propician la sobrecarga y generan estrés.

Es importante considerar el tiempo y las actividades extra a sus necesidades que tiene el cuidador primario por brindar los cuidados al enfermo, que a diferencia de un cuidador formal o secundario, el primero no cuenta con un horario fijo ni con algún otro tipo de apoyo o remuneración. El tiempo que le dedica al familiar enfermo, los recursos limitados, las constantes demandas por solventar las necesidades básicas de quien padece Alzheimer, el poco apoyo de las redes sociales y las necesidades propias del cuidador pueden generar periodos estresantes que lo alteren.

Se pueden identificar dos tipos de individuos con relación al estrés, quienes desde el principio reaccionan negativamente y quienes pueden enfrentar mejor la situación. La forma de reaccionar depende de la evaluación subjetiva del cuidador sobre la tarea asistencial, su capacidad para

enfrentar las demandas requeridas y el apoyo recibido que percibe de su entorno. Por lo tanto, cuando el cuidador percibe las actividades de cuidado como negativas o amenazantes y evalúa que no cuenta con recursos o apoyo, se generan reacciones fisiológicas, emocionales y conductuales, denominadas carga o sobrecarga (Fernández Calvo, y otros, 2016).

Este punto es crucial para la investigación, debido a que la carga que experimenta el cuidador ofrece un panorama de las características que le generan un impacto a nivel psicológico. Por lo tanto, es importante considerar a Cerquera, Granados y Buitrago (2012), quienes definen la carga como un estado psicológico en respuesta a las combinaciones perceptuales sobre sus labores como cuidador en relación al trabajo físico, emocional y restricciones sociales. Se consideran dos tipos de cargas o sobrecargas que experimenta el cuidador, las cuales son de origen objetivo y subjetivo:

- Cargas objetivas: consideran el tiempo que se invierte en el cuidado del enfermo y la satisfacción de las necesidades por el deterioro a nivel físico, cognitivo y social del paciente.
- Cargas subjetivas: abordan los sentimientos y las percepciones negativas que el acompañante presenta en su rol como cuidador primario, esta carga es multidimensional, constante y con repercusiones serias que intervienen en la calidad de vida del cuidador y su estabilidad emocional.

Ambas cargas exponen la forma en la que el rol de “cuidador primario” impactó en el individuo, la forma en la que el cuidador perciba los eventos estresantes y reaccione ante el estrés puede ayudar o complicar las labores de su rol. Por lo tanto, el área psicológica en particular a nivel emocional, tiene un papel muy importante en las dolencias del cuidador primario.

Es importante señalar que la carga que experimenta el cuidador primario lo afecta en distintas áreas, pero las cargas subjetivas son un área de vulnerabilidad muy amplia y a diferencia de una conducta, las emociones y los pensamientos son más complicados de percibir.

Por lo tanto, es importante considerar a Onocko, Massuda, Valle, Castaño y Pellegrini (2008), quienes mencionan que actualmente las nuevas formas de sufrir y enfermarse requieren

desarrollar estrategias para enfrentar las nuevas crisis subjetivas, motivo por el cual se considera al psicoanálisis.

No se descarta que otras corrientes de la salud mental puedan generar resultados ante la sobrecarga del cuidador, pero el psicoanálisis puede abordar la intimidad del terreno subjetivo del paciente sin problemas de temporalidad como “el aquí y el ahora” o el rigor de una medida general del comportamiento conflictivo. Partiendo de Castro (2013), la ciencia pretende hacer funcionar un discurso centrado en un “para todos”, situación que desconoce las diferencias y la subjetividad, al igual que la singularidad del goce y del deseo.

Parte primordial de esta discusión es cuestionar el deterioro de la calidad de vida por el impacto de la sobrecarga a nivel psíquico. Queda claro que la calidad de vida del cuidador primario se ve comprometida por las altas y frecuentes demandas para solventar las necesidades del familiar enfermo, afectando las necesidades propias del cuidador, por lo que esta situación genera conflictos a nivel psíquico.

