

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN CUIDADORES FAMILIARES DE
PERSONAS CON DEPENDENCIA DE LA CORPORACIÓN COLORESA**

Yaclin Yoel Alcaraz Ruiz

Anny Carolina Lastra Quiroz

Ximena Tuberquia Ramírez

Robinson Darío Ortiz Sánchez

Asesor

**PREGRADO PSICOLOGÍA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA**

2015

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	5
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
2. JUSTIFICACIÓN.....	13
3. OBJETIVOS.....	16
3.1 Objetivo General.....	16
3.2 Objetivos específicos	16
4. ANTECEDENTE DE INVESTIGACIÓN.....	18
5. MARCO TEÓRICO	32
5.1 Dependencia.....	32
5.2 Cuidador.....	33
5.3 Estrés y Carga	35
5.4 Estrategias de Afrontamiento.....	37
5.5 Percepción.....	40
6. METODOLOGÍA.....	42
6.1 Tipo de investigación.....	42
6.2 Diseño de investigación	43
6.3 Población y muestra.....	43
6.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	44
6.5 Instrumentos de recolección de información.	46
6.6 Procedimiento de recolección de la información.....	48
6.7 Plan de análisis.....	49
7. RESULTADOS	53

7.1 Resultados cuantitativos	53
7.1.1 Análisis de confiabilidad.....	53
7.1.2 Datos sociodemográficos	54
7.1.3 Comparación según casos y controles.....	60
7.2 Resultados cualitativos.....	62
8. DISCUSIÓN.....	68
9. CONCLUSIONES.....	74
10. RECOMENDACIONES	76
11. BIBLIOGRAFÍA.....	78
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 2. ENCUESTA SOCIO-DEMOGRÁFICA. ¡Error! Marcador no definido.	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 3. ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING – MODIFICADA (EEC-M)	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 4. ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR (ZARIT Y ZARIT, 1982)	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 5. ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA¡Error! Marcador no definido.	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 6. BAREMOS COPING	¡Error! Marcador no definido.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. <i>Variables de estudio</i>	45
Tabla 2. <i>Alpha de cronbach Escala Zarit y Zarit, Estrategias de afrontamiento</i>	54
Tabla 3. <i>Datos Sociodemográficos</i>	55
Tabla 4. <i>Puntuaciones de carga reportadas por los participantes en Escala Zarit y Zarit.</i>	59
Tabla 5. <i>Puntuaciones medias y desviación Estándar de Estrategia de Afrontamiento</i>	60
Tabla 6. <i>Diferencias entre cuidadores y no cuidadores</i>	61

RESUMEN

En la investigación, se indago sobre la carga percibida por los cuidadores familiares de personas dependientes, las estrategias de afrontamiento utilizadas por éstos y la percepción que tienen sobre dichas estrategias. El objetivo fue identificar las estrategias de afrontamiento y la percepción que tienen de éstas los cuidadores familiares de personas dependientes inscritas en la Corporación COLORESA del municipio de Santa Fe de Antioquia. Se trata de un estudio mixto, cuasi-experimental de corte transversal realizado con una muestra de 30 personas, dividido en dos grupos de 15 personas cada uno; El grupo denominado caso, fue conformado por los cuidadores familiares, a quienes se les aplicó la escala de estrategias de Coping Modificada (EEC-M) (2006), la escala de sobrecarga de Zarit y Zarit (1982) para medir la carga emocional y una entrevista semi-estructura a 6 de estos cuidadores que presentaron carga alta con el fin de conocer la percepción que tienen de las estrategias utilizadas por ellos. El grupo control estuvo conformado por personas no cuidadoras, residentes en el casco urbano del municipio a quienes se les aplicó la escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) (2006). Los resultados arrojaron que no se puede determinar diferencias significativas entre las Estrategias de Afrontamiento utilizada por los cuidadores y los no cuidadores; además se encontró que el sentimiento de carga, está implicado en la percepción que tienen los cuidadores del cuidado y los sentimientos de intranquilidad, miedo e incertidumbre que experimenta frente al futuro de su familiar en caso de que ellos falten.

Palabras clave: cuidador, cuidador familiar, percepción subjetiva, carga emocional, estrategias de afrontamiento.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La discapacidad y la dependencia que ésta puede generar son fenómenos que afectan de manera profunda a los sujetos que cotidianamente viven esta realidad, especialmente a la persona encargada del cuidado. En Colombia debido a inconvenientes, como las políticas públicas que no acogen a las poblaciones más afectadas y los escasos recursos económicos que impiden brindar un adecuado tratamiento médico a la población que lo necesita, han generado que la discapacidad y la dependencia se conviertan en problemas de alto impacto, llegando a impedir, en ocasiones, el desempeño normal de la vida.

En este sentido, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE 2005) reporta que en Colombia existen aproximadamente 2 millones y medio de personas en situación de discapacidad, lo cual equivale al 6.3 % del total de la población. El 90% de las personas con dos o más limitaciones tienden a ser dependientes de su cuidador y ameritan un acompañamiento para todas las actividades de la vida diaria y para su propio autocuidado (Proyecto de Ley 33 de 2009).

Al respecto, según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la dependencia es un fenómeno que se ha acrecentado en diferentes países de Latino América debido a diversos factores, siendo los más comunes, las enfermedades crónicas degenerativas y congénitas, discapacidad física, mental o sensorial, accidentalidad vial o laboral y envejecimiento, llevando al aumento significativo de personas que requieren de cuidados permanentes para realizar las actividades de la vida diaria (Proyecto de Ley 33 de 2009).

A estas personas que requieren un cuidado permanente se les ha denominado dependientes. En el proyecto de ley 33 de 2009, se identifica a aquellas personas que por su condición física, mental, intelectual o sensorial, o por razones de edad, padecen limitaciones tanto en su autonomía como en su independencia, es decir, que requieren de acompañamiento para realizar labores cotidianas de manera permanente como: ir al médico, transacciones bancarias, entre otras. Estos aspectos generan la necesidad de atención de parte de otra persona para realizar las actividades esenciales de la vida diaria.

En este sentido, Espín y Andersen (citado en Carretero, Garcés, Ródenas, 2006), mencionan que en la mayoría de las ocasiones la atención de estas personas dependientes es asumida por un familiar y que generalmente es la mujer quien asume este rol; afirman también que debido a las características de la dependencia, la ayuda que se presta tiende a ser constante y agotadora. De lo anterior se deriva que, los cuidadores requieran de apoyo emocional y social que facilite el desarrollo de su función, y que además, se preocupen por sus propias necesidades y dificultades. Pese a esta necesidad, es evidente que en el país no se cuenta con política pública que claramente delimite posibilidades de apoyo para esta población; prueba de esto es el Proyecto de ley 33 de 2009 que fue aprobado en segundo debate por el Congreso de la República, pero que hoy, seis años después, no ha entrado en rigor. Dicha ley está orientada a reconocer jurídicamente al Cuidador Familiar en casa para personas en estado de dependencia, proponiendo una serie de artículos orientados a facilitar sus condiciones de vida. Según este proyecto de ley, en Colombia el Cuidador Familiar o primario es:

Aquella persona que siendo cónyuge, compañero o compañera permanente de la persona dependiente o teniendo un parentesco hasta el quinto grado de consanguinidad, tercero de afinidad o primero civil con la misma, demuestre que le presta ayuda permanente para las

actividades de la vida diaria, sin recibir una contraprestación económica por su asistencia y que por su labor de cuidador se ve impedido de desempeñarse laboralmente.

Como se observa, el ser cuidador de una persona en estado de dependencia es una labor que, además de llegar a ser altamente estresante debido a las responsabilidades que esto implica, puede traer consigo consecuencias negativas para quien la realiza, en términos de alteraciones físicas y psicológicas que son especialmente graves cuando se trata de un cuidador primario, el cual no recibe retribución por su trabajo y se encarga del cuidado de un familiar como evidencian Anthony, Zarit y Gatz (1988); Gallagher (1989) y Schultz, Visitainer y Williamson (1990).

Estudios realizados con esta población han encontrado que estas actividades de cuidado generan una gran carga de estrés para quien las realiza, ya que además de renunciar, en ocasiones, a las actividades diarias y a varias esferas de la vida, como la social; el cuidador presenta un involucramiento emocional directo con la persona objeto de cuidado, debido a que es un familiar con el cual tiene un vínculo afectivo establecido con anterioridad (Lopes, De Mattos, Kurita, De Oliveira, 2004).

En esta línea, la labor de cuidado conlleva a una carga asociada con la desestabilización del área emocional del cuidador que puede deberse por ejemplo, al desempeño de actividades que normalmente no realizaba, al estrés creciente, a la renuncia de una vida propia y al peso económico que representa la enfermedad (Taussig, 1999).

Esta desestabilización puede deberse a los grados de estrés que se derivan de los desafíos cotidianos que conlleva el acompañamiento permanente a personas dependientes; en este sentido, el estrés se entiende como "un estímulo o conglomerado de estímulos (sucesos) que son 'externos' al individuo, todos ellos con características afectivamente

negativas" (Pelechano, 1991. Pág. 733). Es decir, un estímulo o serie de estímulos perjudiciales para los cuales el individuo no se encuentra preparado para enfrentarlos.

Esa carga que afrontan las personas que cuidan a un enfermo dependiente puede entenderse como alteraciones que se presentan a nivel físico y emocional, cuando las demandas externas sobrepasan los recursos que tiene una persona para enfrentar una situación estresante (Zarit, 2002). Esto permite interrogarse por cuáles son precisamente los recursos con los que cuenta el cuidador para minimizar los efectos negativos del cumplimiento de su rol; es aquí justamente donde surge la necesidad de explorar las estrategias de afrontamiento, es decir, las capacidades que tiene una persona para responder ante las diferentes situaciones que se le presentan.

Lazarus y Folkman (1984. Pág 141) definen al afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Siendo algunas de las herramientas con las cuales cuenta el cuidador para defenderse y sobrellevar las situaciones estresantes que se le presentan en el desempeño de su labor. Por su parte, Fernández (1997. Pág190) dice que:

Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes.

En el marco del presente estudio, se entiende que la utilización de dichas estrategias le facilita al cuidador realizar eficazmente su labor, minimizando las posibles repercusiones

negativas que se desprenden de ello, como por ejemplo, el maltrato, donde es posible que se produzcan situaciones estresantes que puedan llevar al cuidador a tener cambios en su temperamento o alteraciones en su comportamiento y por lo tanto, generar con una alta probabilidad respuestas agresivas o violentas sobre la persona discapacitada (Dominguez, Infante y Roca, 2012).

En esta vía, se puede pensar que la no utilización de las mismas, puede derivar en la percepción de que se trata de una labor demandante y absorbente que supera los recursos del cuidador. Lo anterior se sustenta en lo hallado en investigaciones como la de Muela, Torres y Pelaez (2002) que pretendía estudiar la relación entre estrategias y carga y entre estrategias y optimismo; además realizar una comparación entre estos dos tipos de clasificaciones (centradas en el problema/ emoción, contra adecuadas/ inadecuadas). En el estudio se concluye que existen diferencias en el número de estrategias inadecuadas usadas en función del nivel de carga. Igualmente, se encuentra relación entre optimismo y estrategias inadecuadas así como entre optimismo y estrategias centradas en el problema, mostrando la utilidad de usar un criterio de adecuación de las estrategias a la situación planteada en cuidadores de enfermos de Alzheimer.

Las preguntas entonces por cómo viven los cuidadores su rol y cuáles estrategias usan para facilitarlos, se sustenta además en lo encontrado durante la exploración de la literatura sobre el tema, en la que se hizo evidente que en la investigación y la intervención con esta población se ha priorizado el bienestar total del paciente dependiente y ha sido poco el interés por la salud física y mental de quien lo cuida (Buitrago, Ortiz y Eslava, 2010). Como ya se dijo, dicha labor puede traer consigo cambios psíquicos, personales, familiares y sociales, que no sólo afectan al cuidador sino también a la persona objeto de cuidado, ya que al existir una persona dependiente y un familiar encargado de éste, se

pueden producir impactos negativos para la familia en general porque se ve modificado el estilo de vida, las actividades de ocio y la economía, debido tanto a la dependencia funcional como económica que presenta el individuo en situación de dependencia.

Adicionalmente, la revisión de literatura permite evidenciar que la mayoría de los estudios realizan un abordaje general a la problemática, pues con una mirada más cuantitativa, no permiten comprender en detalle las situaciones particulares que viven los cuidadores en su cotidianidad; por estas razones se hace necesario abrir la perspectiva de estudio, realizando un enfoque mixto, combinando los métodos cuantitativo y cualitativo, que permitirán utilizar técnicas para la recolección de datos, el análisis de la información e interpretación de la misma, comprendidos desde los estadísticos hasta las experiencias personales expresadas por cada participante, lo cual enriquecerá los resultados de la investigación, permitiendo una visión amplia y completa del fenómeno estudiado.

Como se ha mencionado, este es un fenómeno problemático en la sociedad actual, al cual no se le ha prestado la debida importancia para su intervención, siendo necesario indagar desde las fuentes primarias, en este caso desde las personas que desempeñan la labor de cuidador cotidianamente.

Debido a esto surge el siguiente interrogante: ¿Cuáles pueden ser las características de las estrategias de afrontamiento y la percepción que tienen de éstas los cuidadores familiares de personas dependientes inscritas en la Corporación COLORESA?

2. JUSTIFICACIÓN

Luego de indagar en las instituciones y autoridades prestadoras del servicio de salud en el municipio de Santa Fe de Antioquia, se evidencia la falta de información y apoyo a la población de cuidadores de personas dependientes; por esta razón surge el interés por desarrollar un estudio orientado a conocer la dimensión que esta situación acarrea en los individuos prestadores de cuidado, especialmente, en las habilidades y dificultades de éstos para manejar todo lo que conlleva desempeñarse en esta labor; lo anterior se vuelve prioritario al tener en cuenta la falta de apoyo a esta población por parte de las autoridades correspondientes.

Con esta investigación se pretende aportar información para facilitar que la población del municipio de Santa Fe de Antioquia comprenda que los cuidadores necesitan apoyo para sobrellevar la carga y los cambios que ésta trae consigo; así mismo, que las entidades de salud pública tomen cartas en el asunto y puedan crear grupos de apoyo para estas personas, que respondan a sus necesidades puntuales, esto teniendo en cuenta lo que plantea el proyecto de ley 33 de 2009: “Acceso a programas que garanticen la estabilidad psicológica y el entendimiento de su situación y la de la persona a quien cuida y el enfrentamiento de retos, temores y duelos, asociados con la función de cuidador”.

Además, la investigación pretende aportar información útil para el cuidador y para la persona objeto de cuidado, que les brinde herramientas para afrontar los cambios producidos por la situación de dependencia.

