



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**AFRONTAMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO
DE LA PERSONA CON DEMENCIA Y
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

T E S I S

Que para obtener el título de

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

JUAN PABLO CABRERA ESTRADA
No. CTA. 096355545

MEGAPROYECTO NUEVAS ESTRATEGIAS
EPIDEMIOLOGICAS, GENOMICAS Y PROTEOMICAS EN
SALUD PÚBLICA

SECRETARIA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL
PROGRAMA TRANSDISCIPLINARIO EN INVESTIGACIÓN
Y DESARROLLO 05.5

MODELO DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN
PREVENTIVA Y TERAPEUTICA DE PERSONAS CON
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y SUS FAMILIARES
Eneo 020 INNNMVS 21/06

DIRECTORA DE TESIS:
M. en C. Araceli Jiménez Mendoza



México, D. F.,

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi madre a quien agradezco su amor y apoyo que me dio para saber soportar todas las inclemencias de la vida y tomar las decisiones correctas.

A Francisco y a mis hermanos Susana, Francisco y Sonia que en los momentos más difíciles ahí han estado, a Caleb por la alegría que trajo a casa.

A Montserrat mi felicidad y compañera, por los momentos vividos y los que aún han de llegar.

Hay tantos a los que agradecer en lo personal, académico y profesional que me ayudaron a formar mi futuro y a quienes les ofrezco mi respeto y admiración: A mi tutora Araceli Jiménez Mendoza, miembros del jurado Francisco Regalado, Hugo Tapia, Benjamín H, y mis maestros: Eva Reyes Gómez, Mayra Alarcón, Iñiga Pérez Cabrera, Berta Estrella, Amparo, Lilia Sevilla, Pilar Sosa, Thomas.

A mis amigos: Familia Castelan Flores, Familia Moreno Nieto, Federico Ildenfonso, Carlos Mondragón, Juan Flores G, Antonio Izunza, Cesar Vargas, Miguel Medina, Sergio Castro, Oscar Frías, Guillermo y Rigoberto Cholula, Jorge Cárdenas, Mauricio González, Armando Sandoval, Manuel Tejada, Mario Espinosa, Verónica Román, Mauricio Oropeza, Familia Guiza, Ana Olmos, Eduardo D, Rodrigo, Paulina, Marisol P, Rafael Fernández y familia y a todos los que me dedicaron un poco de su valioso tiempo...

A las instituciones que permitieron la realización de esta tesis: A la máxima casa de estudios a mi universidad: Universidad Nacional Autónoma de México, a mi plantel Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, al Instituto Nacional de Neurocirugía y Neurología MVS (Rocio Valdez, Francisco Paz y Yanet R A) a la Fundación Alzheimer I. A. P. "Alguien con quien contar"

Juan Pablo Cabrera Estrada
¡Goya! ¡Goya! UNIVERSIDAD

DEDICATORIA

A TODOS LOS SERES HUMANOS QUE HAN DEJADO DE LADO SUS GUSTOS,
SUS PASATIEMPOS...

A AQUELLOS QUE RENUNCIARON A SUS EMPLEOS, PROYECTOS Y A SUS
SUEÑOS...

A TODOS LOS QUE DESCUIDARON AMISTADES Y FAMILIA...

A AQUELLOS QUE NO HACEN CASO DEL CANSANCIO Y AL DESCUIDO DE
NO RECIBIR NADA ACAMBIO POR SU ESFUERZO...

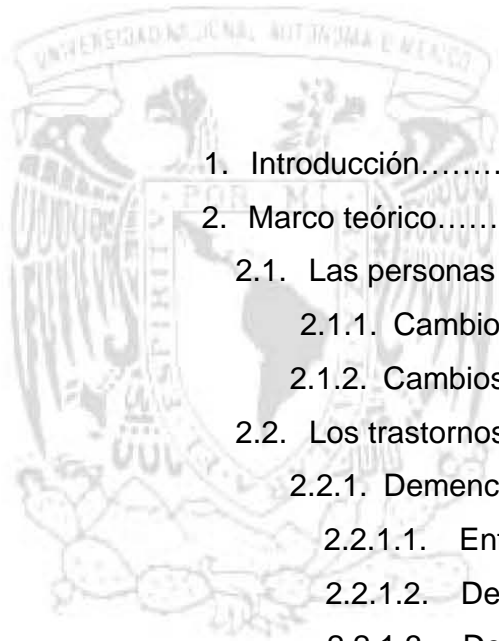
A TODOS A QUELLOS QUE EN ESTA BATALLA HAN DESCUIDADO SU ALMA
Y CUERPO...

A TODOS LOS SERES HUMANOS QUE HAN DEMOSTRADO SERLO,
HERMANOS, HIJOS, ESPOSOS ETC. BRINDANDO CUIDADO A UN SER
AMADO.

Juan Pablo Cabrera Estrada

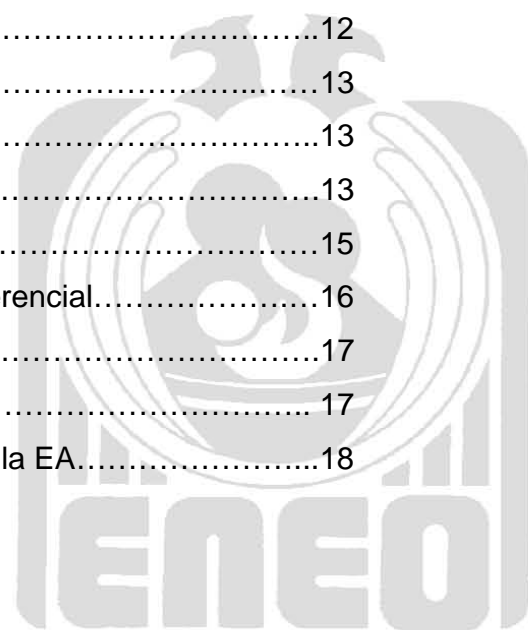
"Muchas palabras no dan prueba del hombre sabio, porque el sabio no ha de hablar sino cuando la necesidad demanda, y las palabras han de ser medidas y correspondientes a la necesidad."