Moreno Chía (2017), menciona dos tópicos freudianos; la primera tópica representa una serie de sistemas –inconsciente (Icc), preconsciente (Prcc) y consciente (Cc)- y muestra la actividad psíquica partiendo de una secuencia de estímulos generados fuera y dentro del aparato anímico, conduciendo a inervaciones motoras. La segunda tópica, aborda los conceptos de Ello, Yo y Superyó.

Una explicación más simple de las tópicas es si se consideran como la forma en la que se percibe la información y la manera en la que se administra, o sea, de la información que el individuo recibe; cual es la que contempla de forma consciente, de cual tiene nociones preconscientemente y de cual desconoce por ser inconsciente. La manera en la que se administra la información es parte del conflicto, entre lo que el individuo “desea” (Ello), lo que “puede hacer” (Yo) y lo que “debe hacer” (Superyó).

Aulagnier (1994) indica que sea cual sea el conflicto y su estructura, el fenómeno a observar son las catectizaciones del Yo con el Yo de los otros; lo que busca el Yo y lo que encuentra en la realidad, porque en ellos dirige sus demandas de placer. El Yo de los otros y su cuerpo son posicionados en el espacio psíquico del sujeto, donde se consideran las rubricas de placer y de

sufrimiento, los afectos que el Yo puede experimentar parten de la accesibilidad de los sentimientos al Yo. El Yo piensa su catectización por medio de la representación en el Yo del otro, al mismo tiempo que la experiencia de placer o sufrimiento acompaña dicha vivencia. Esta experiencia siempre se encuentra en constante movimiento y expone la persistencia de la catectización de un soporte para el propio Yo, y mientras siga siendo el soporte de una catectización por parte del Yo, el Yo del otro será fuente de placer o de sufrimiento, por su presencia o por su ausencia se goza o se sufre.

A nivel psíquico, el Yo busca demorar a través del razonamiento inteligente la satisfacción de los deseos del Ello hasta que de una forma segura le sea posible garantizar la gratificación. Cuando el sujeto alcanza la edad adulta no busca solamente la satisfacción de los deseos sino que se hace presente el componente moral (Súperyo), el cual funge como guardián moral en función de vigilar al Yo para guiarlo sobre las acciones morales que son socialmente aceptadas (Montaño Sinisterra, Palacios Cruz y Gantiva, 2009).

Por último, cabe resaltar que de acuerdo con Onocko, Massuda, Valle, Castaño y Pellegrini (2008), el aparato psíquico es derivado de la cultura y la condición de malestar es un componente fundamental de la civilización. Partiendo de este punto, se pueden entender mejor los vínculos sociales del cuidador, la importancia de sus redes de apoyo, los motivos del cuidador para asumir su rol, sus necesidades personales y sociales, sus emociones y sentimientos, como la culpa, al igual que su perspectiva sobre la muerte del familiar enfermo y el proceso de duelo, entre otras situaciones más que se ven comprometidas por su cultura y la forma en la que concibe el cuidador su realidad, la cual impacta también en él.

Conclusión

Aportaciones.

El presente proyecto de investigación determina varios puntos en particular. Partiendo que de acuerdo con la OMS (2013a), el perfil aproximado del cuidador primario, son principalmente mujeres (76.5% al 83.7%) familiares del enfermo (68.2% - 79.1%) con escolaridad mínima, desempleadas y que generalmente viven en el domicilio del paciente. El motivo por el cual asumen el rol de cuidador y la responsabilidad que conlleva, es debido a vínculos afectivos

(57%), porque lo consideran un deber (15%), sienten que es su obligación (13%) o no tenía otra opción (3%).

De igual manera, se determinan las principales áreas de impacto por la sobrecarga del cuidador, como: la salud física, la salud mental (1 de cada 3 cuidadores sufren trastornos depresivos, el 89% presenta problemas psicológicos, 80% está bajo presión y 67% experimenta infelicidad o depresión), las áreas sociales y las áreas económicas; las cuales indican que un 29.4% de los cuidadores ajustan su horario laboral, un 18.1% pierde tiempo de su trabajo sin ser remunerado afectando sus ingresos y el 23% deja su empleo (Canaval & Castaño, 2015).