En este orden de ideas, conocer las estrategias de afrontamiento que utilizan los cuidadores para sobrellevar la carga que produce el cuidado y la percepción que tienen los cuidadores sobre éstas, permite brindar apoyo sobre las necesidades y potencialidades de esta población en la vida cotidiana y aporta elementos para la creación de propuestas de intervención acordes con las necesidades emocionales que faciliten el cumplimiento de su rol.

Un primer paso para asumir la tarea de brindar acompañamiento a los cuidadores, es conocer desde sus propias voces, cuáles son las estrategias utilizadas y percibidas como exitosas en el ejercicio de su rol; en esta línea, resulta esclarecedor comprender la diferencia entre los cuidadores que presentan baja carga y aquellos que perciben su función de manera negativa, indagando por la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento que posiblemente han derivado en la percepción de alta carga frente a su labor de cuidado.

Lo anterior toma relevancia al conocer que en el contexto local esta necesidad es reconocida por el personal que mantiene contacto directo con la población; en entrevista sostenida con la coordinadora de la Corporación Local para la Rehabilitación de Discapacitados de Santa Fe de Antioquia (COLORESA), confirma que en el municipio de Santa Fe de Antioquia existe una cantidad aproximada de 700 personas en estado de discapacidad, de las cuales 65 están inscritas y asisten al programa de rehabilitación, existiendo un total de 30 personas dependientes en esta institución. Este dato se acerca al arrojado por el DANE (2010) para el municipio, que reporta un total de 682 personas en situación de discapacidad, que presentan alteración para el desarrollo de actividades cotidianas, de las cuales 347 son hombres y 335 son mujeres.

Con la información obtenida en el DANE , las autoridades y entidades correspondientes del municipio (Secretaria de Salud y Hospital San Juan de Dios) se puede concluir que no existen ningún tipo de apoyo para los cuidadores de personas dependientes, evidenciando la falta de iniciativas que puedan contribuir a la calidad de vida y al desempeño de la labor de cuidador.

Además a partir de los antecedentes encontrados, se puede concluir que hay poca información e investigación sobre el tema en el país, por lo cual se pretende que este estudio aporte información tanto a nivel municipal como nacional, que corrobore o contradiga los hallazgos obtenidos en las investigaciones ya realizadas en otros contextos. Así mismo, se aspira a generar interés, para que a futuro se puedan llevar a cabo nuevas investigaciones sobre el tema que produzcan resultados beneficiosos para la población implicada.

Para tal fin se utilizará un abordaje mixto, el cual permitirá una visión del fenómeno más completa, retomando la correlación entre tipos de estrategias de afrontamiento y niveles de carga y la percepción de los cuidadores sobre su labor, con lo cual se explorará el fenómeno desde la teoría desarrollada y se ampliará las generalidades encontradas a partir de la subjetividad de los participantes.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Identificar las estrategias de afrontamiento y la percepción que tienen de éstas los cuidadores familiares de personas dependientes inscritas en la Corporación COLORESA del municipio de Santa Fe de Antioquia.

3.2 Objetivos específicos

- Indagar por los niveles de carga reportados por los cuidadores familiares de personas dependientes inscritas en la Corporación COLORESA.
- Caracterizar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores familiares de personas dependientes.
- Comparar las estrategias de afrontamiento utilizadas por cuidadores de personas dependientes y personas no cuidadoras.
- Identificar relaciones entre carga y estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores de personas dependientes.

- Describir las percepciones que tienen los cuidadores familiares con carga alta, sobre las estrategias de afrontamiento que utilizan en el desempeño de su rol.

4. ANTECEDENTE DE INVESTIGACIÓN

El fenómeno de la discapacidad y la necesidad de cuidado que de ésta se deriva, se ha venido incrementando a través del tiempo debido a diversas causas, trayendo con ellas cambios en la dinámica familiar y en la vida de la persona que asume el cuidado, todo esto se evidencia en la revisión de la literatura en la cual se retoman investigaciones realizadas durante los últimos quince años.

Estas investigaciones teóricas y de campo, que comprenden la perspectiva emperico-analítica y cualitativa se han centrado en las necesidades de los cuidadores, en la percepción de la labor del cuidador, en las estrategias de afrontamiento del cuidado y en el estrés y la carga que trae consigo la labor de cuidador, evidenciando niveles de carga, depresión, estrés, entre otras, que afectan de manera significativa a los cuidadores de personas en situación de dependencia.

Este rastreo de antecedentes se realizó utilizando palabras como: calidad de vida, cuidador, cuidador familiar, paciente con Alzheimer, habilidad de cuidado, cuidador informal, cuidador principal, enfermedad crónica, estrategias de afrontamiento, carga, demencia, dependencia, percepción, estrategias, depresión, discapacidad, estrés, apoyo social y necesidades. La búsqueda fue realizada en diferentes bases de datos como: Redalyc, Scielo, Psicotema, Dialnet, y Google académico.

De esta forma, se presenta que investigadores como Zambrano y Ceballos (2007) realizaron un estudio donde pretendían hacer énfasis en el concepto del síndrome de carga

del cuidador ya que ésta carece de discusiones acerca de su validez y utilidad. Por lo tanto existen grandes deficiencias metodológicas y teóricas para su manejo; para ello realizaron una presentación tipo ensayo donde expusieron datos significativos acerca de algunos de los estudios realizados sobre el síndrome de carga del cuidador, toda la información que ayuda a explicar la etiología del síndrome, a diferenciarlo de otros tipos de trastornos, además de considerar las intervenciones más adecuadas y eficaces ante dicha problemática y las controversias que pueden delimitarse en torno al tema. La presentación de las diferentes variables como promotoras de la aparición del síndrome del cuidador, demuestra la importancia de estudiar los factores relacionados con la carga y las diferencias entre los cuidadores a la hora de definir las causas que lo expliquen.

Así mismo Vélez, Fernández, Cardona, Segura y Ordóñez (2011), validaron la escala de Zarit y Zarit en versión reducida, la cual permite detectar si el cuidador presenta carga, ya que al realizar funciones indispensables en la tarea del cuidado se pueden generar cambios en la salud, vida social, personal y en la situación económica (Lara, González, Blanco, 2008). La escala evalúa varios factores que influyen en el cuidador, entre ellos el impacto del cuidado, relaciones interpersonales y expectativas de autoeficacia (Alpuche, Ramos, Roja, Figueroa, 2008). El estudio se realizó con 312 cuidadores de personas mayores de 65 años, ellos no eran necesariamente familiares, pero que de alguna forma ejercían la labor sin una retribución económica. Se encontró un instrumento más corto para determinar la carga del cuidador primario del adulto mayor, la versión de la escala de Zarit de Bédard de cribado, validada en el año 2001 en Canadá, que permite captar con una buena sensibilidad la mayoría de los cuidadores con carga únicamente con 4 preguntas.

La importancia de estudiar aquellos factores relacionados con la carga y las diferencias entre cada uno de los cuidadores a la hora de definir las causas que lo expliquen (Zambrano

y Ceballos, 2007), llevó a Díaz y Rojas (2009) a realizar un estudio cuas-experimental con 72 cuidadores familiares, que se distribuyeron en dos grupos; uno de control, formado por 35 personas, y otro experimental, integrado por 37 cuidadores con el fin de evaluar la efectividad del programa desarrollado por la Universidad Nacional de Colombia, en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica; para esto utilizaron el Care Ability Inventory (CAI) propuesto por Nkongho, (1999), que se aplicó como pre y pos prueba. Los resultados señalaron la efectividad del programa para desarrollar las dimensiones de conocimiento y paciencia en el grupo experimental, lo que significa que los cuidadores cuentan con un nivel óptimo para cuidar. La dimensión de valor permaneció inmodificable tanto en el grupo de control como en el experimental, lo cual indica que el programa no fue efectivo para incrementar el valor como dimensión de cuidado. Esta investigación concuerda con los resultados obtenidos en otros estudios como los de Barrera, Blanco, Figueroa, Pinto y Sánchez (2006); Rojas (2007) y Díaz (2007) que señalan comportamientos similares en otros grupos de cuidadores donde el valor se ve afectado, lo que denota carencias para afrontar el cuidado.

Así mismo Crespo y López (2006), realizaron un estudio con una muestra de 116 cuidadores informales pertenecientes a diversas asociaciones e instituciones, que desarrollan programas dirigidos a personas mayores dependientes o diagnosticadas con demencia, para crear un diseño de programas de intervención para cuidadores de personas dependientes. Para esto realizaron un análisis de los efectos del cuidado de un adulto mayor dependiente, sobre la salud física y mental del cuidador, se estudió si existen diferencias entre los cuidadores de adultos mayores con demencia y los cuidadores de adultos mayores dependientes, pero sin deterioro cognitivo, para el desarrollo de alteraciones emocionales y problemas físicos, además de conocer la influencia que tienen las variables: carga

percibida por el cuidador, efectos positivos experimentados, apoyo social, estrategias de afrontamiento, autoestima, problemas de memoria, conducta del enfermo y tipo de enfermedad sobre los problemas emocionales y físicos de los cuidadores.

A partir de la información recolectada se llega a la conclusión, que en su mayoría las mujeres entre 41 y 60 años, hijas o esposas de la persona discapacitada son las que acogen el papel del cuidador y son personas que asumen el rol de cuidado voluntariamente y sin remuneración alguna por ello, realizando un acompañamiento en tareas del hogar como la higiene personal, alimentación, movilidad, salida al médico y acompañamiento.

Además, el estudio arrojó que existe una importante relación entre las características del cuidador y su estado emocional (ansiedad, depresión e ira), así como con su salud física, pero no hay tal asociación entre la situación, el contexto de la persona cuidada, el estado emocional y salud física del cuidador. Es decir, que las variables asociadas al estado emocional son diferentes de las asociadas a la salud física percibida del cuidador, que la problemática emocional del cuidador está asociada a características del cuidador y no de características de la situación de cuidado, que el deterioro de la salud física del cuidador está asociado principalmente a características del cuidador pero también a características de la situación de cuidado y que el tipo de afrontamiento resulta relevante para explicar la problemática emocional del cuidador pero no para explicar su salud física.

Por su parte, Osorio (2011) realizó una investigación de tipo descriptivo con 176 cuidadores familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer, con el fin de describir la calidad de vida del cuidador familiar, en las dimensiones física, psicológica, social y espiritual observada y recolectada en su ambiente natural. La investigación reportó una calidad de vida positiva en el bienestar físico y social, mientras que en las dimensiones

psicológicas y espirituales se encuentran afectadas en forma negativa, además se evidenció que los cuidadores familiares inician los cuidados desde el momento que se realiza el diagnóstico, en sus diferentes roles (padres, hijos, esposos, abuelos, amigos, entre otras) con rangos de edades entre 36 a 56 años, con dedicación entre 6 a 12 horas de cuidado diario.

Así mismo Espín (2008), realizó una investigación para describir las características demográficas, sociales y psicológicas de 61 cuidadores informales de personas con demencia. Los cuidadores se caracterizan por ser en su mayoría mujeres, entre los 40 y 59 años, hijas de los enfermos. Las razones por las cuales atendían a sus padres, eran en mayoría afectivas, no tenían experiencia de cuidar a un enfermo crónico y llevaban menos de 1 año en esta labor; no tenían información acerca de la enfermedad, padecían de problemas nerviosos, óseos y musculares, su estrategia de afrontamiento era, fundamentalmente, la búsqueda de apoyo externo. Se encontraron además problemas económicos y conflictos familiares; los sentimientos negativos más frecuentes fueron la angustia o aflicción, la ira, el miedo y la desesperanza.

Con la información recolectada concluyeron que los cuidadores informales tienen afectaciones múltiples relacionadas con la salud física y mental así como en el orden social y económico, por lo que se hace inminente la búsqueda de alternativas de apoyo puesto que, además de las dificultades planteadas, no cuentan con un mínimo de información acerca de la enfermedad y de los problemas que tiene el adulto mayor al que ofrecen sus cuidados, a pesar de tener un nivel de enseñanza superior en su mayoría.

Aldana y García (2011), en la cotidianidad del cuidado y la comprensión de la experiencia de ser una mujer cuidadora de un anciano diagnosticado con una enfermedad

crónico-degenerativa, tomando en cuenta sus ideas, vivencias y sentimientos. Utilizaron para la investigación, cuatro casos de mujeres cuidadoras, es decir, los datos recolectados fueron proporcionados por personas que realizaban esta labor, quienes habían cuidado aún anciano con enfermedad crónico-degenerativa por un periodo de más de seis meses. Tras el análisis de la información, los resultados evidencian que son las mujeres especialmente las hijas las que se encargan del cuidado, las cuales deben ajustar su rutina de vida en torno del cuidado del enfermo, dejando de lado actividades sociales, recreativas y personales; generando con ello desgaste, cansancio y estrés lo cual las lleva a percibir una carga en sus actividades diarias, concluyendo que el ser cuidador exige un esfuerzo permanente tanto físico como psicológico.

Las principales problemáticas sociales que manifiestan las evaluadas son la falta de tiempo libre, la soledad y el aislamiento, generando sentimientos de tristeza, desesperación, angustia, estrés y culpa, debido a lo cual se olvidan de sí mismos, y sus proyectos de vida se paralizan durante el tiempo del cuidado.

De igual manera, Quero (2007) realiza un estudio en el cual pretendía analizar el comportamiento, la realidad de los cuidadores y las relaciones que se generan en un ambiente hospitalario, además de las motivaciones, las dificultades y el impacto de la enfermedad en el cuidador y su familia. Para la recolección de la información se utilizaron técnicas como la observación participante, los grupos focales y la entrevista en profundidad a cuidadores y servidores públicos de la institución, principalmente enfermeros (as) y auxiliares de enfermería.

Los resultados del estudio evidencian que en su mayoría son las mujeres, con edades de más de 65 años, las que ocupan el rol de cuidador, cuidando a sus padres, compañeros o

hijos, asumiendo el dicho rol por cultura, naturaleza y tradición religiosa; es poco habitual que un hombre se encargue de la labor de cuidar, los casos se dan cuando no hay otra persona que pueda realizar el cuidado. El cuidado es percibido como una obligación moral, pero en las mujeres es una responsabilidad y una labor propia de ellas, contrario de los que sucede con los hombres.

La enfermedad de un miembro de la familia produce un gran impacto, alterando los estilos de vida y roles familiares. En el cuidador familiar las alteraciones son más evidentes, ya que la preocupación por la salud del enfermo es una presión constante en la vida del cuidador.

El cuidado que brinda un familiar del enfermo es indispensable en los centros hospitalarios, ya que estos brindan un acompañamiento que la entidad no puede ofrecer. Debido a ello, el acompañamiento de los profesionales de la salud es primordial para brindarle un adecuado tratamiento al enfermo.