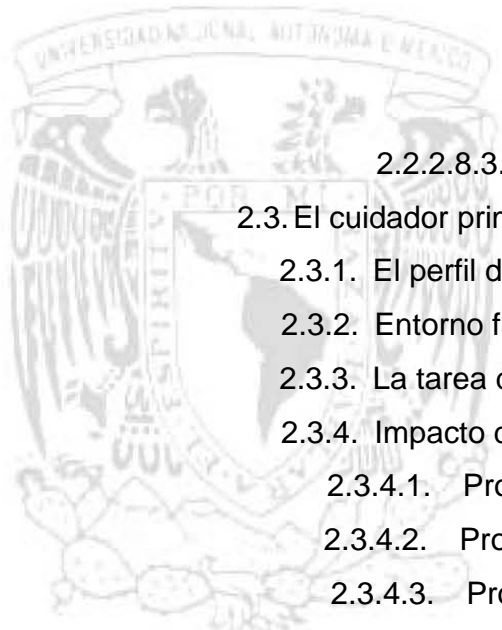
Tales de Mileto



ÍNDICE

1. Introducción.....	01
2. Marco teórico.....	03
2.1. Las personas mayores.....	03
2.1.1. Cambios en la salud física.....	03
2.1.2. Cambios en la salud mental.....	03
2.2. Los trastornos mentales.....	04
2.2.1. Demencias.....	04
2.2.1.1. Enfermedad de Pick.	06
2.2.1.2. Demencia con cuerpos de Lewy.....	07
2.2.1.3. Demencia mixta.....	08
2.2.1.4. Demencia vascular.....	08
2.2.2. Demencia tipo Alzheimer.....	09
2.2.2.1. Epidemiología.....	09
2.2.2.2. Etiología	10
2.2.2.2.1. Edad/Envejecimiento.....	10
2.2.2.2.2. Traumatismo craneal.....	10
2.2.2.2.3. Nivel educativo.....	11
2.2.2.2.4. Sexo femenino/deficiencia de estrógenos.....	11
2.2.2.2.5. Fármacos antiinflamatorios.....	11
2.2.2.2.6. Factores de riesgo vascular.....	11
2.2.2.2.7. Factores genéticos.....	12
2.2.2.2.8. Otros Factores de riesgo.....	12
2.2.2.3. Anatomía patológica.....	12
2.2.2.4. Etiopatogenia.....	13
2.2.2.5. Fisiopatología.....	13
2.2.2.6. Cuadro clínico.....	13
2.2.2.6.1. Clasificación.....	15
2.2.2.7. Diagnóstico Clínico y diagnóstico diferencial.....	16
2.2.2.8. Tratamiento.....	17
2.2.2.8.1. Fármacos sintomáticos.....	17
2.2.2.8.2. Tratamiento no farmacológico de la EA.....	18

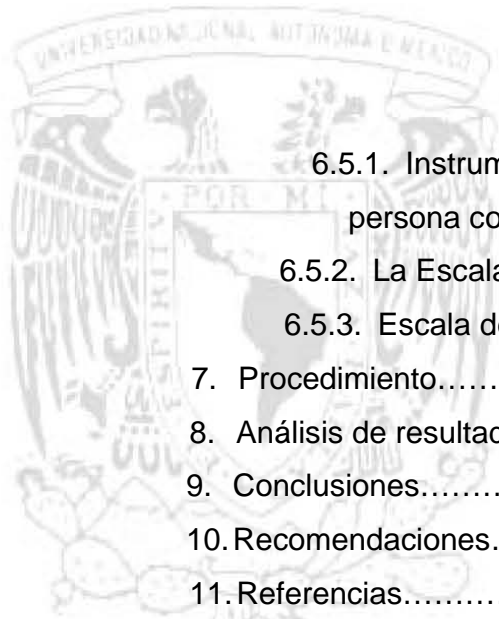




ÍNDICE

2.2.2.8.3. Aspectos sociofamiliares.....	18
2.3. El cuidador primario.....	19
2.3.1. El perfil del cuidador.....	20
2.3.2. Entorno familiar.....	21
2.3.3. La tarea del cuidado.....	21
2.3.4. Impacto del estrés en la salud del cuidador.....	22
2.3.4.1. Problemas físicos.....	22
2.3.4.2. Problemas psíquicos.....	23
2.3.4.3. Problemas de índole socio-familiar.....	24
2.4. Estrés.....	24
2.5. Sobrecarga.....	26
2.6. Afrontamiento.....	28
2.6.1. La función del afrontamiento.....	30
2.6.2. Estrategias de afrontamiento.....	31
2.7. Enfermería y Afrontamiento.....	33
3. Planteamiento del problema.....	37
3.1. Pregunta de investigación.....	41
4. Justificación.....	42
5. Objetivos.....	43
5.1. Objetivos Generales.....	43
5.2. Objetivos Específicos.....	43
6. Material y Método.....	44
6.1. Diseño de estudio.....	44
6.2. Población y Muestra.....	44
6.3. Criterio de inclusión y exclusión.....	44
6.3.1. De inclusión.....	44
6.3.2. De exclusión.....	44
6.4. Consideraciones éticas.....	45
6.4.1. Carta consentimiento.....	45
6.5. Instrumentos de recolección de la información.....	45





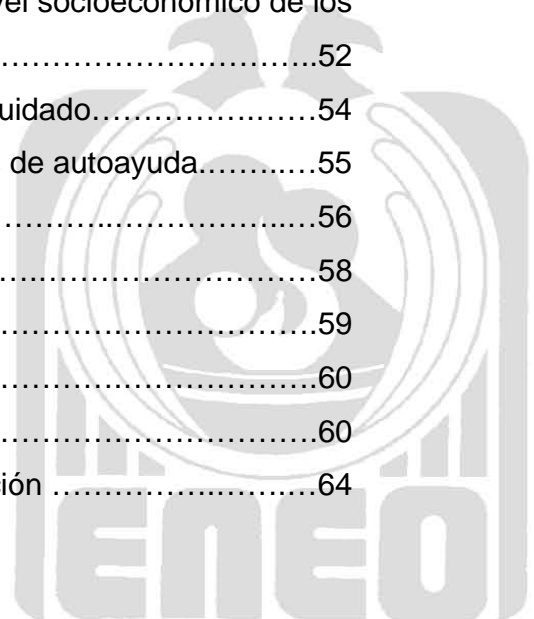
6.5.1. Instrumento “Estrategias de afrontamiento del cuidador primario de persona con demencia y EA”	45
6.5.2. La Escala de Zarit.....	46
6.5.3. Escala de afrontamiento frente a riesgos extremos.....	46
7. Procedimiento.....	48
8. Análisis de resultados.....	49
9. Conclusiones.....	77
10.Recomendaciones.....	80
11.Referencias.....	82
12.Bibliografía.....	92
13.Anexos.....	99
13.1. Carta Consentimiento.....	99
13.2. Instrumento “Estrategias de afrontamiento del cuidador primario de persona con demencia y EA”.....	100
13.3. Escala de Zarit.....	101
13.4. Escala de afrontamiento frente a riesgos extremos.....	102

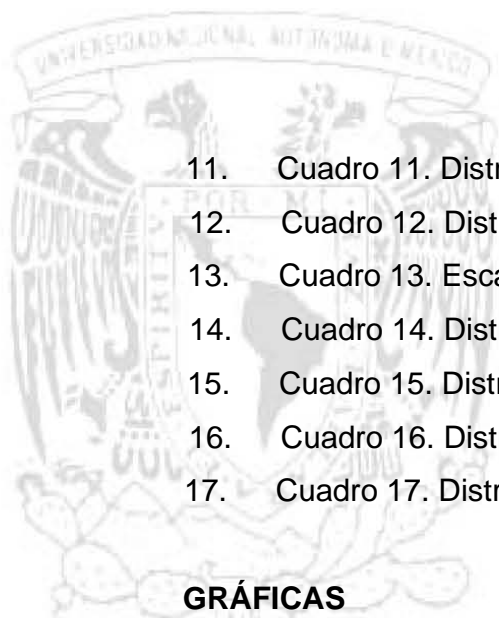
TABLAS

1. Tabla 1. Variables sociodemográficas del cuidador.....	50
-----------------------------------------------------------	----