Se describe a la demencia como un trastorno crónico degenerativo caracterizado por deteriorar las funciones cognitivas y se manifiesta comúnmente en la vejez, impacta en el control emocional, el comportamiento social y la motivación. Respecto al Alzheimer, se presenta como una enfermedad crónico degenerativa que afecta la memoria, el juicio y el comportamiento de quien la padece, después de establecer su diagnóstico el tiempo de vida aproximado es de 10 años e inclusive algunas personas han vivido 20 años con la enfermedad, conforme avanza el tiempo se incrementa el deterioro de la enfermedad de Alzheimer hasta que los síntomas alcanzan el umbral diagnóstico del TNC mayor (DSM-V, 2014).

Se considera que el inconsciente, al tratarse de un concepto que gobierna sobre la vida anímica, se formaliza como un concepto tópico, económico y dinámico, actuando como un comercio o un conflicto entre sus sistemas (Gallegos, 2012). Por lo que, se requiere de nuevas estrategias para enfrentar las crisis subjetivas actuales, considerando al psicoanálisis (Onocko, Massuda, Valle, Castaño, & Pellegrini, 2008).

La cultura le ofrece al cuidador sensaciones, experiencias, limitaciones, patrones y opciones de pensamiento y conducta de forma general. De acuerdo a la cultura, el sujeto interpretará la información del tiempo y el lugar donde se desarrolla y la interacción de su estructura psíquica será de acuerdo a la forma en que perciba y determine esa información, ajustando su respuesta de deseos y necesidades satisfactorias.

Se concluye también que el deterioro que experimenta el cuidador primario en su calidad de vida es gradual y va en aumento, el daño es considerable de acuerdo con el tiempo e intensidad, afectando áreas como la salud física y mental, a nivel social y económico.

El impacto en el Yo es determinado por distintos factores de la experiencia en la que el cuidador se ve expuesto, como los contrastes entre el deseo, las necesidades propias y ajenas, las herramientas para solventar las demandas presentes y el nivel de satisfacción propio por los resultados de desempeño y la autopercepción de la calidad de vida.

Limitaciones.

- El acceso directo al contexto de los cuidadores primarios justo en el proceso de atención, enfatizando la relación paciente-cuidador, debido a que las labores de su rol son altamente demandantes, requieren de bastante tiempo y atención.
- El acceso a información particular de los cuidadores primarios en divisiones temporales del antes, durante y después del rol de cuidador, así como el registro de experiencias, sensaciones, soluciones o conflictos después de brindar el apoyo o por el fallecimiento del familiar enfermo, finalizando así con dicho rol.

Nuevas líneas de investigación.

Este proyecto le permite a futuras investigaciones generar estrategias preventivas y de intervención, considerando el proceso salud-enfermedad, el impacto de la cultura y los factores subjetivos del pensamiento que afligen al cuidador primario.

Conocer los detonantes que interfieren en la adaptación del cuidador primario, la importancia de la intervención oportuna y las áreas de vulnerabilidad a las que el cuidador se ve expuesto, permite generar mejores herramientas de apoyo para el cuidador, como programas o campañas de atención social que cubran las áreas de impacto.

Abordar el estigma popular de la salud mental y esclarecer los factores que pueden deteriorarla, es un área de oportunidad para el cuidador primario como ventaja preventiva.

Tener en cuenta la información respecto a la sobrecarga en el cuidador primario y la importancia de la calidad de vida, establece un punto de partida para el desarrollo de estrategias que sirven de guía para las personas que están por iniciar el proceso de acompañamiento.

Esta investigación tiene una inclinación psicoanalítica, por lo que considera el funcionamiento del aparato psíquico y sugiere que el estudio del dominio psíquico del cuidador sea abordado con mayor profundidad, indagando las aflicciones del cuidador primario a nivel subjetivo.