Son evidentes las dificultades a las que se expone el cuidador de un enfermo en hospitalización, como por ejemplo una pobre alimentación y un tiempo reducido de acceso a los servicios de aseo personal, lo que trae consigo alteraciones a nivel físico y mental, tornándose aún más complejos debido a que en los servicios hospitalarios no existen programas de acogida para los cuidadores.

Los cuidadores en general se sienten satisfechos de su labor, pero evidencian fuertes necesidades en la institución hospitalaria, entre ellos las principales son el acceso a los servicios de aseo, mejores espacios para el descanso, buena alimentación y acceso a información.

Félix (2012) llevó a cabo una investigación en la cual pretendía explorar las dimensiones del significado del cuidador en hombres y mujeres cuidadoras familiares de adultos mayores dependientes desde la perspectiva de género. Aplicando para ello encuestas, entrevistas a profundidad, semi-estructurada y diario de campo a 7 hombres y 7 mujeres, para un total de 14 participantes.

Se concluye que el significado que el género masculino da al cuidado es de retribución y gratificación, lo cual los lleva a cuidar al anciano con gratitud y fidelidad, provocando que experimenten sentimientos gratificantes frente al cuidado. Semejantemente el género femenino le otorga al cuidado el significado de gratificante pero a la vez de sentimientos ambivalentes, debido a que esta labor se dio a través de asignación u obligación, gracias a la tracción cultural-religiosa en la cual la mujer es la encargada de cuidar a las personas que lo requieran. Aunque ambos géneros se confirman responsables del cuidado, dando lo mejor de cada persona hasta el último momento; entendiendo que el cuidado es una obligación moral, que exige un alto sentido de responsabilidad y que es inherente a hijos/as y esposos/as.

El género también es un factor determinante en la adaptación al cuidado, en los hombres el cuidado es una situación desconocida y no ordinaria, debido a lo cual realizan esta labor con sufrimiento y responsabilidad; en el caso de las mujeres es una experiencia natural, ordinaria y de principios que siempre ha estado presente a lo largo de sus vidas.

Para ambos géneros el cuidado significa transformación, pero en el género masculino se experimenta una afectación a la identidad (dejan de hacer), sintiendo que se pierde el sentido de la vida, debido a que hacen el papel de mujer al cuidar del otro, tornándose esta actividad como un estado de cautiverio que les impide disfrutar de la libertad. En el género femenino esta labor también significa una renuncia al ser (dejan de ser), pero debido a

tradiciones culturales y religiosas que les imponen el cuidado de los otros como algo natural e implícito en el rol de mujer.

Para los cuidadores el cuidado implica acompañamiento de una mujer en la ejecución de su rol, manifestando soledad y necesidad de apoyo, percibiendo carga y agotamiento, además de que trae consigo la pérdida de oportunidades y de la libertad individual. Para las cuidadoras implica soledad y falta de apoyo familiar, debido a lo cual perciben una mayor carga y agotamiento al realizar la actividad, además de sentimientos y deseos de morir o dejar de existir, debido a que el cuidado y todo lo que ello implica rebasan sus capacidades vitales.

Finalmente el cuidado implica cambios y alteraciones en la vida de quien realiza esta labor, pero afecta a un nivel más profundo al género femenino, debido a que éstas perciben el cuidado como una obligación impuesta por la cultura y la religión, evidenciando mayor afectación en la salud física y mental que en el género masculino, donde el cuidado se realiza por una necesidad y por decisión propia.

En esta línea, Seidmann, Stefani, Pupko y Acrich, (2004) analizaron en forma crítico-comparativa las posibles diferencias entre dos grupos de cuidadoras familiares de enfermos crónicos, madres que cuidan hijos enfermos crónicos, e hijas que cuidan al padre o a la madre ancianos con enfermedad crónica. Estudiaron en cada grupo de cuidadoras la posible influencia del tamaño de la red de parientes, apoyo social percibido, satisfacción con el apoyo social y en el sentimiento de carga que es experimentado por ellas. Para evaluar la estructura de la red social y el apoyo social percibido seleccionaron el Cuestionario sobre Apoyo Social de Mannheim (MISS) (Veiel, 1986) y para evaluar el sentimiento de carga utilizaron el Cuestionario sobre Sentimiento de Carga (CSC) (Zarit y Zarit, 1982). Los instrumentos fueron administrados, a 60 cuidadoras familiares de

enfermos crónicos que conformaban la muestra, 54% eran madres y 46% eran hijas. Concluyeron, que en la estructura de la red social no hay diferencias significativas. Ambos grupos de cuidadoras familiares se diferencian en los siguientes grados de apoyo social percibido: apoyo social moderado y apoyo social fuerte. Un porcentaje significativamente mayor de las hijas cree contar con un apoyo social moderado, mientras que un porcentaje significativamente mayor de las madres percibe un apoyo social fuerte.

Respecto a la satisfacción e insatisfacción con el apoyo social percibido no se diferencia en los grupos (ambos manifestaron en mayor porcentaje sentirse insatisfechas). En cuanto al sentimiento de carga, el grupo de madres se diferencia significativamente del de las hijas, las primeras sienten que las responsabilidades que implica el cuidado de un hijo enfermo crónico casi nunca afectan en forma negativa su salud, su vida personal y social, las finanzas y su bienestar psicológico; mientras que las hijas manifiestan que las demandas del cuidado de un progenitor enfermo crónico las afectan frecuentemente en forma negativa.

Por otro lado, Tartaglioni, Ofman y Stefani (2010), realizaron un estudio ex post facto (después de ocurridos los hechos) y de tipo transversal, en el cual la recolección y análisis de los datos se da en un único momento, utilizando una muestra de 200 cuidadores informales que acompañaron a los pacientes con demencia. Se analizó si los estilos y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores familiares principales influyen sobre el sentimiento de carga que experimentan por la asistencia diferencial del paciente con demencia; evidenciando que los bajos niveles de carga están relacionados con la utilización de las estrategias de búsqueda de información y de llevar a cabo acciones que resuelvan el problema eficazmente; en cambio, a mayor utilización de descarga emocional mayor nivel de carga. Estos resultados apoyan la hipótesis formulada y aportan evidencia empírica que fortalece la teoría transaccional del estrés formulada por Lazarus y Folkman (1984).

Además coinciden con otras investigaciones que afirmaron que el estrés del cuidador está relacionado con la valoración que él realice de la situación y con los recursos que disponga para afrontarla (Muela, Torres y Peláez 2002; McClendon y Neundorfer, 2003 Haley, Levine, y Bartolucci, 1987).

En esta misma línea Pérez, Cartaya y Olano (2012), realizaron un estudio con 100 cuidadores principales de adultos mayores, para identificar las variables asociadas a la carga que experimentan los cuidadores principales de estos pacientes que se encuentran en los estados leves y moderados de la enfermedad de Alzheimer según los criterios del DSM IV. Esta investigación concluyó que el 74 % de los cuidadores principales no reciben apoyo de otros integrantes de la familia, amigos o vecinos, es decir, es 38,48% más probable que los cuidadores principales que no reciben apoyo experimenten carga que aquellos que si lo reciben; además de esto los cuidadores principales son en su mayoría hijas, de estado civil casado, sin vínculo laboral, con un nivel superior de escolaridad y sin apoyo. Los resultados corresponden con los de otros autores al describir la relación significativa del apoyo recibido con la carga de los cuidadores principales de estos pacientes (Herrera, 2007). Este tipo de investigaciones son útiles debido a que afirma que los cuidadores que no reciben apoyo familiar o social pueden tener carga por la labor que realizan y que de alguna manera deben hacer cambios en su vida.

Ocampo, Herrera, Torres, Rodríguez, Loba y García (2007) propusieron determinar la frecuencia y los factores asociados con la presencia de carga para el cuidador en ancianos dependientes a través de un pilotaje comparativo y observación de corte transversal. Se evaluaron 35 pacientes mayores de 60 años, se valoraron las variables socio-demográficas en el anciano y en el cuidador, así como las variables biomédicas; se aplicó la prueba de Minimental y la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. En la valoración social se

empleó la escala de APGAR familiar, para la carga del cuidado la escala de Zarit y Zarit y para la valoración funcional se utilizó el índice de Barthel. Al analizar la presencia de carga para el cuidador con número de enfermedades crónicas, se descubrió implicación significativa entre el grado de dependencia en las actividades básicas cotidianas en el aspecto físico, con la presencia de carga para el cuidador. Como los familiares son los principales cuidadores, los estudios se deben enfocar en identificar y llevar a cabo intervenciones que puedan prevenir o limitar la disminución de la salud mental, la pérdida de la calidad de vida y la aparición de carga para el cuidador.

Por otro lado García y Celso (2011) realizaron una investigación en la cual se pretendió analizar las necesidades del cuidador primario de enfermos oncológicos infantiles, así como las motivaciones para adquirir este rol y para mantenerlo a través del tiempo; utilizando herramientas como las notas de campo, la observación participante, grupos focales y entrevistas semi-estructuradas para la recolección de los datos en una muestra de 50 cuidadores. En la cual se pretendía comprender la experiencia del cuidador principal, significados que se construyen alrededor de esta labor, las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores de pacientes infantiles con cáncer durante el proceso de la enfermedad. Se concluyó que las principales motivaciones de los cuidadores son el amor, el afecto, el deber, la obligación, altruismo, compromiso, recompensa y reconocimiento. Las principales estrategias de afrontamiento utilizadas, son las centradas en las emociones, las cuales se presentan en las primeras etapas de la enfermedad, entre ellas la búsqueda de apoyo social, la evitación conductual y cognitiva, la somatización y sintomatología depresiva, la negación y los pensamientos irracionales recurrentes y catastróficos, aunque ante factores estresantes utilizan estrategias de afrontamiento centradas en el problema

como la búsqueda de información, la búsqueda de apoyo profesional, la comunicación, la aceptación y la planificación.

Durante el proceso de la enfermedad surgen ciertas distorsiones cognitivas y adaptativas como el estrés, la ansiedad y la depresión, que se presentan debido en parte a la utilización de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. En cuanto a la vinculación, los cuidadores presentaron principalmente una vinculación de tipo segura con el paciente, en la cual el cuidador se muestra sensible, dando una respuesta apropiada a las señales del enfermo. Además el cuidado brindado provoca cambios en la vida del cuidador, como el cambio de entorno (hogar-hospital-albergue) limitación de contar con redes de apoyo, abandonar los empleos, renunciar a la vida personal y a los espacios de ocio y recreación; todo esto provoca agotamiento y estrés y en la medida de ello un desajuste emocional y físico en la vida del cuidador.

Como se ha mencionado en diferentes antecedentes el cuidado y el estrés generado por este rol, es un fenómeno problemático al cual no se le ha prestado la debida importancia para su intervención, por lo tanto Buitrago, Ortiz, y Eslava, (2010) realizaron una investigación donde identificaron las necesidades generales en un grupo de cuidadores de personas en situación de discapacidad para proponer estrategias de acción que contribuyan a su bienestar y el de las personas que están a su cuidado y se valoraron las percepciones de las necesidades descritas bajo el modelo de Determinación Social de la Salud, como necesidades de tipo general, para esto realizaron entrevistas a profundidad, entrevistas semi-estructuradas y un grupo focal. En los cuidadores resaltaron las necesidades relacionadas con los problemas de tipo económico, las debilidades en el sistema de protección social, los problemas de acceso a los servicios de salud y de la calidad de los servicios, así como la falta de oportunidades laborales. Llegaron a la conclusión que aunque

los participantes reconocieron un avance en la formulación de políticas públicas para las personas en situación de discapacidad, perciben que éstas no logran cobijarlos en su situación de cuidadores. Adicionalmente, requieren y sugieren la creación de programas integrales para contribuir a la calidad de vida tanto de las personas en situación de discapacidad como de los cuidadores.

5. MARCO TEÓRICO

La presente investigación se centra en el cuidador familiar de personas dependientes, para lo cual se definen los conceptos que intervienen directamente en el proceso de investigación en el siguiente orden: dependencia (situación que impide el desarrollo normal de la vida, producto de la discapacidad), cuidador (quien se hace cargo del enfermo), estrés y carga (consecuencias negativas del cuidado), estrategia de afrontamiento (capacidad individual de asimilar las situaciones estresantes) y percepción (pensamientos y creencias que se hacen sobre un hecho). Esta forma de presentación de las variables permite relacionarlas, evidenciando una secuencialidad que brinda orden lógico y coherente al desarrollo de las mismas.

5.1 Dependencia

El Consejo de Europa (1998) define la dependencia como "Un estado en el que las personas, debido a una pérdida física, psíquica o en su autonomía intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en las actividades diarias". A sí mismo, La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) establece que "la dependencia es la limitación para realizar algunas actividades claves y que requieren una ayuda humana que no se necesitaría de forma acostumbrada para un adulto sano".

Siendo entonces la dependencia la disminución de la capacidad de cuidar de sí mismo, tomar decisiones y mantener una alta calidad de vida, produciendo dificultades para realizar las actividades de la vida diaria, lo cual es consecuencia de la discapacidad, entendiendo ésta como una situación “que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación” OMS (2000).

El proyecto de ley 33 de 2009, define como dependiente:

Aquella persona que por su condición física, mental, intelectual o sensorial, o por razones de edad, se encuentre limitada en su autonomía o independencia de manera permanente, generando la necesidad de atención de parte de otra persona para realizar las actividades esenciales de la vida diaria.

Ejemplo de esto, es una persona que sufre un accidente cerebrovascular y como consecuencia queda inmovilizada en la parte lateral derecha de su cuerpo, necesitando ayuda para realizar las labores cotidianas de su vida, como vestirse, bañarse, entre otras. La existencia de un individuo dependiente exige la presencia de un individuo cuidador que cumple las funciones de ayudar en todo lo necesario a la persona discapacitada.

5.2 Cuidador

La OMS en el año 1999 define al cuidador primario como:

La persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente,

decisiones para el paciente y cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta.

Por otro lado el proyecto de ley 33 de 2009, lo define como:

Aquella persona que siendo cónyuge, compañero o compañera permanente de la persona dependiente o teniendo un parentesco hasta el quinto grado de consanguinidad, tercero de afinidad o primero civil con la misma, demuestre que le presta ayuda permanente para las actividades de la vida diaria, sin recibir una contraprestación económica por su asistencia y que por su labor de cuidador se ve impedido de desempeñarse laboralmente.

Es decir, el cuidador la mayoría de las veces es un familiar que decide o se le asigna la labor de cuidar al enfermo, brindándole ayuda en actividades diarias como: el aseo, la alimentación y la compañía.

Son variadas las definiciones de cuidador, pero según las características de éstos, se pueden diferenciar dos grupos: cuidadores profesionales, que son aquellos que ejercen su labor de cuidador a través de organismos, instituciones o empresas. Y cuidadores no profesionales, son aquellos familiares, amigos o voluntarios de asociaciones y ONG. Ambos, dedicados al cuidado de personas con discapacidades, físicas, sensoriales o psíquicas (García, 2009).