CUADROS

1. Cuadro 1. Frecuencia de Cuidadores y Distribución por sexo	49
2. Cuadro 2. Distribución por escolaridad y nivel socioeconómico de los cuidadores.....	52
3. Cuadro 3. Distribución por años de cuidado-horas de cuidado.....	54
4. Cuadro 4. Distribución por Acude o participa en grupos de autoayuda.....	55
5. Cuadro 5. Cohabitación.....	56
6. Cuadro 6. Distribución por Sobrecarga-Edad.....	58
7. Cuadro 7. Distribución por Sobrecarga-Estado civil.....	59
8. Cuadro 8. Distribución por Sobrecarga-Escolaridad.....	60
9. Cuadro 9. Distribución por Sobrecarga-Parentesco.....	60
10. Cuadro 10. Distribución por Sobrecarga-Cohabitación	64

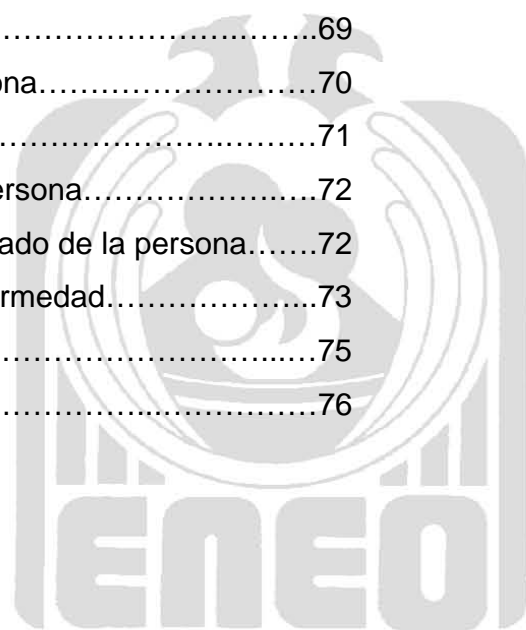


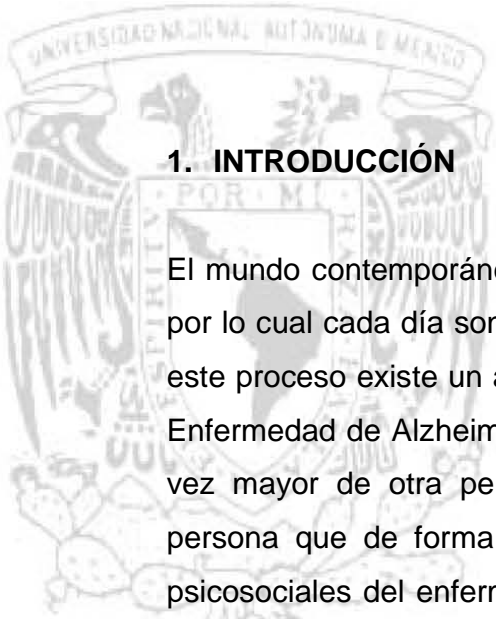


11.	Cuadro 11. Distribución por Sobrecarga- Grupo de apoyo.....	65
12.	Cuadro 12. Distribución por Sobrecarga-Demencia.....	66
13.	Cuadro 13. Escala de Afrontamiento grupo de apoyo.....	67
14.	Cuadro 14. Distribución por Afrontamiento-Sexo.....	68
15.	Cuadro 15. Distribución por Afrontamiento- Estado civil.....	69
16.	Cuadro 16. Distribución afrontamiento- Cohabitación.....	74
17.	Cuadro 17. Distribución por Afrontamiento-Grupo de apoyo.....	74

GRÁFICAS

1.	Gráfica 1. Tipo de demencia.....	49
2.	Gráfica 2. Relación Edad-Sexo.....	51
3.	Gráfica 3. Estado Civil.....	51
4.	Gráfica 4. Parentesco del cuidador con la persona con demencia.....	53
5.	Gráfica 5. Conocimiento de la enfermedad.....	55
6.	Gráfica 6. Escala de Zarit (sobrecarga).....	57
7.	Gráfica 7. Sobrecarga Sexo.....	58
8.	Gráfica 8. Sobrecarga-nivel Socioeconómico.....	61
9.	Gráfica 9. Sobrecarga-Tiempo cuidando a la persona.....	62
10.	Gráfica 10. Sobrecarga-Cuántas horas al día dedica al cuidado de la persona.....	63
11.	Gráfica 11. Sobrecarga-conocimiento de la enfermedad.....	64
12.	Gráfica 12. Afrontamiento-edad.....	67
13.	Gráfica 13. Afrontamiento-escolaridad.....	69
14.	Gráfica 14. Afrontamiento-parentesco con la persona.....	70
15.	Gráfica 15. Afrontamiento-Nivel socioeconómico.....	71
16.	Gráfica 16. Afrontamiento-Tiempo cuidando a la persona.....	72
17.	Gráfica 17. Afrontamiento-Horas dedicadas al cuidado de la persona.....	72
18.	Gráfica 18. Afrontamiento-Conocimiento de la enfermedad.....	73
19.	Gráfica 19. Afrontamiento-Tipo de Demencia.....	75
20.	Gráfica 20. Sobrecarga-Afrontamiento.....	76





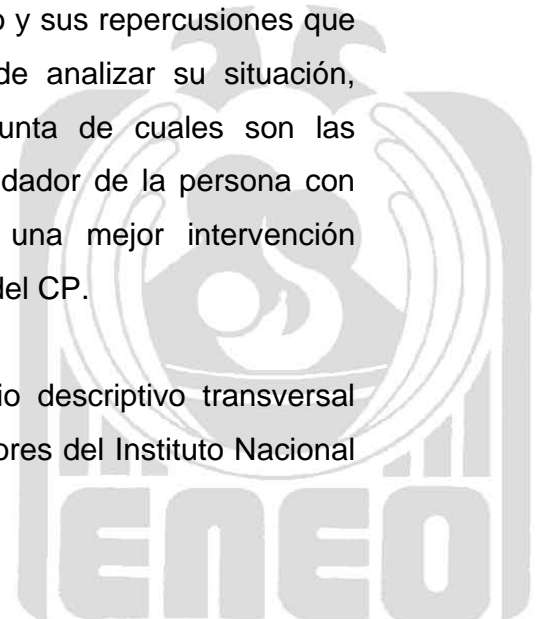
1. INTRODUCCIÓN

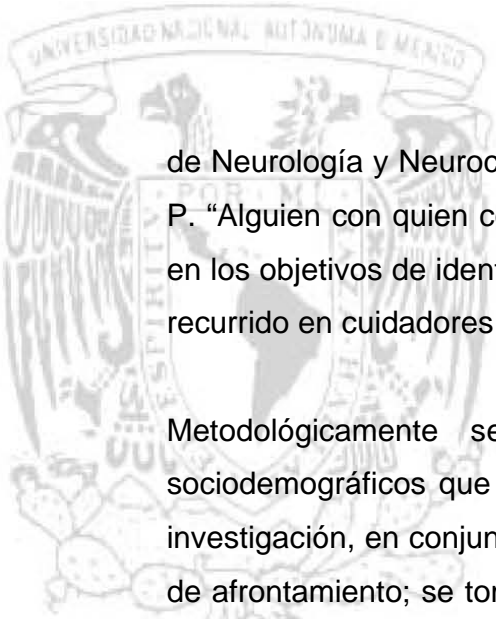
El mundo contemporáneo se enfrenta a un proceso de envejecimiento acelerado por lo cual cada día son más las personas que sobrepasan los 65 años; junto con este proceso existe un aumento progresivo de la incidencia de las demencias y la Enfermedad de Alzheimer (EA), este fenómeno contribuye a la dependencia cada vez mayor de otra persona a la que se le denomina cuidador primario (CP) persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo, lo supervisa en su domicilio y en su vida diaria. Estas personas en muchas ocasiones tienen que interrumpir su ritmo habitual y limitar su vida social, lo que trae con el tiempo repercusión negativa en su salud desde todos los órdenes.