También es importante implementar más campañas de acceso económico o gratuito de atención en crisis, acompañamiento terapéutico e información sobre las enfermedades crónico-degenerativas y el rol del cuidador primario.

Referencias

- Alzate Posada, L. S. (2009). Pasiones, pulsiones y deseo: amalgama fundamental de toda ética. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 21(1), 1-17.
- Arranz, E. (2004). *Familia y Desarrollo Psicológico*. España: Pearson Prentice Hall.
- Aulagnier, P. (1994). *Los destinos del placer alienacion, amor, pasión*. Mexico: Paidós.
- Báez, J. (2012). Normalidad, anormalidad y crisis. *Tesis Psicológica*, 134-145.
- Bello, A., & Crego, A. (2003). *Automanejo emocional pautas para la intervención cognitiva*. España: Desclée de Brouwer.
- Bergeret, J. (2005). *La personalidad normal y patológica*. España: Gedisa.
- Bermúdez, S., & Meli, Y. (2013). El odio y su fundamento pulsional. *Anuario de Investigaciones*, 67-72.
- Cacabelos, R. (2001). Enfermedad de Alzheimer. Presente terapéutico y retos futuros (primera parte). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXX(3), 215-238.
- Camps, c., & T. Sánchez, P. (2007). *Duelo en oncología*. España: Sociedad española de oncología medica.
- Canaval, G., & Castaño, Y. (2015). Resiliencia del cuidador primario y mejoría clínica de personas con enfermedad mental en cuidado domiciliario. *Entramado*, 274-283.
- Cano, C. A. (2007). Tratamiento de las demencias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 157-174.
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., & Boyer, L. (2016). Caregivers' perception of patients' cognitive deficit in schizophrenia and its influence on their quality of life. *Psicothema*, 150-155.
- Carreño-Moreno, S., & Chaparro-Díaz, L. (2016). Calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Aquichan*, 447-461.

- Castro Gonzáles, M. d. (2013). *Tanatología la inteligencia emocional y el proceso de duelo*. México: Trillas.
- Castro, X. (2013). Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. *CS*, 73-114.
- Cerquera, A., & Galvis, M. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico*, 149-167.
- Cerquera, A., Granados, F., & Buitrago, A. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 35-45.
- Cerquera, A., Pabón, D., Granados, F., & Galvis, M. (2016). Sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer y la relación con su ingreso salarial. *Psicogente*, 240-251.
- Compas, B. E. (2003). *Introducción a la psicología clínica: ciencia y práctica*. Mexico: Mcgraw-Hill Interamericana.
- Corsi, P. (2002). Aproximación preliminar al concepto de pulsión de muerte en Freud. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(4), 361-370.
- Delgado Quiñones, E. G., Barajas Gómez, T. d., Uriostegui Espiritu, L., & López López, V. (2016). Sobrecarga y percepción de la calidad de vida relacionada con el cuidador primario del paciente hemodializado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(4), 1-9.
- Díaz, D., Arango, J., Espinosa, I., & Rivera, A. (2014). Necesidades y sobrecarga en cuidadores primarios informales de pacientes con traumatismo craneoencefálico. *Psicología desde el Caribe*, 394-415.
- DSM-IV-TR. (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