Dentro de estos grupos se pueden identificar tres categorías que son utilizadas en múltiples contextos: el primero, Cuidador familiar, es aquel integrante del entorno familiar que dedica tiempo y esfuerzo para permitir que otro familiar en situación de discapacidad, pueda desenvolverse en su vida diaria y no recibe remuneración por esto, por ejemplo: un hijo. El segundo, Cuidador informal o principal, es aquella persona que ejerce la labor de cuidar a personas en situación de discapacidad, dedicando el mayor tiempo al cuidado del

enfermo, por ejemplo un vecino. Y el tercero Cuidador formal, también conocido como técnico profesional en servicios asistenciales, es aquel que tiene la formación adecuada para cuidar a una persona en situación de discapacidad y reciben una remuneración por esto, por ejemplo un enfermero(a) (García, 2009).

El realizar estas actividades de cuidado, provoca que el individuo cuidador se enfrente a situaciones difíciles y estresantes, producto de la discapacidad del sujeto que está bajo su cuidado.

5.3 Estrés y Carga

El estrés se entiende según Pelechano (1991. Pag 733) como "un estímulo o conglomerado de estímulos (sucesos) que son 'externos' al individuo, todos ellos con características afectivamente negativas". Otra definición retomada de Fierro (1983. Pag 3) refiere que el estrés es "un exceso o heterogeneidad de estimulación que el individuo no puede procesar de manera correcta". Es decir, que el estrés puede ser entendido como un estímulo o serie de estímulos perjudiciales para los cuales el individuo no está preparado para enfrentarlos. En ocasiones el estrés al que se enfrenta el cuidador se torna desbordante, trayendo consigo consecuencias perjudiciales para su salud y bienestar. Un ejemplo de éstas son dolores físicos, alteraciones emocionales como la depresión y sentimientos de tristeza, rabia e impotencia.

El concepto de carga según Zarit (2002) (citado en Carretero, et al., 2006), se utiliza para referirse a las tensiones y demandas que sufren los cuidadores, lo cual trae consigo

consecuencias físicas, emocionales y económicas en la vida y en el desempeño del cuidador.

Entendiendo la carga como el sentimiento de ser sobrepasado por la situación vivenciada, el cual se expresa en enfermedades y alteraciones tanto mentales como físicas, las cuales pueden llevar a que el cuidador desee terminar con la labor o llegue a cuidar inadecuadamente a la persona discapacitada. Por ejemplo, un cuidador que presenta carga puede llegar a maltratar a la persona a la cual cuida, a través de golpes y palabras ofensivas, que vulneran a la persona discapacitada.

Autores como Hjärthag, Helldin, Karilampi y Norlander, (2010); Platt, (1985), consideran que la carga es causada por los síntomas y las conductas derivadas de éstos, presentes en el paciente, ya que éstos se evidencian en alteraciones de la vida familiar y en la necesidad de cuidado. Tessler y Gamache (1994) sugieren que la carga se relaciona con las tareas adicionales de supervisión y estimulación derivadas de la atención del paciente, con la autopercepción del cuidador acerca de su papel y con la tensión psicológica generada en la familia por la enfermedad. Estos aspectos producen problemas económicos, renuncia a las actividades personales, especialmente las interacciones sociales y alteraciones en las rutinas tanto del hogar como del cuidador. Además de expresar en diferentes formas sentimientos, actitudes y emociones sobre la experiencia del cuidado tales como satisfacción, desesperación, rabia, impotencia, cansancio extremo, tristeza, entre otras (Reinhard, Gubman, Horwitz y Minsky, 1995).

En contraposición a estas situaciones adversas, todos los seres humanos cuentan con recursos que ayudan a sobrellevar el estrés y las consecuencias que se desprenden de él. Estos recursos, se refieren a las estrategias de afrontamiento, es decir, las capacidades que

tiene una persona para responder ante las diferentes situaciones que se le presentan, ante las cuales cada persona cuenta con una predisposición para elegir determinadas estrategias de afrontamiento.

5.4 Estrategias de Afrontamiento

Los estilos de afrontamiento, “se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional” (Fernández, 1997. Pag 190).

Autores como Lazarus y Folkman (1984. Pag 141) definen al afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”; Everly, George y Jeffrey (2002. Pág 44) las define “como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, esfuerzos que pueden ser psicológicos o conductuales”; y Frydenberg y Lewis (1997. Pág 13) como “las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas”. Estas son algunas de las herramientas con las cuales cuenta el ser humano para hacer frente a las diferentes experiencias de vida y con las cuales los cuidadores pueden defenderse y sobrellevar las situaciones estresantes que se le presentan en el desempeño de su labor, permitiéndoles una adaptación a los cambios inesperados de estilos y ritmos de vida que trae consigo el cuidado; además dichas estrategias permiten la búsqueda de alternativas que ayuden a mejorar la calidad de vida tanto del cuidador como de la persona cuidada.

Otros autores (Fernández, 1997. Pág190) define las estrategias de afrontamiento como “los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes. Mientras que, autores como Macías, Madariaga, Valle y Zambrano (2013. Pág 125), dicen que:

Las estrategias de afrontamiento son entendidas como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes. Aunque la puesta en marcha de estas no siempre garantiza el éxito, sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, atribuyéndoles beneficios personales y contribuyendo a su fortalecimiento.

Según Lazarus y Folkman (1984) (citado en Casado 2002 y Carretero et al., 2006) se pueden determinar dos tipos de afrontamiento, uno que va dirigido al problema y aparece cuando se han evaluado las condiciones y se ha determinado que son susceptibles de cambio; en el cual se busca la modificación, es decir, generar un cambio hacía otro problema que no suponga amenaza; este proceso implica un refuerzo del papel del sujeto en su entorno, tanto social como personalmente, facilitando una disposición anclada en la valoración de autoeficacia ante futuros retos. El otro está dirigido a la emoción, por lo general aparece cuando después de la evaluación el sujeto determina que no puede modificar las condiciones amenazantes o desafiantes del entorno. Es en definitiva un intento de manejo no-funcional ante las demandas que la realidad hace al sujeto; no significa una renuncia al afrontamiento dirigido al problema, sino que se entrelaza con él, permitiendo una acción más ajustada, con metas más realistas, y por tanto más funcional.

Estos autores reconocen 8 formas de estrategias de afrontamiento, de las cuales las 2 primeras se centran en la solución del problema, las siguiente 5 en la regulación emocional y la ultima en ambos tipos: la primera es la Confrontación (intentos de solucionar

directamente la situación mediante acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas). La segunda es la Planificación (pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema, por ejemplo: adecuar los espacios del hogar para una mejor movilidad de la persona enferma). La tercera es el Distanciamiento (intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que este afecte a la persona, por ejemplo: alejarse del problema a tal punto de no querer saber de la situación). El cuarto es el Autocontrol (esfuerzos por controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales, por ejemplo: utilizar técnicas de autocontrol, como contar hasta 10 o respirar profundo). El quinto es la Aceptación de responsabilidad (reconocer el papel que se ha tenido en el origen o mantenimiento del problema). El sexto es el Escape-evitación (evitar pensamientos sobre el problema, por ejemplo: empleo de pensamientos irreales, improductivos o estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos). El séptimo es la Reevaluación positiva (percibir los posibles aspectos positivos que tiene o ha tenido la situación estresante, por ejemplo: la enfermedad del familiar unió más la familia). Y el octavo es la Búsqueda de apoyo social (acudir a otras personas para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional, por ejemplo: ir al médico para explicarle qué cuidados debe seguir para mejorar la calidad de vida del familiar).

McCubbin, Cauble y Patterson (1982) dicen que los procesos de afrontamiento no solo se presentan de forma individual, sino también dentro del grupo familiar y el ámbito social, donde se utilizan diferentes estrategias que ayuden a afrontar la crisis, con el fin de mantener y recuperar el equilibrio para garantizar el bienestar de sus miembros.

Uno de los objetivos de este estudio es conocer las percepciones que realizan los cuidadores de las estrategias de afrontamiento que utilizan en su labor; sin embargo, luego de investigar sobre la teorización de la percepción de los cuidadores, no se encontró una

definición puntual de este concepto acorde con las pretensiones del estudio. Por lo tanto se retomó una definición aproximada que describe la percepción como la forma individual de sentir, experimentar e interpretar un suceso o hecho vivenciado, la cual es única y propia de cada persona, siendo improbable que se presente de la misma manera en otra.

5.5 Percepción

Desde la Psicología Gestalt, se define la percepción como un “proceso de extracción y selección de información relevante, encargado de generar un estado de claridad y lucidez consciente que permita el desempeño dentro del mayor grado de racionalidad y coherencia posibles con el mundo circundante” (Oviedo, 2004. Pág. 90). Es decir, la capacidad de interpretar, organizar y percibir a través de los órganos de los sentidos las cosas que conocemos. Por lo tanto, no se propone la percepción como un aspecto de los órganos de los sentidos, sino como la forma en que cada sujeto forma concepciones a partir de los acontecimientos y fenómenos que afectan su pensamiento, esta supone una postura o toma de perspectiva, un punto de vista y un actuar sobre las cosas. La percepción de cada sujeto es diferente a las de los demás, ya que cada individuo posee y recrea conocimiento y experiencias propias a partir de lo que ha vivido, generando ideas y conceptos desde la experiencia personal, esto conlleva a que cada ser humano tenga la capacidad de abstraer la realidad que lo rodea desatando concepciones, actitudes, formas de actuar e interpretaciones únicas e irrepetibles (Cárdenas, 2012).

Autores como Rodríguez y Álvarez (2006. Pág 1) mencionan que la percepción involucra “los valores, las tradiciones, los estereotipos, las vivencias y los conocimientos que tienen los individuos sobre determinados aspectos o fenómenos de la vida”.

Puede pensarse entonces la percepción como la manera en que los sujetos entienden e interpretan los diferentes estímulos circundantes, indica un acto de construcción involucrando una posición del sujeto frente a lo que conoce inicialmente (González, 2009); siendo producto de diversos procesos de orden psicológico implicando principalmente el significado, las relaciones, el juicio, el contexto, la experiencia pasada y la memoria. (Schiffman, 2005).

Según Vargas (1994) (citado en Cárdenas, 2012), la percepción de un individuo posee tres características; la primera es subjetiva puesto que las percepciones varían de un individuo a otro, dependiendo de sus necesidades o experiencias; la segunda es selectiva, se da como consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona, seleccionando su campo perceptual dependiendo de lo que desea percibir, ya que no puede percibir todo al mismo tiempo y la tercera es temporal, puesto que la percepción se considera un fenómeno a corto plazo.

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de investigación

La metodología de la investigación fue mixta (cuantitativa- cualitativa), la cual permitió realizar una revisión del fenómeno más completa, es decir que el fenómeno se abordó desde una perspectiva cuantitativa o numérica permitiendo conocer cifras y porcentajes de las variables carga y estrategias de afrontamiento, y una perspectiva cualitativa, evaluada a partir del relato permitiendo conocer la percepción que tienen algunas personas frente a las estrategias de afrontamiento utilizadas en la labor de cuidado.

El alcance de la investigación es correlacional porque su finalidad fue conocer la relación o grado de asociación existente entre las variables estrategias de afrontamiento y niveles de carga en los cuidadores de personas dependientes inscritas en Corporación Coloresa, utilizando la escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) (2006) que brindó la información sobre las estrategia de afrontamiento más utilizadas por los cuidadores y la Escala de Sobrecarga de Zarit y Zarit (1982), que permite identificar la sobrecarga en la población estudiada.

6.2 Diseño de investigación

El estudio tuvo un diseño cuasi-experimental de corte transversal, puesto que no se manipuló algún tipo de variables (estrés, carga y estrategia de afrontamiento), sino que se hizo un análisis del fenómeno tal cual como se presentó, además no se llevaron periodos de seguimiento y solo se realizó la evaluación en un determinado momento, permitiendo describir las variables. Otro aspecto es que la asignación de la muestra fue intencionada. Al interior del diseño, se presentaron dos grupos, un grupo caso (cuidadores de personas dependientes inscritas en la Corporación Coloresa) y un grupo control (población en general del municipio de Santa Fe de Antioquia) con el fin de determinar si existían diferencias entre las estrategias utilizadas por estos y por los cuidadores.

6.3 Población y muestra

La población estuvo conformada por personas residentes del casco urbano del municipio de Santa Fe de Antioquia. La muestra fue conformada por 15 cuidadores de personas dependientes de la Corporación Coloresa, y 15 personas ajenas a la Corporación, la conformación del grupo caso y control se realizó teniendo en cuenta el género, edades y otras variables sociodemográficas.

6.4 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión grupo caso:

- Cuidadores de personas dependientes inscritos en Coloresa
- Personas entre 42 y 75 años.
- Hombre y mujer.
- Personas cuidadoras que no padezcan trastornos mentales o físicos
- Personas del área de urbana.

Exclusión grupo caso

- Cuidadores de personas dependientes no inscritos en Coloresa
- Personas cuidadoras que padezcan trastornos mentales o físicos.
- Personas fuera rango de edad establecido.
- Personas del área de rural.

Inclusión grupo control

- Personas del común del municipio de Santa Fe de Antioquia,
- Entre 37 y 75 años
- Hombre y mujer.
- Área urbana.

Exclusión grupo control

- Personas sin problemas mentales, cognitivos o físicos,
- No cuidadores.

- Área rural.