Como resultado de la función que desempeña el CP, este puede presentar un conjunto de problemas físicos y mentales derivados de la carga y/o estrés que el cuidado conlleva; además es común que se creen complejos mecanismos cognitivos y conductuales (pensamientos y comportamientos conocidos como afrontamiento), para resolver las situaciones demandantes de los recursos del individuo, si bien algunos de estos recursos agravan más la carga y/o estrés.

Abordamos la propuesta hacia donde deberíamos ampliar nuestros caminos como enfermeros, a la ayuda de los cuidadores informales, debido a que en México hay escasos estudios enfocados en el alto riesgo del cuidado y sus repercusiones que experimentan los cuidadores, hacemos la propuesta de analizar su situación, describiendo sus características, y mediante la pregunta de cuales son las estrategias de afrontamiento a las cuales recurre el cuidador de la persona con demencia, permitirá la identificación de éstas para una mejor intervención preventiva de los desordenes fisiológicos y psicológicos del CP.

Es así que este trabajo, pretende mediante un estudio descriptivo transversal analizar las circunstancias sociodemográficas de cuidadores del Instituto Nacional





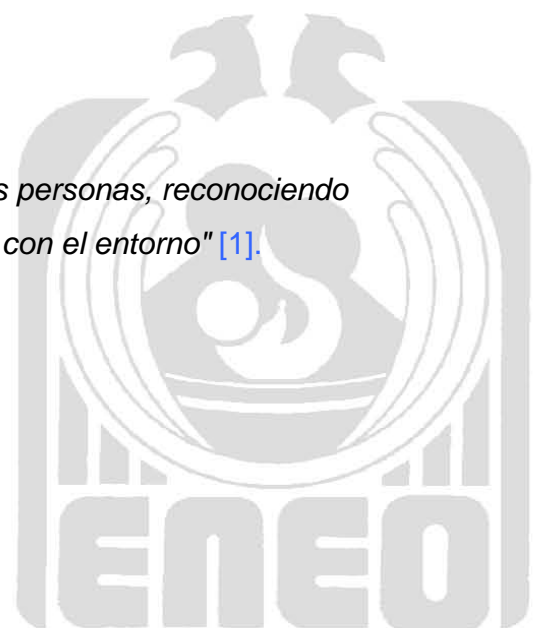
INTRODUCCIÓN

de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez y Fundación Alzheimer I. A. P. "Alguien con quien contar" que cuidan a personas con demencia y EA, basado en los objetivos de identificar el nivel de sobrecarga y el tipo de afrontamiento más recurrido en cuidadores de personas con demencia y EA.

Metodológicamente se elaboró un cuestionario para captar los rubros sociodemográficos que se presentan como variables que sirven de base para la investigación, en conjunto con dos cuestionarios más, para medir la carga y el tipo de afrontamiento; se tomaron en cuenta las consideraciones éticas, contando con el apoyo de una carta de consentimiento informado; a continuación se llevo a cabo el plan de recolección de datos, su análisis y presentación de los resultados.

Finalmente el autor menciona que este trabajo es una participación que forma parte del "Mega proyecto Nuevas Estrategias Epidemiológicas Genómicas y Proteómicas en Salud Pública". SDEI. PTID. 05.5, al cual pertenece el proyecto denominado "Modelo de Enfermería para la Atención Preventiva y Terapéutica de Personas con Enfermedad de Alzheimer y sus Familiares" ENEO 020. Por otra parte la participación en este macroproyecto, responde a los objetivos de formar jóvenes en investigación y abordar un tema de estudio relacionado con las demencias y concluir con una tesis para obtener el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

"La Enfermería estudia la integridad de la salud de las personas, reconociendo que las mismas están en constante interacción con el entorno" [1].



2. MARCO TEORICO

2.1. Las personas mayores

El envejecimiento se inicia en el momento del nacimiento, pero sus signos no se perciben hasta bien entrada la edad media de la vida, sin embargo cuando transcurre el tiempo, los cambios se hacen aparentes y el envejecimiento físico reemplaza a la madurez física. Todos los aparatos y sistemas del organismo envejecen con el individuo, las modificaciones físicas que origina la vejez no se perciben hasta el final de la cuarta década de la vida; a los cincuenta años, no es posible negar los efectos del paso del tiempo. El envejecimiento físico varía sustancialmente y depende de la constitución genética, de la asistencia sanitaria física y mental, de las prácticas y del estilo de vida y de las actitudes del individuo [2].

2.1.1. Cambios en la salud física

El envejecimiento es el proceso de hacerse mayor, la madurez se define como la etapa de la vida comprendida entre los 65 años y la muerte de la persona. Hasta hace poco los mayores de 65 años eran considerados “viejos” no obstante los conceptos sobre el envejecimiento se van modificando según se prolongue la esperanza de vida [3].

2.1.2. Cambios en la salud mental

La vejez es una época de adaptación, es decir un ajuste a determinados cambios. En esta etapa los objetivos de desarrollo suponen un reto, al igual que las etapas precedentes. Las modificaciones mentales que sufren nuestros viejos han sido objeto de múltiples estudios en los últimos años, determinadas funciones mentales alcanzan su desarrollo máximo durante la infancia y otras durante la

adolescencia. La memoria a corto plazo y la velocidad de reacción comienzan su declive a los cuarentas al contrario del juicio y el conocimiento.

Los mayores de 65 años, además de padecer los mismos trastornos mentales que los adolescentes y los adultos jóvenes, deben afrontar los derivados de su vulnerabilidad, de los abusos, de la pérdida de memoria, de la demencia y la EA. Los trastornos mentales pueden deberse a alteraciones físicas o bioquímicas, como la diabetes o desequilibrios electrolíticos. Gran parte de los factores que amenazan la salud mental de nuestros viejos nacen de la soledad y el aislamiento social [4]. Este panorama donde se observa que algunos de nuestros viejos han perdido paulatinamente su capacidad funcional, de alguna medida esto implica que haya un parcial o total nivel de dependencia surgiendo dificultades en la dinámica familiar principalmente en el que desempeña el rol del CP.

2.2. Los trastornos mentales

Los trastornos mentales cobran un oneroso tributo, en la actualidad 450 millones de personas sufren de alguna forma de trastorno mental o cerebral, incluidos los relacionados con el consumo de alcohol y el abuso de sustancias. Estas alteraciones afectan al menos a un miembro de una de cada cuatro familias, las proyecciones para el periodo comprendido entre 1990 y 2020 indican que la proporción de la carga mundial de morbilidad correspondiente a las enfermedades mentales y cerebrales aumentará hasta un 15%. La depresión, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la dependencia del alcohol, la EA y otras demencias figuran entre las 13 principales causas de años perdidos por discapacidad [5].