- DSM-V. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Quinta ed.). España: Medica Panamericana.
- E. Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad, descripción, evaluación y tratamiento*. España: Síntesis.
- Fernández Belinchón, C., & Rodríguez Moya, L. (2013). Tratamiento psicoanalítico de los trastornos de personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 57-64.
- Fernández Calvo, B., Contador Castillo, I., Ramos Campos, F., Menezes de Lucena e Carvalho, V., Cazé da Silva, J., & Torro Alves, N. (2016). Resilience in caregivers of persons with Alzheimer's disease: A human condition to overcome caregiver vulnerability. *Estudos de Psicologia*, 125-133.
- Fernández, J. A., Fernández, M., & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 169-184.
- Fierro Alvarado, I. A. (2016). Los mecanismos de defensa del cuidador primario según el estado de la enfermedad del paciente en una unidad oncológica. *Pontificia universidad católica del Ecuador sede Ambato*, 2-108.
- Florenzano, R., & Zegers, B. (2003). *Psicología médica*. España: Mediterraneo.
- Freud, A. (2004). *El Yo y los mecanismos de defensa*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1992). *Fragmento de análisis de un caso de histeria, tres ensayos de teoría sexual y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1992). *Más allá del principio de placer Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (2012). *El porvenir de una ilusión, el malestar en la cultura*. México: Tomo.
- G. Sarason, I., & R. Sarason, B. (2006). *Psicopatología psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. Mexico: Pearson.

- Gallegos, M. (2012). La noción de inconsciente en Freud: antecedentes históricos y elaboraciones teóricas. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 15(4), 891-907.
- Gamo, E., & Pazos, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 455-469.
- García Valdez, R. (2006). Psicoanálisis y psicología. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 139-158.
- García, S., Sauri Suárez, S., & Meza Dávalos, E. (2006). Padecimientos demenciales ¿enfermedades de nuestra época? Actualización desde una concepción epidemiológica, molecular, clínica, terapéutica y pronóstica. Parte II. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 7-16.
- Gros, A. E. (2017). El Yo no es amo en su propia casa: una revisita sistemática de la teoría de la subjetividad de Sigmund Freud. *Revista de filosofía de la universidad del norte*, 74-104.
- Guerrero, J., Can, A., & Sarabia, B. (2016). Identificación de niveles de calidad de vida en personas con un rango de edad entre 50 y 85 años. *RICSH Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas*, 1-15.
- Gutiérrez, L., García, M. d., Roa, P., & Martínez, A. (2017). La enfermedad de Alzheimer y otras demencias como problema nacional de salud. *Academia Nacional de Medicina de México*, 1-125.
- Hergenhahn, B. (2009). *Introducción a la historia de la psicología*. Mexico: Cengage Learning.
- Hernández Bayona, G. (2013). *Psicopatología básica*. Colombia: Javeriana.
- Hernández, I., & Gutiérrez, L. (2014). *Manual básico de primeros auxilios psicológicos*. Guadalajara: CUCS.

- Hijuelos, N., Ortiz, A., Bolaños, C., Tun, J., Salgado, H., Arcila, R., & Pérez, E. (2018). Desempeño ocupacional y satisfacción de los cuidadores primarios informales de pacientes con limitación en la actividad. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 1-32.
- IMSS. (2015). *Detección y Manejo del Colapso del Cuidador*. Mexico: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- INEGI. (2014). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1 de Octubre). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*, 1-13.
- INGER. (2014). *Plan de acción Alzheimer y otras demencias*. México: Instituto Nacional de Geriátrica.
- Krakov, H. A. (2001). Un modelo representacional en psicoanálisis. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3(1), 57-81.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2004). *Diccionario de psicoanalisis*. Buenos Aires: Paidós.
- López, A., Silvana, V., & Rojas, V. (2016). *Primeros auxilios psicologicos*. Mexico: SEGOB.
- M. Buss, D., & J. Larsen, R. (2005). *Psicología de la personalidad: dominios del conocimiento sobre la naturaleza humana*. Mexico: Mcgraw-Hill.
- Montaño Sinisterra, M., Palacios Cruz, J., & Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3 (2), 81-107.
- Morales, J. F., Moya, M. C., Gaviria, E., & Cuadrado, I. (2007). *Psicología Social*. Madrid: McGRAW-HILL.
- Moreno Chía, F. R. (2017). Orígenes y destinos del superyó en la obra de Freud: la primera tópica. *Revista Psicoespacios*, Vol. 11, N. 19, 269-304.
- Muñoz Razo, C. (2011). *Cómo elaborar y asesorar una investigación de tesis*. México: Pearson.