6.5 Variables de estudio

Tabla 1. *Variables de estudio*

Variable	Operacionalización
Edad	35>40
	41>45
	46>50
	51>55
	56>60
	61>65
	66>70
	71>75
Sexo	Femenino
	Masculino
Estrato	1 2 3
Escolaridad	Primaria
	Secundaria
	Técnica
	Tecnología
	Universitaria
	Ninguno
Tiempo de cuidado	1 a 3 meses
	4 a 7 meses
	8 a 11 meses
	1 a 2 años
	3 a 5 años
	6 a 8 años
	9 a 11 años
	12 o más años
Hora diarias que dedica al cuidado	1 a 3 horas
	4 a 7 horas
	8 a 11 horas
	12 o más
Número de personas al cuidado	1 a 2
	2 a 3
	4 o más

Estrés y Carga	Ausente
	Medio
	Alta
Estrategias de afrontamiento	Solución de problema
	Apoyo Social
	Evitación emocional
	Apoyo profesional
	Reacción agresiva:
	Evitación cognitiva
	Reevaluación positiva
	Expresión de la dificultad de afrontamiento
	Negación
Autonomía	
Tipo de discapacidad	Física
	Mental
Grado discapacidad	Leve
	Moderado
	Grave
Parentesco	Esposo (a)
	Hijo (a)
	Hermano (a)
	Padres
	Otro

6.5 Instrumentos de recolección de información.

Para la presente investigación se utilizaron el Cuestionario de Datos Generales y Psicosociales, el cual brindó la información sobre la edad, nivel social, sexo, entre otros; la Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M, 2006), diseñada para evaluar doce estrategias de afrontamiento al estrés, basada en la teoría de Lazarus y Folkman (1984), lo cual brindó la información sobre las estrategia de afrontamiento más utilizadas por los

cuidadores. Este cuestionario posee un alfa de Cronbach muy buena ($\alpha = .847$) y consta de 69 ítems, con seis opciones de respuesta tipo likert (1: nunca; 2: casi nunca; 3: a veces; 4: frecuentemente; 5: casi siempre; 6: siempre), en el que las puntuaciones indican: utilización de la estrategia baja (percentil 25); Media (percentil 50) y Alta (percentil 75), la cual se puede verificar con la tabla de baremos (ver anexo 6). La distribución del cuestionario y la evaluación de las estrategias se encuentran conformadas de la siguiente manera:

- Solución de problemas: ítems 10, 17, 19, 26, 28, 37, 39, 51, 68
- Búsqueda de apoyo social: ítems 6, 14, 23, 24, 34, 47, 57
- Espera: ítems 9, 18, 27, 29, 38, 40, 50, 60, 69
- Religión: ítems 8, 16, 25, 36, 49, 59, 67
- Evitación emocional: 11, 20, 21, 30, 41, 43, 53, 62
- Búsqueda de apoyo profesional: 7, 15, 35, 48, 58
- Reacción agresiva: 4, 12, 22, 33, 44
- Evitación cognitiva: 31, 32, 42, 54, 63
- Reevaluación positiva: 5, 13, 46, 56, 64
- Expresión de la dificultad de afrontamiento: 45, 52, 55, 61
- Negación: 1, 2, 3
- Autonomía: 65, 66

Además, para evaluar la carga, se utilizó la Escala de Sobrecarga Zarit y Zarit (1982), diseñada para valorar la vivencia subjetiva de carga sentida por el cuidador principal. Este cuestionario consta de 22 ítems, con cinco opciones respuesta tipo likert (0: Nunca, 1: Rara vez, 2: Algunas veces, 3: Bastantes veces, 4: Casi siempre), e indica ausencia de carga

cuando las puntuaciones se encuentran por debajo de < 47, carga moderada entre 47 y 55, y alta por encima de estas últimas.

La entrevista a profundidad solo se aplicó a 6 personas que presentaran carga alta, permitiendo conocer la percepción que los cuidadores realizan sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas. Esta se conformó por una serie de preguntas encaminadas a conocer a profundidad la percepción que tenían sobre el cuidado. El conocimiento que tenían sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas. Cuáles fueron las consecuencias de las estrategias de afrontamiento utilizadas en dicha labor y por último que alternativas ayudarían a mejorar las condiciones de la labor del cuidado.

6.6 Procedimiento de recolección de la información

Para la realización de este tipo de investigaciones, se siguen los lineamientos básicos del código de ética del Psicólogo en Colombia. Por lo tanto se firmaron los consentimientos informados, antes de la recolección de la información. Se dividió el grupo en dos, con los mismos rangos de edad, grupo control, conformado por personas del común y grupo caso, conformado por cuidadores de personas dependientes, a los cuales se les aplicaron los instrumentos. Los cuidadores que puntuaron con carga alta, se le realizaron las entrevistas a profundidad.

6.7 Plan de análisis

El plan de análisis de la investigación se realizó teniendo en cuenta inicialmente la construcción de una base de datos en Excel con los resultados de ambos instrumentos de evaluación. Luego, se realizó un análisis estadístico utilizando el programa SPSS versión 20 teniendo en cuenta análisis de confiabilidad (Alpha de Crombach), estadísticos descriptivos como frecuencias (%), medias (M) y comparación entre éstas utilizando un análisis de varianza (ANOVA). Finalmente se realizó un análisis de correlaciones utilizando el coeficiente de correlación de Pearson ($p < .05$).

El análisis de confiabilidad se hizo mediante el coeficiente de Alpha Crombach, en el que se considera consistencia interna confiable cuando el resultado es cercano a 1, sin embargo para el propósito de la investigación se tomaron como valores aceptables puntuaciones superiores a $\alpha = > .70$. Se adoptó la siguiente escala para la valoración del coeficiente de confiabilidad: Baja confiabilidad ($\alpha = < .65$), Confiabilidad aceptable ($\alpha = > .65$ a $.70$), Buena confiabilidad ($\alpha = > .71$ a $.80$), Muy buena confiabilidad ($\alpha = > .81$ a $.90$), y Excelente confiabilidad ($\alpha = > .91$ a 1.0).

Se tuvieron en cuenta las frecuencias acumuladas de cada categoría o variable, en valores relativos (porcentajes) y en valores absolutos, es decir, el número de veces en que se repiten las variables, lo cual permitió observar diferencias y semejanzas entre las diferentes categorías: hombres y mujeres, cuidadores y no cuidadores, carga alta y carga baja, rangos de edades, etc.

Al interior del análisis descriptivo se utilizó la media (M), como medida de tendencia central, la cual permitió obtener el promedio aritmético de manera más precisa. Ésta se obtiene con la suma de todos los valores dividida por el número de casos, con esta se puede identificar cual es la tendencia central de las puntuaciones y compararlas según las variables de la población. En las medias se puede observar la desviación estándar, es decir cuánto puede alejarse una puntuación respecto al promedio.

También se utilizó el análisis de varianza (ANOVA), para contrastar las medias y los resultados obtenidos en la pruebas aplicadas a los dos grupos poblacionales en las variables estrés-carga y estrategias de afrontamiento, buscando encontrar diferencias o semejanzas entre los grupos y a partir de ello determinar si los sujetos de ambos grupos difirieren o se asemejan en la utilización de las estrategias de afrontamiento. En este se consideran diferencias significativas a puntuaciones cuando la Sig. Bil es de $< .05$.

La prueba estadística del coeficiente de correlación de Pearson permite determinar la existencia de un tipo de relación entre las puntuaciones obtenidas en las variables, para este caso el estrés-carga y su relación con las estrategias de afrontamiento. Se evidencia que existe una relación entre éstas cuando el resultado es de $p = < .05$.

6.8 Consideraciones éticas

Todo psicólogo (a) en ejercicio de su profesión contribuirá al progreso de la psicología como ciencia y como profesión a través de la investigación, basándose en las reglas y exigencias del trabajo científico y dando a conocer su saber y/o conocimiento a estudiantes

y a otros profesionales. Todo proceso de investigación evitara absolutamente la producción de daño permanente, irreversible e innecesario a los participantes de un estudio de investigación, siendo indispensable para ello la autorización explícita de todo participante o tutor del mismo en caso de menores de edad. Además todo proceso de investigación debe proceder siempre teniendo como pilar básico el respeto por la dignidad humana de toda persona que en el participe y con ello las creencias, el pudor, la intimidad, especialmente es situaciones que involucren temas delicados como el comportamiento sexual, accidentes, enfermedades, etc.

Las investigaciones realizadas por los profesionales de psicología en Colombia son estipuladas por el código deontológico y bioético consagrado en la ley 1090 de junio de 2006, decretada por el ministerio de protección social, el cual es de obligación ético y legal practicar. En este caso, la investigación tuvo en cuenta los artículos 33°, 34° y 37° del apartado IV, denominado de la investigación y docencia.

Artículo 33°. Todo/a Psicólogo/a, en el ejercicio de su profesión, procurará contribuir al progreso de la ciencia y de la profesión psicológica, investigando en su disciplina, ateniéndose a las reglas y exigencias del trabajo científico y comunicando su saber a estudiantes y otros profesionales según los usos científicos y/o a través de la docencia.

Artículo 34°. En la investigación rehusará el/la Psicólogo/a absolutamente la producción en la persona de daños permanentes, irreversibles o innecesarios para la evitación de otros mayores. La participación en cualquier investigación deberá ser autorizada explícitamente por la/s persona/s con la/s que ésta se realiza, o bien por sus padres o tutores en el caso de menores o incapacitados.

Artículo 37°. La investigación psicológica, ya experimental, ya observacional en situaciones naturales, se hará siempre con respeto a la dignidad de las personas, a sus creencias, su intimidad, su pudor, con especial delicadeza en áreas, como el comportamiento sexual, que la mayoría de los individuos reserva para su privacidad, y también en situaciones –de ancianos, accidentados, enfermos, presos, etc.- que, además de cierta impotencia social entrañan un serio drama humano que es preciso respetar tanto como investigar.

7. RESULTADOS

7.1 Resultados cuantitativos

A continuación se describen los resultados estadísticos de la aplicación de las pruebas Zarit y Zarit (1982) y Estrategia de Afrontamiento de Coping Modificada (2006). Primero se encontrará el análisis de confiabilidad de ambos test, seguidamente estarán los datos sociodemográficos, luego los descriptivos generales tales como: medias, desviación estándar y Análisis de varianza, y por último los resultados cualitativos arrojados por las entrevista semi-estructura realizada a las personas que obtuvieron un puntaje que indica carga en la escala de Zarit y Zarit.

7.1.1 Análisis de confiabilidad

El análisis de confiabilidad respecto a la Escala de Sobrecarga de Zarit y Zarit (1982), obtuvo un puntaje que sostiene que la escala presente muy buena confiabilidad ($\alpha = .889$), y el análisis de confiabilidad de la escala Estrategia de Afrontamiento de Coping Modificada (2006) indica muy buena confiabilidad ($\alpha = .975$). Esto significa que la aplicación de la prueba se realizó en condiciones similares, que se intentó evitar sesgos en la aplicación de la misma, y que presenta una adecuada consistencia (Ver tabla 2).

Tabla 2. *Alpha de cronbach Escala Zarit y Zarit, Estrategias de afrontamiento*

Prueba	Alfa de Cronbach
Escala Zarit y Zarit	.889
Estrategias de Afrontamiento	.975

7.1.2 Datos sociodemográficos

En la tabla 3, pueden observarse los resultados de los datos sociodemográficos, en los cuales se presenta que la mayoría de los participantes son de género femenino (86.7%), y los participantes masculinos equivale al (13.3%). Respecto a las edades, la información general muestra la población que se distribuye en diferentes rangos de edades: entre 37 a 42 (20%), entre 43 a 47 (16%), el entre 48 a 53 (30%), entre 58 a 68 (20%) y entre 70 a 75 (13.3%). De estos, la persona que cuida a la persona con discapacidad tienen un parentesco de padres (43,3%), mientras que el resto de población cuidadora son tíos (6.6%). Debe entenderse que del total de muestra seleccionada para la evaluación (30 personas), solamente corresponden al grupo caso (personas cuidadoras) 15 personas.

En el grado de escolaridad, puede verse que el porcentaje de los participantes que estudiaron hasta primaria equivale al (63.3%), hasta el bachillerato (16,7%) y estudios superiores (20%). Con respecto al nivel socio económico el (50%) pertenece a estrato 2, seguido de un (36.7%) que se hace parte del estrato 1 y el (13.3%) restante al 3. En relación al tiempo dedicado al cuidado, el porcentaje que ha al cuidado de 3 meses a 7 años es el

(10%) de 11 años a 16 años (13.3%), 18 años a 20 años (10%) 21 años a 32 años (13.3%) y de 32 y 17 años que hacen un total de 49 años (3.3%). En cuanto al número de personas al cuidado, solo un participante cuida a dos personas con discapacidad, lo que equivale (3.3%), uno con discapacidad leve y el otro con discapacidad moderada; el resto de participantes se encargan del cuidado de una sola persona, lo que equivale al (46.7%) los cuales se distribuyen entre discapacidad leve (33.3%) y moderado (13.3%). En el tipo de discapacidad, las más frecuentes son el Síndrome de Down con (13.3%) y retraso mental con otras enfermedades (13.3%), el (33.4%) restante distribuye en, Parálisis Cerebral (6.7%), hiperactividad (3.3%), problemas de aprendizaje (3.3%), Auditiva (3.3%) y Tumor cerebral (3.3%) (Ver tabla 3).

Respecto a las horas que le dedican al cuidado el (30%) dedica entre 17 a 24 horas, el (10%) entre 12 a 16 horas y el otro (10%) entre 0 a 10 horas, lo que indica que el (26.7%) no realiza una actividad diferente al cuidado, el (16.6%) trabaja y el (6.7%) trabaja en el hogar; el (33.4%) los participantes que trabajan dedican de 0 a 5 horas al trabajo y el (16.6%).de 6 a 9 horas.

Tabla 3. *Datos Sociodemográficos*

	Variables	Frecuencia	Porcentaje
Rangos edad	37 a 42	6	20.0
	43 a 47	5	16.7
	48 a 53	9	30.0
	58 a 68	6	20.0
	70 a 75	4	13.3

	Variables	Frecuencia	Porcentaje
	Total	30	100.0
Sexo	F	26	86.7
	M	4	13.3
	Total	30	100.0
Escolaridad	0 a 5	19	63.3
	6 a 11	5	16.7
	Estudios superiores	6	20.0
	Total	30	100.0
Grupo	Caso	15	50,0
	Control	15	50,0
	Total	30	100,0
Estrato	1	11	36.7
	2	15	50,0
	3	4	13,3
	Total	30	100,0
Parentesco	Madre	12	40,0
	Padre	1	3,3
	Tía	1	3,3
	Tío	1	3,3
	Total	15	50.0
Tipo discapacidad	Hija: retraso mental con parálisis cerebral y lupus.	1	3,3

	Variables	Frecuencia	Porcentaje
	Hijo: retraso mental con esquizofrenia.		
	Hiperactividad	1	3,3
	Parálisis cerebral	2	6,7
	Problemas de aprendizaje	1	3,3
	Retraso mental	3	10,0
	Retraso mental y elasticidad en los huesos.	1	3,3
	Síndrome Down	4	13,3
	Auditiva	1	3,3
	Tumor cerebral	1	3,3
	Total	15	50.0
Grado	Leve	10	33.3
discapacidad	Moderado	4	13,3
	Moderado y leve	1	3,3
	Total	15	50.0
Personas al cuidado	1	14	46.7
	2	1	3,3
	Total	15	50.0
Tiempo de	3 meses a 7 años	3	10.0
Cuidado	11 años a 16 años	4	13.3
	18 años a 20 años	3	10.0

	Variables	Frecuencia	Porcentaje
	21 años a 32 años	4	13,3
	32 años y 17 años	1	3,3
	Total	15	50,0
Horas dedicadas a	0 a 10	3	10,0
cuidado	12 a 16	3	10,0
	17 a 24	9	30,0
	Total	30	50,0
Actividades	A veces lo baña, limpia,		
relacionadas	amarra los zapatos, lavar los dientes.	1	3,3
	Bañar, vestir, dar medicamentos y aseo en las necesidades básicas.	1	3,3
	Pendiente		
	Limpiarlo, bañarlo, darle de comer y llevarlo a terapia	1	3,3
	Ninguna	1	3,3
	Pendiente	11	36,7
	Total	15	50,0
Actividad diferente	No	8	26,7
	Trabaja	5	16,6
	Trabaja en casa	2	6,7
	Total	15	50,0

	Variables	Frecuencia	Porcentaje
Horas actividad diferente	0 a 5	10	33.4
	6 a 9	5	16.6
	Total	15	50.0

7.1.3 Descriptivos Generales

Para el grupo caso se aplicó la Escala de Sobrecarga de Zarit y Zarit, el cual obtuvo una puntuación media ($M = 52.93$) (Ver Tabla 4). Esta prueba indica ausencia de carga con puntuaciones por debajo de < 47 , carga moderada entre 47 y 55, y alta por encima de estas últimas.