2.2.1. Demencia

Término derivado del latín de (privativo) y mens (mente, juicio, intelecto, inteligencia) que ha tenido numerosos significados a lo largo de la historia, actualmente se concibe la demencia como un síndrome adquirido que produce la

pérdida progresiva de múltiples funciones corticales superiores de un sujeto con respecto a su nivel previo de desempeño, (memoria, pensamiento, aprendizaje, personalidad, lenguaje, relaciones temporoespaciales, función ejecutiva y capacidad de razonamiento) sin descenso del nivel de conciencia y que causa incapacidad funcional y repercusión significativa en el desempeño social y laboral. La forma más frecuente de demencia es la EA, que representa entre el 50% y el 60% de los casos de demencia en los países occidentales [6].

La definición operativa dada por el DSM IV define a la demencia como. “el desarrollo de múltiples déficit cognitivos, manifestados por un deterioro prominente y precoz en la memoria aunado a la presencia de al menos uno de los siguientes datos: afasia, apraxia, agnosia o alteración en las funciones ejecutivas” [7]. Hay varios tipos de demencias, con sintomatologías similares pero producidas por causas diversas. Los diferentes subtipos de demencia se distribuyen de la siguiente forma: 50-60% por procesos neurodegenerativos, dentro de los cuales se incluyen la EA y la de cuerpos difusos de Lewy, 20-25% de perfil vascular y 10-15% de tipo mixto [8]. La causa última que lleva a la demencia es la pérdida neuronal. Sin embargo, como esta pérdida no es homogénea en todo el cerebro, la evolución de los síntomas no es idéntica en todos los tipos, aunque en la fase final la sintomatología se hace uniforme: pérdida de la memoria, sobre todo anterógrada; desorientación temporal y espacial, deterioro intelectual y una cierta apraxia en el último estadio de la demencia, lo cual conduce a la persona a una vida vegetativa, sin control de esfínteres por alguna de las repercusiones, por lo que necesita de atención continua.

En el transcurso de esta enfermedad el impacto psicosocial es devastador para la persona con demencia; sin embargo no es el único aspecto a considerar, ya que la el propio proceso de la enfermedad sumado a el impacto psicológico, la merma en la calidad de vida, la perdida de capacidades sociales y laborales, recaen sobre el cuidador quien sufre un cambio de vida, quien se ve afectado emocionalmente, en

muchos casos pierde trabajo, aumentan los gastos, lo anterior se refleja en su bienestar [9].

La supervivencia de los pacientes desde el comienzo de la enfermedad es variable, pero en su transcurso se asiste a una pérdida progresiva de la función. Se requieren actuaciones cambiantes y modificaciones en los soportes médicos, familiares y comunitarios.

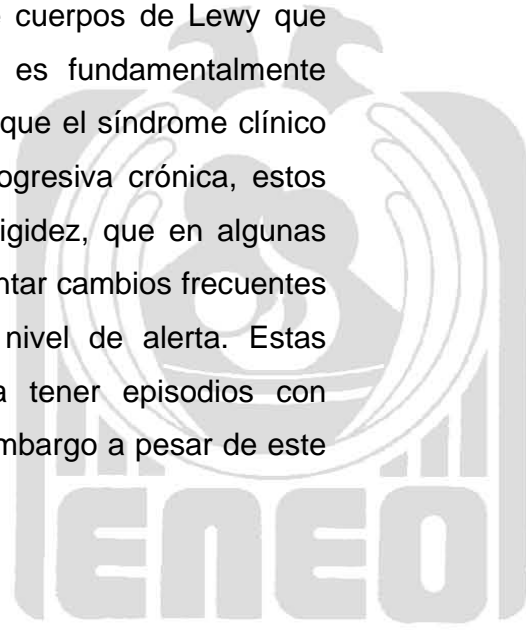
2.2.1.1. Enfermedad de Pick.

La enfermedad de Pick es un conocido trastorno que resulta difícil de diferenciar clínicamente de la EA y cuyos límites como entidad distinta están peor definidos. Su peor característica es la presencia de una intensa atrofia simétrica de los lóbulos temporal o frontal, o de ambos, que puede verse bien mediante las pruebas de neuroimagen y que resulta muy evidente en la autopsia. Por este motivo, el diagnóstico de demencia frontotemporal se solapa con la enfermedad de Pick. Algunas veces la atrofia es asimétrica y puede afectar a los ganglios basales. Entre los hallazgos microscópicos se encuentra la gliosis, la pérdida de neuronas y la presencia de neuronas hinchadas en forma de globo, que suelen contener unas inclusiones citoplasmáticas que se tiñen con la plata y que se conocen como Cuerpos de Pick. Los cuerpos de Pick están formados por aglomeraciones de fibrillas rectas que comparten determinantes antígenos con los ovillos neurofibrilares de la EA. Como la proteína tau asociada a los microtúbulos, lo que sugiere que los cuerpos de Pick derivan de componentes alterados en el citoesqueleto neuronal. Su comienzo suele situarse entre el 5° y 6° Decenio de la vida. Desde el punto de vista clínico, se manifiesta por una demencia lentamente progresiva que cursa con un comportamiento hiperoral, bulimia, trastornos del lenguaje desinhibición emocional, irritabilidad continuos paseos erráticos sin sentido. El trastorno del lenguaje puede consistir en afasia o en patrones del habla muy repetitivos, que progresan algunas veces hasta la ecolalia, el empobrecimiento del lenguaje y el mutismo. Por desgracia, todas estas características clínicas, así como una relativa atrofia lobular, puede ocurrir en la

EA, por lo que el diagnóstico clínico de la enfermedad de pick no es mas que una mera elucubración que debe confirmarse con la autopsia. Además, los cerebros que contienen cuerpos de pick también pueden tener diferentes cantidades de placas amiloides y ovillos neurofibrilares, lo que dificulta también la distinción con la EA. Se han comunicado algunos casos de enfermedad de Pick familiar que muestran un patrón de herencia similar al autosómico dominante. No existe tratamiento específico. [10].

2.2.1.2. Demencia con cuerpos de Lewy (DCL)

Los cuerpos de Lewy son inclusiones citoplasmáticas intraneuronales que se tiñen con el ácido peryódico de Schiff (PAS) y con la tinción de la ubiquitina. Están compuestos por neurofilamentos rectos de 7 a 20 nm de longitud que están inmersos en un material amorfo. Contienen epitopos que son reconocidos por los anticuerpos contra las proteínas fosforiladas de los filamentos y contra la ubiquitina. Los cuerpos de Lewy aparecen típicamente en la sustancia negra de los pacientes con enfermedad de Parkinson ideopática. Estas conclusiones se han encontrado también en gran número en las neuronas corticales de los pacientes con demencia. En pacientes que no presentan otras características anatomopatológicas, el proceso se conoce como enfermedad difusa con cuerpos de Lewy. En los pacientes cuyos cerebros contienen placas de amiloide y ovillos neurofibrilares, la entidad se denomina EA del tipo enfermedad difusa con cuerpos de Lewy. No existe acuerdo en la cantidad de cuerpos de Lewy que precisan para establecer el diagnóstico aunque este es fundamentalmente neuropatológico; por otra parte, algunos casos sugieren que el síndrome clínico puede ser característico. Además de una demencia progresiva crónica, estos pacientes tienen síntomas parkinsonianos, sobre todo rigidez, que en algunas ocasiones se asocia a temblor intencional, pueden presentar cambios frecuentes del comportamiento de la capacidad cognitiva y del nivel de alerta. Estas fluctuaciones pueden ser muy marcadas, llegando a tener episodios con confusión e intervalos lucidos que sugieren delirio. Sin embargo a pesar de este