- Murueta, M., & Orozco, M. (2015). *Psicología de la violencia, causas, prevención y afrontamiento*. México: Manual Moderno.
- OMS. (2006). *Undécimo programa general de trabajo 2006-2015*. Ginebra: World Health Organization.
- OMS. (2013a). *Demencia: una prioridad de salud pública*. Washington D.C.: World Health Organization.
- OMS. (Diciembre de 2013b). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- OMS. (2014). *Docuemtos Básicos*. Italia: Wolrd Health Organization.
- OMS. (27 de Abril de 2017). *World Health Organization*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- OMS. (27 de Abril de 2017). *World Health Organization*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Onocko, R., Massuda, A., Valle, I., Castaño, G., & Pellegrini, O. (2008). Salud Colectiva y psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. *Salud colectiva y psicoanálisis*, 173-185.
- Ornelas Ramírez, A., & Ruiz Martínez, A. O. (2016). Problemas de salud mental: asimetría entre las necesidades y los servicios brindados a la población general. *Psicología Iberoamericana*, 63-73.
- Ornelas Tavares, P. E. (2016). Estrategias de afrontamiento y resiliencia en cuidadores primarios con duelo. *Psicología de la salud*, 177-184.
- Pablo Santiago, R., Domínguez Trejo, B., Peláez Hernández, V., Rincón Salazar, S., & Orea Tejeda, A. (2016). Sobrecarga y autoeficacia percibida en cuidadores primarios informales de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista clínica de medicina de familia*, 152-158.

- Pichon Riviere, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Vision.
- Pinzón, E. A., & Carrillo, G. M. (2016). Carga del cuidado y calidad de vida en cuidadores familiares de personas con enfermedad respiratoria crónica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 193-201.
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A., & Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Redalyc*, 85-112.
- Podcamisky Garber, M. (2006). El rol desde una perspectiva vincular. *Reflexiones*, 85(1-2), 179-187.
- Reidl, L. (2008). *Perspectiva de la investigación en psicología social: 1990-2005*. México: UNAM.
- Rivas, J., & Ostiguín, R. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? *Enfermería Universitaria*, 49-54.
- Rodrigues Gomes, A. M. (2010). El cuidador y el enfermo en el final de la vida -familia y/o persona significativa. *Enfermería Global*(18), 1-9.
- Rubio, M., Márquez, F., Campos, S., & Alcayaga, C. (2017). Adaptando mi vida: vivencias de cuidadores familiares de personas con enfermedad de Alzheimer. *Gerokomos*, 54-58.
- Sampieri, R., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (1997). *Metodología de la investigación*. Mexico: Mc Graw Hill.
- Secretaría de Salud. (2017). Envejecimiento y Demencias en México desde una perspectiva de género. *Género y salud en cifras*, 1-40.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Suárez, S., & Aguzzi, A. (2015). La propensión al principio de placer en la época actual y sus efectos en la salida de la adolescencia. *Anuario de Investigaciones*, vol. XX, 189-194.

- Taset Álvarez, Y. (2017). Estrés psicológico en las cuidadoras familiares de ancianos con Demencia Vascular. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 12(2), 1-7.
- Tolini, D. J. (2017). Operaciones del psicoanálisis sobre la noción cartesiana de «yo». *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 14(2), 52-62.
- Urzúa, A., & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 11.
- Vega, I. V., Sambucetti, A. A., Passalacqua, A., Boustoure, M. A., Stor, A., Fabbro, A., & Greco, N. (2016). Comparación de las funciones yoicas de realidad y el potencial suicida entre los descendientes de migrados internos y externos. *Anuario de Investigaciones*, 339-346.
- Viale, M., Cáceres, M., Rimoldi, M., Pruvost, M., Miranda, A., & González, F. (2016). Programas de intervención para el manejo del estrés de cuidadores de pacientes con demencia. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 35-41.
- Winnicott, D. W. (1993). *La naturaleza humana*. Argentina: Paidós.