Tabla 4. *Puntuaciones de carga reportadas por los participantes en Escala Zarit y Zarit.*

	N	Media	Desv. típ.
TOTAL Carga	15	52,93	15,618

En la siguiente tabla (Tabla 5) se puede observar que la estrategia más utilizada en ambos grupos es la solución de problemas con una ($M= 35.83$) y la menos utilizada fue la Autonomía con una media de ($M= 5.43$); lo que indica que ambos grupos tienen una tendencia a buscar la solución a los problemas a los cuales se ven enfrentados, buscando a su vez apoyo y ayuda en los demás.

Tabla 5. Puntuaciones medias y desviación Estándar de Estrategia de Afrontamiento

Estrategias	Media	Desv. Típ.
Solución Problemas	35.83	11.438
Búsqueda Apoyo	23.70	10.429
Espera	25.83	13.804
Religión	31.77	9.216
Evitación Emocional	26.93	10.596
Búsqueda Apoyo Profesional	16.07	8.963
Reacción Agresiva	13.73	6.362
Evitación Cognitiva	18.03	6.724
Reevaluación Positiva	17.87	5.692
Expresión Difícil Afrontamiento	10.17	3.343
Negación	9.63	3.596
Autonomía	5.43	2.967
TOTAL	235.00	41.845

7.1.3 Comparación según casos y controles

En ambos grupos (casos y controles) se aplicó la escala de Estrategias de Afrontamiento de Lazaruz y Folkman. En el grupo control, la media fue ($M= 230.47$) y en el grupo caso la media fue ($M=239.53$).

En la tabla 6 se puede observar que el grupo caso (grupo 1) utiliza más las estrategias de afrontamiento con una media de ($M=239.53$) que el grupo control (grupo 2) con un media

de (M=230.47), sin embargo el análisis de la varianza evidencia una diferencia no representativa estadísticamente ($p = < .562$), que indica que en ambos grupos hay una tendencia a utilizar con la misma frecuencia las estrategias de afrontamiento. También se puede observar que la estrategia de solución de problemas y la religión difieren en sus medias y que las estrategias de autonomía, religión y negación poseen la puntuación más cercana a lo que se considera significativo ($p = < .05$), sin embargo ninguna de estas estrategias posee una diferencia estadísticamente significativa lo cual indica que no necesariamente los grupos casos utilicen diferentes tipos de estrategias que las utilizan los grupos control.

Tabla 6. *Diferencias entre cuidadores y no cuidadores*

Estrategias		Grupo 1	Grupo 2	TOTAL	ANOVA
Solución problemas	Media	34.87	36.8	35.83	.652
	DS	10.941	12.219	11.438	
Búsqueda Apoyo	Media	23.13	24.27	23.7	.772
	DS	11.55	9.55	10.429	
Espera	Media	25.13	26.53	25.83	.787
	DS	13.994	14.065	13.804	
Religión	Media	33.8	29.73	31.77	.233
	DS	6.753	11.022	9.216	
Evitación Emocional	Media	28.53	25.33	26.93	.418
	DS	10.426	10.88	10.596	
Búsqueda Apoyo Profesional	Media	16.87	15.27	16.07	.633
	DS	8.79	9.369	8.963	

Estrategias		Grupo 1	Grupo 2	TOTAL	ANOVA
Reacción Agresiva	Media	14.4	13.07	13.73	.575
	DS	6.185	6.681	6.362	
Evitación Cognitiva	Media	17.8	18.27	18.03	.853
	DS	6.56	7.106	6.724	
Reevaluación Positiva	Media	18.6	17.13	17.87	.490
	DS	5.998	5.475	5.692	
Expresión Dificil Afrontamiento	Media	10.07	10.27	10.17	.873
	DS	3.15	3.634	3.343	
Negación	Media	10.2	9.07	9.63	.397
	DS	3.707	3.515	3.596	
Autonomía	Media	6.13	4.73	5.43	.202
	DS	3.461	2.282	2.967	

7.2 Resultados cualitativos

En el siguiente apartado se describen los resultados relacionados con la aplicación de la entrevista semi-estructurada. Al inicio se tenía planteado realizar siete entrevistas a personas que presentaran carga, sin embargo por razones de concertación, no se pudo acceder a la entrevista con una de ellas, por lo tanto en estos resultados se presenta el análisis de seis (6) entrevistas, que tienen un tiempo de duración de entre nueve minutos y cuarenta y cinco minutos en cada una de ellas. Se debe tener en cuenta que la entrevista semi-estructurada, tiene diferentes tipos de preguntas, como: ¿Qué sentimientos tiene hacia la persona que requiere cuidado?, ¿Ha solicitado ayuda por parte de un familiar o entidad?

¿Qué tipo de ayuda?, ¿Considera que las estrategias de afrontamiento utilizadas por usted son las adecuadas? ¿Por qué?

El proceso analítico se basó en la inmersión de los datos y búsqueda de clasificaciones (tipos) repetidas, en las codificaciones y en las comparaciones que caracterizan al enfoque de la teoría fundamentada. Lo que permitió construir varias categorías de análisis de manera abierta y se seleccionó la más importante para posicionarla en el centro del mismo análisis o categoría central, en la que se comprenden las percepciones que tienen los cuidadores de las estrategias de afrontamiento utilizadas por ellos.

Una de las categorías centrales se denominó *Sentimientos*. Esta categoría indica aspectos emocionales que tienen los cuidadores hacia las personas que están cuidando. Asociado a esto se encuentran unas sub-categorías que se nombran como: *rabia*, estas se ven reflejadas en expresiones como: “*cojo rabiecita y también amor, los quiero mucho, pero también me hacen dar mucha rabia*”, “*no a veces me da rabia y a veces pues lo dejo*”, otra de las sub-categorías es denominada *Amor*, expresado en palabras como: “*a no de mucho amor*” o “*hay veces es tan hermosa y hay veces me provoca como ahorcarla*”. La siguiente sub-categoría es *Responsabilidad*, observado en palabras como: “*hay no se responder, como decir ser que soy muy responsable a ellos*”, “*como mamá quererlo y saberlo educar*” y “*que él no tiene la culpa pues de, de ser así y que esta me tocó a mí cuidarlo a él*”.

Evidenciando en algunas expresiones, sentimientos de amor, rabia y responsabilidad, que van cambiando a medida que transcurre el tiempo, siendo detonados en algunas situaciones específicas como, las de desobediencia, referido en algunas entrevistas con expresiones como: “*uno le habla y se hace, es desobediente, no me hace caso*”

La siguiente categoría, se denominó *Soledad*, categoría que indica la falta de apoyo que sienten los cuidadores por parte de un familiar y/o entidad, la cual se divide en sub-categorías nombradas como: *falta de apoyo familiar*, indicado en testimonios como: “*mi familia y yo somos, ellos allá y yo aquí, muy poquita comunicación*”, “*De parte de mi familia lo he compartido todo pero veo que... no hay apoyo*” o “*ni para allá ni para acá, ni es agua ni es pescado mi familia, cada cual en su casa*”. La siguiente sub- categoría se denominó *Falta de apoyo social*, lo cual se ve reflejado en diferentes palabras: “*fui a bienestar para que a ver si de pronto me ayudaban con un subsidio, porque como ya ni trabajaba ni nada, entonces allá me dijeron que no, que el tenía papá y mamá y que él no tenía que tomar droga de por vida*” o “*Ayuda, ayuda para que me ayuden para un techo, ayuda porque no me la dieron cuando la busque, lleve estas niñas al bienestar y no fueron capaz de dárme la*”. Otra sub-categoría se denominó *Falta de apoyo profesional* palabras como: “*he tratado de que lo trate una psicóloga, pero la de la escuela no lo ha podido tratar*” o “*A yo he buscado mucha ayuda y a mí no me han ayudado [...] ayuda para que me ayuden con los profesionales para mis hijos*”. Lo que ha generado cierto malestar en los cuidadores, especialmente en cuanto a la atención de recursos, ya que la mayoría son personas que no trabajan y necesitan ayuda que pocas veces ha obtenido.

Otra categoría es denominada *Consecuencia de la discapacidad*. Esta categoría indica ansiedades que presentan las personas cuidadores por el hecho de cuidar o por la discapacidad presentada por su familiar. Asociada esta categoría se encuentra una sub-categoría, nombrada *Estrés*, lo que se expresa en palabras como: “*Me da mucho desespero, me estreso tanto cuando tengo que salir y dejarlos a ellos dos encerraditos*”, “*me estresa, no me estresa Andrés, sino que yo me estreso porque a veces la situación se pone muy dura aquí*”, “*hay veces digo hay cuando se casaran cuando crecerán y se casan y me dejan*”

solita y tranquila para yo no estarlos cuidando” o “toca estar pendiente porque hay muchos tiburones detrás de usted y yo dejársela a esos tiburones ni por el diablo, ¿para qué? para se burlen y para que la usen y hasta luego”. Estas situaciones, tiene ciertas repercusiones en la intensidad del cuidado y las acciones que se realicen en dicha labor y genera preocupación al cuidador e inconformidad con dicha labor.

La siguiente categoría se denomina *Logros*, esta categoría indica el bienestar que generan algunas acciones realizadas por los cuidadores y la persona cuidada. La cual se subdivide en sub-categorías como: *logros del cuidador*, lo cual se refleja en expresiones como: *“a ver no pues me siento contenta porque, humm vi por él y en el momento así como él está no era que él, osea no era para estar él así, como él era, cierto, él era un niño torcido, tenía los pies torcidos, se babeaba, eeee, mejor dicho tenía muchas dificultades y con todas las, lo que yo le he hecho él está así como esta que él ya parece un niño normal, casi que normal y por eso me siento muy satisfecha, muy contenta, que a pesar de mis imposibilidades y todo hay lo llevo”*. Otra categoría se denomina *logros de la persona discapacitada*, lo que se observa en enunciados como: *“así, cuando a veces yo veo que no lo pasan aburridos sino contentos, si me alegra mucho eso”, “contenta porque ella estudio, al menos pues hice mucho esfuerzo para que ella estudiara”*.

Estas acciones que llevan a las personas a obtener alguna meta u objetivo, les generan sentimientos de regocijo y orgullo tanto con ellos mismos como con las personas que cuidan.

Otra categoría se denomina *Cambios*. Esta categoría indica cambios que se han dado en el estilo de vida de las personas cuidadoras, especialmente en cuanto a las relaciones de pareja, las relaciones con los amigos y las relaciones con los familiares. Asociado a esta se encuentran unas sub-categorías; una de ella es denominada: *Cambios personales*, estos

cambios se ven reflejados en palabras como: *“yo le dedicaba más tiempo a ellos que a él”*, *“yo primero era muy independiente, yo salía, trabajaba, he compartía con las amigas, ya no, ya yo no volví hacer eso”* o *“Cuando ella nació deje de estudiar”*. Otra sub-categoría se denominó *Cambios familiares*, dichos cambios no se han observado en todos los cuidadores, sin embargo en unos se pueden encontrar algunos cambios, lo que se observa en expresiones como: *“los hermanos no lo quieren a él [...] además yo no consiento pues que a él me lo toquen o por medio de él no, no”* o *“pues de pronto en cuanto a los mismos hermanitos no comparto mucho con ellos porque no puedo estar con los tres al mismo tiempo”*. La siguiente sub-categoría se denomina *Cambios sociales*, igualmente como en los cambios familiares no se han observado en todos los cuidadores, sin embargo en unos se pueden encontrar algunos cambios estos se pueden ver reflejados en palabras como: *“usted puede venir un sábado por la noche y aquí me encuentra”*, *“si me ha cambiado, he quedado sin amigos, todo el mundo se ha retirado porque yo ya no soy la mujer de antes”*

Estos cambios que se dan en la vida de los cuidadores son producto del cuidado y es por ellos que pueden percibir que el hecho de cuidar a uno de sus familiares ha producido impactos en todas áreas de sus vidas.

Otra categoría se denominó *Estrategia de Afrontamiento*, esta categoría indica las formas que tienen los cuidadores de afrontar los problemas que se le presentan en la vida diaria. Asociado a esto se encuentran unas sub-categorías, una de estas es denominada *Autocontrol*, lo cual se puede observar en palabras como: *“puede terminar en algo muy peligroso, porque a mi da rabia, y si uno hace lo que piensa en ese momento es un peligro, es delicado”*, *“yo sabía que no podía ponerle a la mano a él”*, *“si porque yo como le dije a ella uno espera un tiempo, uno le va dando tiempo a las personas a ver si las personas van recapacitando”* o *“muchas veces me da mucha rabia y me voy mejor a hablar con alguien”*

o salgo y le busco conversa a alguien, como para disimular". Otra sub-categoría se denominó *Autonomía*, que se ve reflejado en palabras como: *"los que yo pueda solucionar los soluciono y sino pues (E) que se solucionen solos"*, *"vea que cuando ahora que yo tuve esta operación, yo me fui para el hospital y yo ni a los hijos le dije tan siquiera que me iban a operar, ni a mis hijas les dije"*. La siguiente su-categoría se denominó *Negación* que se ve reflejado en palabras como: *"al principio yo no lo aceptaba, no como hijo, sino que no lo aceptaba discapacitado"*. Otra sub-categoría se nombró *Reacción agresiva* que se ve reflejado en palabras como: *"uno es como una bomba que usted la infla y la infla hasta que se revienta así mismo es uno"* *"pues yo primero le pegaba mucho a él"*, *"yo era de la que los regañaba y yo los insultaba y yo los trataba mal yo los cogía y yo les pegaba sí"*, *"hay veces me provoca como ahorcarla"* la siguiente sub-categoría se nombró *Búsqueda de apoyo* expresado en palabras como: *"Ayuda, ayuda para que me ayuden para un techo, ayuda para que me ayuden con los profesionales para mis hijos, ayuda porque no me la dieron cuando la busque"*, *"a mí han mandado para donde la psicóloga"*.