patrón fluctuante y a diferencia del delirio transitorio típico las manifestaciones clínicas persisten durante varios periodos de tiempo. En la autopsia un 10 a 30% de todos los pacientes con demencia pueden presentar cuerpos de Lewy corticales. Aun no está claro que papel puede desempeñar la Apo E en la enfermedad de cuerpos de Lewy que no presenta las alteraciones de la EA no existe tratamiento específico y PAS positivos (contienen proteínas de neurofilamentos fosforiladas y no fosforiladas). Se encuentran tradicionalmente en las neuronas de la sustancia negra de la enfermedad de Parkinson, pero se han hallado también en grandes cantidades en el córtex de pacientes con demencia. Si constituyen el único hallazgo patológico, a esta entidad se la denomina demencia por cuerpos de Lewy, pero si se asocian placas seniles y ovillos neurofibrilares la entidad se denomina *enfermedad de Alzheimer con cuerpos de Lewy*. Los defectos cognitivos iniciales en la DCL no afectan a la memoria tan intensamente ni de la misma manera que en la EA [11].

2.2.1.3. Demencia mixta

Demencia en cuya etiología coexisten lesiones vasculares y la degeneración típica de la EA. La llamada encefalopatía de Binswanger es, en esencia, un cuadro muy intenso de desmielinización de la sustancia blanca, asociada a infartos lagunares y deterioro psíquico en individuos con hipertensión arterial o diabetes. Sería, pues, una forma de *demencia vascular*. Es necesario tener en cuenta que, sobre todo en pacientes ancianos, las lesiones vasculares del cerebro se asocian a la EA, muy prevalente en personas mayores de 75 años, y constituyen la *demencia mixta*; la demencia puramente vascular es relativamente infrecuente [12].

2.2.1.4. Demencia vascular

La demencia vascular es una afectación que presenta como común denominador una causa vascular en su etiología, debida a infartos cerebrales únicos de localización estratégica o a pequeños infartos múltiples secundarios a enfermedad

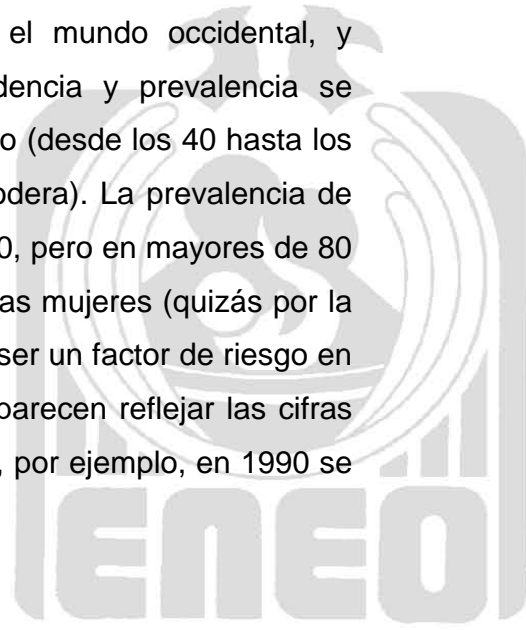
de los vasos de pequeño y mediano calibre. Es más frecuente en el sexo masculino a partir de los 70 años de edad. Se distinguen distintas formas como el estado lacunar, la enfermedad de Binswanger y los infartos en territorios limítrofes. Aparece sobre todo en pacientes con hipertensión arterial, diabetes mellitus o tabaquismo. Un hecho bastante característico es la presencia de signos multifocales. En fases precoces, la personalidad y la percepción suelen estar mejor preservadas que en la EA. A medida que la enfermedad progresa, se desarrollan alteraciones focales, especialmente hemiplejía, parálisis pseudobulbar, con risa y llanto patológico y signos de disfunción extrapiramidal, la TC y la RM demuestran con frecuencia múltiples lesiones vasculares en la corteza cerebral. [13].

2.2.2. Demencia tipo Alzheimer.

La Enfermedad de Alzheimer (EA) descrita por el neuropatólogo alemán Alois Alzheimer (1906) Se define, clínicamente, por el desarrollo lentamente progresivo con pérdida de memoria de comienzo sutil; desde el punto de vista patológico, existe una abiotrofia cortical con lesiones características: placas seniles y ovillos o degeneración neurofibrilar [14].

2.2.2.1. Epidemiología

La EA es la forma más frecuente de demencia en el mundo occidental, y constituye el 75% de todas las demencias. Su incidencia y prevalencia se incrementan casi exponencialmente con el envejecimiento (desde los 40 hasta los 90 años, a partir de cuyo momento el incremento se modera). La prevalencia de esta enfermedad es cercana al 1% en la década de los 60, pero en mayores de 80 años alcanza un 20-40%. Es 2 veces más frecuente en las mujeres (quizás por la mayor esperanza de vida, pero el sexo femenino parece ser un factor de riesgo en sí) [15]. En México, los datos estadísticos de la EA no parecen reflejar las cifras esperadas para nuestra distribución de población ya que, por ejemplo, en 1990 se



registraron únicamente 111 defunciones por EA, de los cuales 56 correspondieron a hombres y 55 a mujeres [16].

2.2.2.2. Etiología

La causa de la EA es desconocida sin embargo se han identificado diversos factores de riesgo que se asocian fuertemente a la enfermedad, como es el familiar en un 50% de los casos y el resto son esporádicos, con algunos determinantes genéticos. Existen al menos cuatro genes diferentes, localizados en los cromosomas 1, 14, 19 y 21, que influyen en el inicio y la progresión de la enfermedad [17]. El envejecimiento es otro factor determinante, al igual que los ambientales, los cuales constituyen el objetivo de la investigación actual. Algunas hipótesis no demostradas han implicado en su origen a los niveles hormonales bajos y la exposición a ciertos metales [18].

2.2.2.2.1. Edad/envejecimiento

La asociación EA y envejecimiento es tan notoria que se llegó a considerar como un envejecimiento cerebral exagerado. Hoy existe consenso sobre el carácter de enfermedad de la EA, y se duda si aquél ejerce influencia más allá de los 90-95 años [19].

2.2.2.2.2. Traumatismo craneal

En la encefalopatía de los boxeadores (traumatismo craneal repetido) se han descrito lesiones semejantes a la degeneración neurofibrilar de la EA. La asociación del traumatismo craneal aparente con la EA no ha sido constante. En algunos estudios sólo se ha encontrado esta asociación en los sujetos que son portadores del Apo-E4 [20].

2.2.2.2.3. Nivel educativo

La asociación demencia-bajo nivel educativo ha sido constatada prácticamente en todos los estudios de prevalencia de demencia, aunque en análisis de cohortes (Rochester y Framingham) con alto nivel educacional los resultados han sido negativos. Estas diferencias se han explicado por la "mayor reserva funcional" de los cerebros de las personas que ejercitan la mente [21].