También se puede encontrar otra sub-categoría encaminada a la *Religión*, se puede observar en diálogos como: *"si (E) porque Dios nos da, y Dios nos da la medicina y él nos guía y si la busco yo si busco mucho a Dios y menciono mucho a Dios y yo sé que Dios es poderoso y Dios me ayuda en todo"*.

8. DISCUSIÓN

Esta investigación se centró en conocer las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores familiares de personas dependientes y las percepciones que tienen sobre dichas estrategias, además conocer también la carga y los cambios psicológicos, sociales y familiares que pueden padecer por la labor del cuidado. Para esto se aplicó la escala de estrategias de Coping – Modificada (2006), la escala de Sobrecarga de Zarit y Zarit (1982), se describieron las características sociodemográficas de los cuidadores y para conocer la percepción se realizó una entrevista semi-estructurada.

Respecto a la confiabilidad de los instrumentos psicológicos utilizados para la recolección de los datos (Escala de Sobrecarga de Zarit y Zarit y Escala de Estrategias de Afrontamiento de Coping) se obtuvo una confiabilidad alta o muy buena. Este resultado es similar a la confiabilidad reportada por el estudio de Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango, Aguirre (2006), en el que se validó la escala de Estrategias de Afrontamiento Coping (EEC-R). Además otros autores como Chorot y Sandín (1993) buscaron identificar las propiedades psicométricas y validez estructural de la prueba, obteniendo una muy buena validez interna de la misma en población colombiana. Estas investigaciones confirman la validez y confiabilidad obtenida en el estudio realizado en la población del municipio de Santa Fe de Antioquia con cuidadores familiares de personas dependientes de la Corporación Coloresa, por lo que se puede concluir que es una escala apropiada para poder aplicar en la población colombiana.

Respecto a la escala de Zarit y Zarit (1982), se encuentra que en investigaciones como la de Correa (2015) esta prueba no presenta buena confiabilidad, lo cual difiere con los resultados de la presente investigación donde dicha prueba obtuvo una puntuación considerada confiable, corroborada por otras investigaciones como la realizada por Alfaro, Morales, Vásquez, Sánchez, Ramos, Guevara, (2007). Esto aspectos evidencian que los instrumentos psicológicos utilizados para esta investigación fueron aplicados en condiciones óptimas que evitaron que las respuestas de las personas evaluadas fueran alteradas o influenciadas y a su vez permite constatar cada uno de los ítems pertenecientes a las pruebas son apropiados para medir los fenómenos que pretenden medir.

En cuanto a las características de los cuidadores familiares se encontró que la prevalencia del parentesco del cuidador con la persona dependiente es de padres, y familiares cercanos como tíos, esto se relaciona con los resultados hallados en otras investigaciones, donde se identifica que el rango más frecuente son las madres y las hijas (Stefani, Seidmann y Acrich, 2000). También se encuentra que los cuidadores en su mayoría suelen ser mujeres como lo evidencia un estudio realizado con cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer, en el que los cuidadores en su mayoría efectivamente eran mujeres (Vidal, Zaval, Castro, Quiroga y Klaasen, 1999; y Artaso, Goñi, Gómez, 2001). Este aspecto, suele asociarse con algunos factores culturales como la crianza, puesto que niños y niñas son educados de diferentes formas y se exige por parte de sus padres determinadas formas de comportamiento implícitamente. Aunque no se enseñe de forma explícita a las niñas el cuidado de los hijos y personas enfermas, puede observarse de forma implícita en aspectos como los juegos, relaciones sociales, entre otros, ya que son consideradas más preparadas para asumir cierto tipo de tareas (Espín, 2008).

En cuanto al tiempo de cuidado dedicado por el cuidador familiar se encuentra que es alto (12 y 24 horas), resultado que es coherente con la investigación de Correa (2015), donde la mayoría de la población de cuidadores realiza las labores del cuidado entre 12 y 24 horas, y solo muy pocos realiza una actividad diferente al cuidado. Otros autores como Montalvo, Badrán, Cavadías, Medina, Mendez, Padilla, y Ruidiaz, (2010), encontraron que la edad del cuidador familiar es de los 36 a 59 años, y además que esta labor es realizada principalmente por mujeres que en su mayoría han cursado el bachillerato completo, tal como se ha nombrado. Es importante señalar que el perfil del cuidador familiar de personas dependientes que presenta esta investigación pertenece al de una mujer, ama de casa, con edades entre 40 y 60 años, madre de la persona que cuida; y que a diferencia de la investigación de Moltavo. et al (2010) tienen un nivel de educación bajo, en el que la mayoría solo han realizado primaria o en su defecto primaria incompleta. Así mismo la responsabilidad del cuidado es asumida por una sola persona y se corrobora en otros estudios (Carretero, Garcés y Rodas, 2006; García, Mateo y Eguiguren, 2004), en los cuales se encuentra que el cuidador principal es quien asume la responsabilidad del cuidado recibiendo poca ayuda de otras personas, siendo este apoyo insuficiente para el cuidador.

En cuanto a la carga, se encontró que la minoría de la población evaluada presento un nivel de carga alta, lo que se confirma con el resultado de otros estudios donde se describe que un porcentaje de la muestra mínimo presenta carga alta (Ocampo, Herrera, Torres, Rodríguez, Loba y García, 2007). Sin embargo, otras investigaciones encuentran que la mayoría de los cuidadores presentaba carga alta (Flores, Rivas y Seguel, 2012). Lo que indica que no todas las personas que ejercen la labor de cuidado tienen la misma percepción de ésta y por tanto no vivencian el cuidado de la misma manera.

Siguiendo esta línea, la carga no se relaciona con las variables sociodemográficas, lo que concuerda con otras investigaciones donde el resultado demuestra que no se puede determinar correlación entre las variables socio demográficas y el nivel de carga, pero si existe una correlación con el apoyo social y el nivel de carga, es decir que aquellos cuidadores que reciben la ayuda de dos o más instituciones tienen menos nivel de carga que los que tienen ayuda de una y ninguna institución, lo que se contradice con la esta investigación, puesto que con los resultados obtenidos no se puede determinar un correlación entre ambas variables (Flores, Rivas y Seguel, 2012).

La diversidad de estudios relacionados con la carga y las estrategias de afrontamiento, encontraron relación significativa entre ambas variables. Se demuestra que la diferencia entre carga alta y carga baja, se da por la utilización de estrategias inadecuadas (centradas en la emoción), por el contrario, la utilización de estrategias adecuadas (centradas en el problema) ayudan a disminuir la carga en los cuidadores (Tartaglini, Deborah, y Stefani, 2010; y Muela, Torres y Peláez, 2002). Aunque en la presente investigación no se encuentra relación significativa entre las estrategias utilizadas y la carga, debido a que la presencia de carga no se da por la utilización de estrategia de afrontamiento, sino que se relaciona con percepción del cuidado y las situaciones que genera dicho cuidado.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, puede encontrarse que en diferentes investigaciones la utilización de las estrategias varía de una persona a otra. En correspondencia a esto, González, Montoya, Casullo y Bernabéu (2002) proponen que la estrategia más utilizada por adolescentes es principalmente la resolución de problemas. Otros autores como Riquelme, Buendía, Rodríguez (1993) evidencian que la estrategia más

utilizada por personas con estrés económico es la evitación. Y otros estudios reflejan que los cuidadores de adultos mayores con demencia utilizan estrategias como la resolución de problemas y la búsqueda de información (Huerta, Corona, Méndez, 2006). Sin embargo, en el caso de grupo de cuidadores y el grupo de personas no cuidadoras en la presente investigación se obtuvieron resultados que indican que no existe diferencia significativa en lo referente a la utilización de estrategias de afrontamiento, ya que ambos tienen a utilizar las mismas estrategias. Esto evidencia que especialmente las estrategias como la religión, resolución de problemas, evitación emocional, espera y la búsqueda de apoyo, las cuales son evaluadas por la Escala de Estrategias de Afrontamiento de Coping-Modificada (EEC-M) (2006) son utilizadas por todas las personas y son parte de la naturaleza humana, en ellas no interfieren situaciones como si se es cuidador o no de una persona en situación de discapacidad.

En relación con la percepción del cuidado, se ha podido encontrar que una de las consecuencias por el cuidado, es abandonar el trabajo, sumándole a eso que el cuidado necesita de la mayor parte del tiempo, por lo cual conseguir empleo es más difícil. Esto es corroborado por la investigación hecha por García, Mateo y Gutiérrez (1999), donde encontraron que asumir el papel de cuidadoras principales condicionaba la exclusión definitiva del mercado laboral. Además de esto, las cuidadoras mencionaban problemas concretos, como depresión o ansiedad y decían sentirse irritables, nerviosas, tristes y agotadas. Así mismo en el estudio realizado por Espín (2009), los sentimientos que más manifestaron los cuidadores fueron la angustia, la ira y el miedo. Por el contrario en la investigación hecha por Achury, Castaño, Gómez, Guevara (2011) los cuidadores ven su labor de una forma gratificante en la cual la persona que está a su cuidado puede suplir gran

parte de sus necesidades. Lo que coincide con lo encontrado en esta investigación, en la cual los cuidadores se sienten satisfechos por las necesidades y los logros obtenidos por la persona que cuida, sin embargo a su vez también se sienten, agotados por la falta de apoyo económico y emocional por parte de los familiares y entidades; también se pudo evidenciar sentimientos de tristeza, ansiedad y miedo por lo que pueda pasar con su familiar en caso de que ellos lleguen a faltar.

9. CONCLUSIONES

Respecto a los instrumentos utilizados para la investigación, Escala de Sobrecarga de Zarit y Zarit y Escala de Estrategias de Afrontamiento de Coping – modificada, se encontró que obtuvieron una fiabilidad adecuada y que por lo tanto pueden utilizarse en la población que participó en la investigación, ya que las pruebas evidencian una consistencia con el fenómeno estudiado.

Se encuentra que la persona que ejerce la labor de cuidado, al igual que en otros estudios, se identifica que la mujer es quien se encarga de esta labor, siendo especialmente las madres quienes cuidan de sus hijos en situación de discapacidad y quienes se ocupan de todas las necesidades de estos, no solo de aseo y alimentación sino también de compañía y educación.

Una de las principales características de las personas encargadas del cuidado es la renuncia a aspectos de su vida personal, ya que la demanda de cuidar impide el desarrollo de relaciones sociales y personales, además los momentos de ocio y descanso son escasos, fundamentalmente cuando la persona discapacitada exige un gran tiempo de cuidado debido a su poca funcionalidad y su grado de dependencia.

Los cuidadores familiares presentan un cierto grado de carga emocional, lo cual está implicado en la percepción que tienen del cuidado y los sentimientos de intranquilidad, miedo e incertidumbre que experimenta frente al futuro de su familiar en caso de que ellos

falten. Dicha carga depende de las actividades que incluye su labor, por ejemplo, esfuerzos mentales, físicos y económicos.

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento más utilizadas por la población en este estudio fueron: la religión, la espera, la solución de problemas, búsqueda de apoyo y evitación emocional, las cuales tuvieron una prevalencia por encima de las demás estrategias.

También, se encontró que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores no tienen diferencias significativas con las que utilizan personas que no lo son, lo que indica que los participantes de ambos grupos tienden a utilizar las mismas estrategias de afrontamientos en situaciones de la vida.

En cuanto a los resultados cualitativos se encontraron categorías como: sentimientos, cambios, logros y consecuencias de la discapacidad; las cuales se relacionan con subcategorías como: rabia, amor, cambios personales, cambios sociales, logros del cuidador, logros de la persona discapacitada y estrés. Estas son evidenciadas en la narración de los cuidadores entrevistados, en las cuales expresaban las consecuencias positivas y negativas de la labor de cuidar.

Por último se puede concluir que el cuidador se debe considerar no solo como alguien que cuida, sino también como una persona demandante de cuidado, para que no se convierta en un paciente oculto y omitido, por lo tanto es una sugerencia hacer más investigaciones y análisis a profundidad para conocer a cabalidad este fenómeno y así implementar soluciones que minimicen las consecuencias negativas del cuidado y que brinden una mejor calidad de vida tanto para las personas encargadas del cuidado como para las personas discapacitadas.

10. RECOMENDACIONES

La muestra de este estudio es poca en relación a la generalización de resultados, por eso no se pueden comparar o igualar con la población en general; se sugiere la realización de estudios con población representativa para obtener resultados significativos sobre los cuales se puedan llevar a cabo intervenciones. Además, es recomendable que la muestra tenga la misma cantidad de participantes de ambos sexos y así obtener resultados que diferencien o identifiquen las estrategias utilizadas y la carga percibida según el género.

Por otro lado, se encuentra que la mayoría de investigaciones que se realizan sobre estrategias de afrontamiento, están conformadas por cuidadores familiares o cuidadores formales, y son pocas las que relacionan ambas poblaciones o buscan diferencias entre las estrategias utilizadas.

En este estudio se utilizó una escala de carga emocional, que mide los resultados en ausencia, moderada o alta carga, lo que no permite ubicar resultados en otros niveles. Se sugiere utilizar otras escalas de carga que arrojen diferentes resultados como carga alta, media, baja, carga física o mental y permita realizar estudios de alcance correlacional, donde se pueda encontrar la asociación entre la carga emocional y las actividades que realizan los cuidadores familiares. Así mismo, se pueden utilizar en nuevas investigaciones otros instrumentos que evalúen estrategias de afrontamiento, para identificar si las estrategias presentadas son propias de los cuidadores familiares.

En los resultados de la investigación, no se encontró relación alguna sobre las actividades que se realizan en el cuidado y la carga; sin embargo, existen algunas investigaciones que admiten una relación entre ambas variables. Por lo tanto, es conveniente realizar investigaciones en las cuales se utilicen instrumentos que indaguen sobre actividades diarias en relación al cuidado y la carga emocional experimentada.

Esta investigación fue realizada con una población perteneciente a una región específica, lo cual limita el alcance de la investigación. Se recomienda que próximas investigaciones realicen réplicas del estudio que involucre varias regiones de Antioquia y permita observar diferencias de carga emocional y las estrategias de afrontamiento al asumir el cuidado de familiares en esas poblaciones.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Achury, D; Castaño, H; Gómez, L; Guevara, N (Enero, 2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. Bogotá (Colombia). *Revista de Enfermería*. 13 (1). Págs 27-46. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145221282007>.
- Aldana, G y García, L (2011). *La experiencia de ser cuidadora de un anciano con enfermedad crónica*. DOI: 10.5294/aqui.2011.11.2.3. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1898>
- Alfaro, O; Morales, T; Vasquez, F; Sanchez, S; Ramos, B; y Guevara, U. (Junio, 2007). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Med Inst Mex Seguro Soc*. 46 (5). Págs. 485-494. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2008/im085e.pdf>
- Alpuche, V; Ramos, B; Rojas, M y Figueroa, C. (2008). Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Revista de Psicología y Salud*. 18: 2. Págs. 237-245. Recuperado de: http://journaldatabase.info/articles/validez_entrevista_carga_zarit_en.html

Anthony, C ; Zarit, S y Gatz, M. (Septiembre, 1988). Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients. *Revue Psychology and Aging*. 3 (3). Págs. 245-248. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3268265>

Artaso, B; Goñi, A; Gómez, A. (2001) Sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia: demanda en un Centro de Día Psico-geriátrico en Navarra. *Revista Geriatrika*, 17 (2). Págs 39-43-69-73. Recuperado de <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=140146>

Barrera, L; Blanco, Lidia; Figueroa, P; Pinto, N; Sánchez, B. (Noviembre, 2006). Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Revista de investigación y educación en enfermería*. 24 (1). Pág 36-46 Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215400003>

Buitrago, M; Ortiz, S; Eslava, D; (Junio, 2010). Necesidades generales de los cuidadores de las personas en situación de discapacidad. *Revista de Enfermería*. 12(1). Págs 59-77. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145216903005>

Cárdenas, B. (2012). *Percepción de los trabajadores sociales, educadores y psicólogos sobre los centros de acogida: casos de España y Alemania* (Tesis Doctoral).Universidad de Alicante, España. Recuperado de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24435/1/Tesis_BLilia_Cardenas.pdf

Carretero, S; Garcés, J y Ródenas, F (2006). La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial. (Monografía) Págs

3-318 Recuperado de

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>.

Casado, F. (2002) Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de Psicología*. Vol 20. Págs 213-334.

Recuperado de

<http://www.academia.edu/5279833/ModelodeafrontamientodeLAzaruscomoheurAsticoI> -

Chorot, P. y Sandín, B. (1993). Escala de Estrategias de Coping Revisado (EEC-R).

Madrid: UNED.

Congreso de Colombia (2009) *Proyecto de ley 33 de 2009 Senado*. Recuperado de

<http://legislacion.vlex.com.co/vid/proyecto-ley-senado-451467698>

Correa, L (2015). *El cuidador y la dinámica familiar de personas con secuelas de un*

accidente cerebro vascular (Tesis de pregrado). Unversidad de Antioquia,

Antioquia, Colombia.

Crespo, M y López, J (2006). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores*

dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar”.

Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Recuperado de

<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>

Cruz, M. (2010). *Necesidades de apoyo en personas con enfermedad mental grave y carga familiar en cuidadores primarios de México* (Tesis Doctoral). Universidad de Salamanca, Salamanca, España.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2005). Recuperado de <https://www.dane.gov.co>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2010). Recuperado de <https://www.dane.gov.co>

Departamento de programas y proyectos. Gobierno de Chile (Herrera, E. 2007). Cuidadoras y cuidadores de personas dependientes y enfoque de género en Chile. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1429551&pid=S0717-9553201000020000200002&lng=es

Díaz, J; Rojas, M. (Abril, 2009). Cuidando al cuidador: efectos de un programa educativo. *Revista Aquichán*. Vol 9. No 1. Págs 73-92. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n1/v9n1a07.pdf>

Dominguez, M; Infante, Y; y Roca, M. (2012). Programa de formación para padres y/o cuidadores de niños con discapacidad motora y auditiva de la fundación para el niño sordo ICAL como estrategia de promoción del buen trato. *Universidad de la Sabana*. Recuperado de <http://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/2237>

Espín, A (Septiembre, 2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana Salud Pública* 34 (3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000300008&script=sci_arttext

Espín, A. (Junio, 2009) “Escuela de Cuidadores” como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana Salud Publica* 35 (2). Recuperado http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200019

Esping, G. (1999). *Social Foundations of Postindustrial Economies*. [Versión Adobe Digital Editions]. Doi: 0-19-874201-0

Everly, G; George, S y Jeffrey, M. (2002). *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. Nueva York: Plenum Press

Felix, A (2012). *Significado de cuidar para el cuidador familiar de adultos mayores dependientes en Matamoros Tamaulipas, México: una perspectiva de género*. (Tesis Doctoral). Universidad de Alicante, Alicante, España

Fernández, E (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En Fernández – Abascal, E. G., Palmero, F., Chóliz, M. y Martínez, F. (Eds.) Cuadernos de práctica de motivación y emoción. Madrid: Pirámide.

Fierro, A. (1983). Estrés, Afrontamiento y Adaptación. En: María Isabel Hombrados (comp.), *Estrés y salud*. (Págs. 9-38) Valencia, España: Promolibro, Recuperado de http://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/estres_afrontamiento_y_adaptacion.pdf.

Figueroa, M; y Cohen, S. (2003). Capitulo II estrategias y estilos de afrontamiento del estrés en adolescente. *Pensar la adolescencia hoy. De la Psicopatología al bienestar psicológico*. Págs. 28-52. Buenos Aires: Paidós. Recuperado de http://www.psicologia.unt.edu.ar/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=248

Figueroa, M; Contini, N; Lacunza, A; Levín, M; y Estévez, A. (Mayo, 2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán. *Anales de Psicología*, 21 (1), 66-72. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/2717>.

Flores, E; Rivas, E; y Seguel, F. (Abril, 2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Revista. Ciencia y enfermería*, 18 (1), 29-41. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004

Frydenberg, E; y Lewis, R. (1993). Boys play Sport and Girls Turn to others: Age, Gender and Ethnicity as determinants of coping. *Journal of adolescence*, 16 (3), 253-266. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8282897>

Frydenberg, E; y Lewis, R. (1996). Manual: ACS. Escalas de Afrontamiento para adolescentes. *TEA Ediciones*, adaptación Española. (Original 1993). Recuperado de <http://web.teaediciones.com/acs-escalas-de-afrontamiento-para-adolescentes.aspx>

Frydenberg, E; y Lewis, R. (1999). "Things don't better just because you're older: a case for facilitating reflection". *British Journal of Educational Psychology*, 69, 81-94. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/000709999157581/abstract>

Gallagher, D; Rose, J; Rivera, P; Lovett, S y Thompson, L. (1989) Prevalence of depression in family caregivers. *The Gerontologist*, 29 (4). Recuperado de <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/29/4/449.short>

García, F. (2009). Dinámica socio-familiar y perfil del cuidador. Estudio departamento de educación social. Recuperado de <http://www.crealzheimer.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/10jornada.pdf>

García, M; Mateo, I; y Gutiérrez, M. (16 de Diciembre de 1999). Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. [Publicación en un blog]. Recuperado de www.easp.es/project/cuidados-y-cuidadores-en-el-sistema-informal-de-salud/

García, M; Mateo, I; y Eguiguren, P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta sanitaria*, 18 (1) 132-139. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v18s1/03sistema.pdf>

García, R; y Celso, B. (2011). Estudio cualitativo del perfil del cuidador primario, sus estilos de afrontamiento y el vínculo afectivo con el enfermo oncológico infantil. *Tesis doctorales en red*, 472 (28.02-90). Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/32141>

González, C. (2009). Cambios en la percepción y usos del cuerpo debido al embarazo en mujeres jóvenes que tuvieron su primer hijo(a) entre los años 2002-2004 en la ciudad de Medellín. Tesis de Magister en motricidad – Desarrollo humano. Universidad de Antioquia. Recuperado de <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/180-cambios.pdf>.

González, R; Montoya, I; María, M; Bernabéu, C; y Bernabéu, J. (Noviembre, 2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema revista anual de psicología*, 14 (2), 363-368. Recuperado <http://www.unioviedo.net/reunido/index.php/PST/article/view/8028/7892>

Haley, W; Levine, E; Brown, S; y Bartolucci, A. (1987). Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptation al outcome among dementia caregivers. *Psychology and Aging*, 2, 323-330. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.2.4.323>

Hjärthag, F; Helldin, L; Karilampi, U; y Norlander, T. (2010). Illness-related components for the family burden of relatives to patients with psychotic illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45 (2), 275-283. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19452109>

Huerta, R; Corona, J; y Mendez, J. (2006). Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39 (1), 46-51. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2006/nnp061g.pdf>

Lara, G; Gonzalez, A; y Blanco L. (Marzo, 2008). Perfil de cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13, 159-166. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47326420003>

Londoño, N; Henao, G; Puerta, I; Posada, S; Arango, D; y Aguirre, D. (Agosto, 2006). Propiedades Psicométricas y Validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5 (2), 327-349. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/647/64750210.pdf>

Lopes, D; De Mattos, C; Kurita, G; y De Oliveira, A (2004). Caregivers of patients with chronic pain: responses to care. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 15 (1), 5-14. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-618X.2004.00005.x/abstract>

- Lazarus, R; y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca
- Macías, M; Madariaga, C; Valle, M; y Zambrano, J. (Abril, 2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología del caribe*, 30 (1) 123-145. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n1/v30n1a07.pdf>.
- McClendon, M., Smyth, K., y Neundorfer, M. (August, 2003). Survival of persons with Alzheimer's disease: caregiver coping matters. *The Gerontologist*, 44(4).
Recuperado de <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/44/4/508.full.pdf+html>
- McCubbin, H., Cauble, E., y Patterson, J. (1982). *Family stress, coping, and social support*. [Versión Adobe digital Editions]. Doi: 0398046921, 9780398046927
- Montalvo, A; Badrán, Y; Cavadías, C; Medina, E; Mendez, K; Padilla, C; y Ruidiaz, K. (2010). Habilidad de cuidado de cuidadores familiares principales de pacientes con ACV. *Salud Uninorte*, 26 (2), 212-222. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewFile/200/1175>
- Muela, J., Torres, C., y Peláez, E. (Enero, 2002). Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de alzheimer, *Psicothema*, 14(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72714308>

Nkongho, N (1999). The Caring Inventory. Strickland O, Waltz C. Measurement of Nursing Outcomes; FORU. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000134&pid=S1657-5997200900010000700001&lng=en

Ocampo, J; Herrera, J; Torres, P; Rodriguez, J; Lobo, L y García, C. (Marzo, 2007) Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colombia Medica*. vol. 38, núm. 1. Pág 40-46. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28338107>

Organización Mundial de la Salud (OMS 1999), *informe* .Recuperado de <http://www.who.int/es>

Organización Mundial de la Salud (OMS 2000) *informe* .Recuperado de <http://www.who.int/es>

Osorio, M. (2011). *Calidad de vida de los cuidadores familiares de los pacientes con enfermedad de alzheimer* (tesis de maestría). De la base de datos de la unal (N. 4826). Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/4826/1/539503.2011.pdf>

Oviedo, G. (Agosto, 2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales*, (18). Recuperado de <http://res.uniandes.edu.co/view.php/375/index.php?id=375>

- Pelechano, V. (1991). Familia, stress y enfermedad. *Análisis y modificación de conducta*, 17(55), 729-774.
- Pérez, M., Cartaya, M., y Olano, B. (Diciembre, 2012). Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer. *Revista Cubana de enfermería* 28(4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192012000400007yscript=sci_arttext
- Platt, S. (May, 1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*, 15(2), 383-393.
- Quero, A. (2007). Los cuidadores familiares en el hospital Ruíz de Alda de Granada (Tesis doctoral, Universidad de Granada). Recuperado de <http://hera.ugr.es/tesisugr/16683134.pdf>
- Reinhard, S., y Horwitz, A., y Minsky. (August, 1995). Caregiver Burden: Differentiating the Content and Consequences of Family Caregiving. *Journal of Marriage and Family*, 57(3). Recuperado de <http://www.jstor.org/discover/10.2307/353928?uid=2yuid=4ysid=21106447870511>
- Riquelme, A., Buendia, J., y Rodriguez, M. (1993). Estrategias de Afrontamiento y Apoyo Social en personas con estrés económico. *Psicothema*, 5(1). Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=863>

- Rodríguez, A., y Álvarez, L. (Agosto, 2006). Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(1). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_1_06/spu08106.htm
- Rojas, V. (Mayo, 2007). Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. *Avances en enfermería*, 25(1). Recuperado de <http://rcb.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35899/36914>
- Sandín, B., y Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (cae): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 8(1). Recuperado de <http://www.aepp.net/arc/03.2003%281%29.Sandín-Chorot.pdf>
- Schiffman, H. (2005). Sensación y percepción: un enfoque integrador. [Versión Adobe Digital Editions]. Doi: 9799707291293.
- Schulz, R; Visintainer, P; y Williamson, G; (July, 1989). Psychiatric and Physical Morbidity Effects of Caregiving. *The journal of Gerontologist*, 45(5). Recuperado de <http://geronj.oxfordjournals.org/content/45/5/P181.short>
- Seidmann, S; Pano, C; Stefani, D; Pupko, V., y Acrich, L. (2004). Sentimiento de sobrecarga y apoyo social en cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Revista de Psicología de la PUCP*, 22(1). Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=988543>

Stefani, Seidmann y Acrich, (2000). Estructura de la red social, apoyo social percibido y sentimiento de sobrecarga: un estudio preliminar en cuidadoras de enfermos crónicos. *Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 17(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18011327002>

Tartaglino, M., Ofman, S., y Stefani, D. (Noviembre, 2010). Sentimiento de Sobrecarga y Afrontamiento en Cuidadores Familiares Principales de Pacientes con Demencia. *Revista argentina de clínica Psicológica*, 19(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921798003>

Taussing, I. (1999). Sentimiento de carga en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Familia y Psicología de la Salud*, p 285-301. Madrid: Pirámides

Tessler, R., y Gamache, G. (1994). Continuity of care, residence, and family burden in Ohio. *Milbank Q*, 72(1). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8164606>

Vargas, L. (1994). Sobre el concepto percepción. *Alteridades*, 4(8). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>

Veiel, H. (1986). Needs & networks. Trabajo inédito

Vélez, J., Fernández, D., Cardona, D., Segura, A., y Ordóñez, J. (Julio, 2012). Validación de escalas abreviadas de Zarit para la medición de síndrome del cuidador primario

del adulto mayor en Medellín. *ScienceDirect* 44(7). Recuperado de
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711004434>

Vidal, D., Zaval, M., Castro, M., Quiroga, P., y Klaasen, G. (Junio, 1999) El significado del paciente con demencia para el cuidador en una comunidad urbana y rural. *Revista Servicio Social*, 1(2). Recuperado de
<http://www2.udec.cl/~ssrevi/numero2/articulos/significado.htm>

Zambrano, R., y Ceballos, P. (2007). Síndrome de carga del cuidado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1). Recuperado de
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615418005>

Zarit, J. y Zarit, S. (November, 1982). Measurement of burden and social support. Paper presented at the Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America; California: San Diego, U .S.A

Zarit, S.H. (2002). Caregiver's Burden. En S. Andrieu y J.P. Aquino: Family and professional carers: findings lead to action. Paris: Serdi Edition y Fondation Médéric Alzheimer.