2.2.2.2.4. Sexo femenino/deficiencia de estrógenos

La prevalencia de EA es superior en mujeres (2:1), aunque probablemente ello se deba a su mayor supervivencia. Por el contrario, se ha demostrado una capacidad protectora de los estrógenos en las mujeres menopáusicas, ya que los estrógenos influyen sobre enzimas colinérgicas, sobre el factor de crecimiento nervioso y además actuarían como antioxidantes [22].

2.2.2.2.5. Fármacos antiinflamatorios

En diversos estudios (pacientes con artritis reumatoide) se ha demostrado una relación inversa entre la ingesta crónica de antiinflamatorios (glucocorticoides y AINE) y el padecimiento de EA [23].

2.2.2.2.6. Factores de riesgo vascular

La hipertensión arterial crónica y otros factores de riesgo vascular no sólo se asocian con un trastorno cognitivo de causa vascular, sino también con EA. El problema a dilucidar es si dichos factores actúan como un mecanismo aditivo en la EA, o si realmente facilitan el desarrollo de las lesiones patológicas, incrementando el depósito de b-amiloide o mediante otro mecanismo de daño neuronal [24].

2.2.2.2.7. Factores genéticos

Existen formas familiares de EA con un patrón de herencia autosómico dominante en las que se han encontrado diversas anomalías genéticas: gen del cromosoma 14 (*locus* 14q24.3) que codifica la presenilina 1 (al menos 5 anomalías); gen de la proteína precursora del amiloide (cromosoma 21); gen de la presenilina 2 (cromosoma 1), y es probable que alteraciones en el cromosoma 12 sean responsables de formas familiares de comienzo tardío. A muchas formas familiares de EA aún no se les ha hallado su ubicación genética. También hay datos que indican la existencia de interacciones genes-genes (herencia poligénica) que facilitan la aparición de formas familiares. La gran mayoría de éstas son de comienzo presenil y representan un escaso (2-5%) porcentaje de todos los casos [25].

2.2.2.2.8. Otros factores de riesgo

Se han explorado muchos otros posibles factores causales: anestesia general, operaciones, exposición a virus, edad materna tardía. Se ha señalado como factor protector al hábito crónico de fumar en la EA y en la enfermedad de Parkinson. Diversos estudios han descrito una discreta capacidad protectora derivada de la ingesta moderada de alcohol, del hábito vegetariano y de una dieta rica en pescado. La asociación entre hipotiroidismo, enfermedad inmune tiroidea, enfermedad de Graves y EA no es consistente. También se asocian EA y depresión [26].

2.2.2.3. Anatomía patológica

En la EA se produce una atrofia cerebral difusa de predominio cortical y en la sustancia gris (más prominente en el hipocampo y lóbulo temporal) asociada a pérdida neuronal y sináptica generalizada y lesiones características: placas seniles y degeneración neurofibrilar. Las placas seniles son estructuras extracelulares que se encuentran, fundamentalmente, en el córtex. Hay tres tipos: neuríticas o maduras, que consisten en colecciones esféricas de material amiloide rodeadas

de una corona de neuritas engrosadas y distorsionadas junto a astrocitos reactivos, microglia y fenómenos inflamatorios; las difusas están constituidas esencialmente por amiloide, y se consideran placas "jóvenes"; las placas *quemadas* sólo contienen el centro de amiloide. Las placas seniles se encuentran, también, en ancianos normales. La *degeneración neurofibrilar* es un cúmulo de elementos fibrilares en forma de llama u ovillo en el soma de ciertas neuronas corticales y, en menor cuantía, subcorticales [27].

2.2.2.4. Etiopatogenia

Una de las hipótesis sobre la génesis de la EA es la "hipótesis de la cascada de amiloide". Según ésta las alteraciones cerebrales (pérdida neuronal y sináptica, placas seniles, angiopatía amiloide) se deben al depósito cerebral de amiloide (b-amiloide o proteína A4, proteína de 39-42 aminoácidos) que deriva de la proteína precursora del amiloide anormal o mal regulada catabólicamente. Algunos autores sostienen que el origen de la EA es la anormal fosforilización de la proteína tau que origina la degeneración neurofibrilar [28].

2.2.2.5. Fisiopatología

La degeneración cortical difusa es responsable del trastorno de las funciones cognitivas y de las modificaciones de la personalidad. La afeción y desaferenciación del hipocampo y la degeneración de los núcleos colinérgicos basales explican la relevancia de los trastornos de la memoria. En la aparición de alteraciones de la atención y de fenómenos depresivos es probable que desempeñe un papel primordial la degeneración de los sistemas de proyección noradrenérgicos y serotoninérgicos [29].

2.2.2.6. Cuadro clínico

La mayoría de los casos (alrededor del 80%) se observan a partir de los 80 años, aunque algunos comienzan en la cuarta década. El síntoma inicial más frecuente es la pérdida de la memoria reciente. Sobre todo se afecta un subtipo de aquella,

la *memoria episódica* (experiencias personales en un determinado tiempo y espacio), pues la *memoria semántica*, conjunto de conocimientos generales, y la *implícita*, aprendizaje de habilidades (conducir un coche), se preservan bastante bien en estadios precoces. Tampoco se afecta inicialmente la atención elemental. El trastorno de la memoria se manifiesta por la incapacidad para el aprendizaje de palabras o sucesos que mejora poco o nada con ensayos repetidos, se acompaña de pérdida rápida de lo aprendido y de una tendencia a producir errores de intrusión (mezclar apartados de diversos episodios). Habitualmente, progresa de forma lenta pero inexorable (puede haber "estancamientos" de varios años). Inicialmente, el paciente olvida sucesos significativos de unos días antes, pero conforme avanza la enfermedad, no recuerda sucesos del día previo o de horas antes y, en estadios avanzados, olvida sucesos inmediatos.

Las alteraciones del lenguaje suceden a las de la memoria. La *anomia* (incapacidad para recordar los nombres de objetos, cosas o personas) es un síntoma típico de afección inicial. Se altera la fluidez verbal. La comprensión del lenguaje escrito se empobrece progresivamente de forma paralela a la de la escritura. El trastorno intelectual se manifiesta inicialmente por la pérdida de capacidad para realizar tareas complejas cotidianas (gestiones financieras), lo cual es más aparente en situaciones nuevas, y es menos perceptible cuando las actividades, aunque complejas, son rutinarias. En la entrevista clínica se puede comprobar el déficit del razonamiento abstracto (interpretación de refranes). Las dificultades visuales pueden ser precoces. La apraxia constructiva es el trastorno discernible más temprano de este tipo. El test del reloj detecta apraxia constructiva inicial. Las agnosias suelen aparecer en estadios avanzados.

El trastorno no cognitivo más frecuente es la depresión, sobre todo al inicio (tres primeros años) y puede ser reactiva o biológicamente condicionada (depleción monoaminérgica). Otras alteraciones del ánimo (disforia reactiva, ansiedad, irritabilidad) son, en general, tardías. No son raras las reacciones catastróficas (descarga emocional y autonómica excesiva ante fracasos en una tarea) en pacientes con enfermedad avanzada. En la evolución de la EA pueden aparecer

delirios (ideas falsas resistentes a la argumentación) en el 40% de los casos, confabulaciones y alucinaciones. Las agresiones (20-57%), finalmente la violencia verbal o sexual, son más frecuentes en varones, causan gran trastorno familiar y aconsejan su internamiento en un centro adecuado. También los trastornos del ciclo sueño-vigilia (insomnio), de la ingesta (bulimia), sexuales (hipersexualidad), el vagabundeo, las conductas repetitivas sin intención aparente y la incontinencia esfinteriana son frecuentes en estadios avanzados. A pesar de lo expuesto, conviene precisar que la EA es un padecimiento cognitivo (cortical) y la mayoría de casos conservan bien emociones y afectos para sus seres queridos hasta estadios muy avanzados.

El examen neurológico es característicamente normal en estadios iniciales. En estadios avanzados es frecuente (6-50%) la aparición de alteraciones extrapiramidales (hipertonía, bradicinesia e hipomimia facial sobre todo). También hay mayor frecuencia de reflejos atávicos (palmomentoniano, prensión), déficit olfatorio, signos cerebelosos tenues, trastornos de la marcha y temblor. En estadios avanzados pueden aparecer trastornos de la marcha y de la postura, crisis epilépticas y mioclonías; en los finales, son frecuentes cuadros de déficit extrapiramidal y piramidal bilateral asociado a demencia total, e incluso, a estado vegetativo terminal. La presencia de rigidez en rueda dentada, temblor o posturas distónicas es muy rara y debe hacer dudar del diagnóstico (probablemente una enfermedad de Parkinson) o hacer pensar en la ingesta de neurolépticos. Hay casos, comprobados patológicamente, con anomalías motoras asimétricas o focales (hemiparesia, cuadro cerebeloso, piramidalismo) [30].

2.2.2.6.1. Clasificación

La primera diferenciación de formas clínicas es de origen histórico: presenil y senil (mayores de esta edad). Esta clasificación no tiene una base patológica, pero en los códigos de la OMS y del DSM todavía tiene vigencia. En las formas preseniles hay más frecuencia de casos familiares, evolución rápida y trastornos del lenguaje; aunque porcentualmente ello es cierto, la edad de comienzo de la EA no

determina la apariencia clínica en la mayoría de los casos. Lo mismo ocurre con las formas familiares y esporádicas, en los que la clínica de los casos familiares es heterogénea incluso dentro de las propias familias. En nuestra opinión, la clasificación de Daffner tiene mayor interés y distingue tres grandes subgrupos en la demencia degenerativa: una forma amnésica, una neuropsicológica focal (afasia progresiva y otras) y una forma dominada por trastornos del comportamiento [31].

Clásicamente se han establecido tres grados de demencia en la EA: leve (trastornos de memoria progresivos y examen motor normal), moderada (demencia aparente con confusión mental) y grave (demencia completa). El DSM-III e ICD-10 gradúan estas fases por su dependencia funcional: leve, si existe dependencia sólo fuera del domicilio; moderada, cuando la dependencia ocurre incluso dentro del domicilio, y grave, en caso de dependencia total. El rango evolutivo de la EA es muy variable y oscila entre 1 y 25 años, habitualmente entre 8 y 10, pero la supervivencia media en estudios de población es menor de 4 años (probablemente porque se trata de pacientes muy ancianos) [32]

2.2.2.7. Diagnóstico Clínico y diagnóstico diferencial

El diagnóstico de la EA es clínico, por lo que la anamnesis y el examen neurológico y neuropsicológico constituyen la mejor herramienta diagnóstica. Ninguna prueba complementaria permite el diagnóstico de EA. Éstas, con excepción de los test psicométricos, son normales o presentan alteraciones inespecíficas. Los criterios diagnósticos estandarizados tipo NINCDS-ADRDA establecen grados de probabilidad diagnóstica y recomiendan la práctica de aquellas pruebas complementarias (neuroimagen, bioquímicas o del LCR), que sean necesarias para excluir otras enfermedades que puedan simular una EA. Estos criterios, confrontados con el patrón patológico, ofrecen un buen rendimiento diagnóstico (80-90%).

En la actualidad los marcadores más fiables de la EA son neuropsicológicos. Los fallos en la memoria de fijación obtenidos por diversos test y las alteraciones en

algunas pruebas ejecutivas son el mejor marcador en los casos iniciales y frente al envejecimiento normal. La búsqueda de marcadores biológicos en la EA ha sido negativa por su solapamiento entre pacientes y ancianos normales. La neuroimagen permite, por una parte, descartar lesiones cerebrales que producen demencia (vasculares, por ejemplo) y, por otra, intentar un diagnóstico específico de EA (medición de hipocampos); la constatación de un hipocampo atrófico ha permitido obtener, en algún estudio, importante seguridad diagnóstica (próxima al 90%), pero estas investigaciones son difícilmente reproducibles en la práctica. Los marcadores moleculares genéticos son útiles en pocos pacientes (menos de un 5%). El marcador de riesgo genético, el alelo Apo-E4, tiene utilidad sólo limitada a la investigación, salvo en casos excepcionales. Otras estrategias diagnósticas peculiares, como la alteración de la olfacción asociada a la EA o las respuestas pupilares anómalas a la tropicamida, tienen importancia científica pero no utilidad práctica [33].

2.2.2.8. Tratamiento

Los fármacos existentes tienen escasa eficacia. Aún así, se han establecido cuatro grandes categorías: 1) de acción sintomática; 2) estabilizadores, que enlentecen el proceso; 3) preventivos, y 4) curativos, de imposible desarrollo sin mejor conocimiento de la enfermedad. Obviamente, hay fármacos con objetivos específicos (alteración del sueño, trastornos conductuales) o difíciles de clasificar [34].

2.2.2.8.1. Fármacos sintomáticos.

Se han empleado una gran cantidad de medicinas en la terapia de la demencia de la EA sin mejoría clínica significativa. Varios fármacos han demostrado que producen mejoría cognitiva y funcional que dura más de 3-6 meses; la mayoría restablece el déficit colinérgico. Cuatro de éstos (tacrina, donepecilo, rivastigmina, metrifonato) han acumulado la suficiente información clínica para justificar su utilización, pero otros, como los fármacos colinomiméticos, estimulantes de los

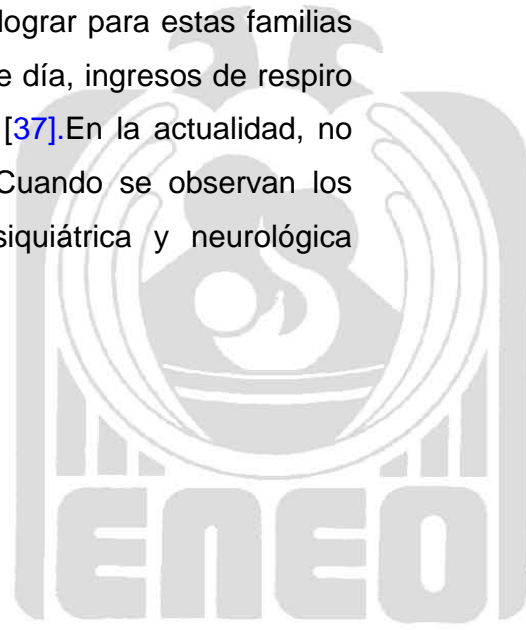
receptores nicotínicos y de otros sistemas de neurotransmisión, todavía están en estudio. Muchos fármacos que ejercen acciones complejas en el SNC están siendo ensayados y es probable que determinen efectos beneficiosos (extractos del ginkgo biloba y otros) [35].

2.2.2.8.2. Tratamiento no farmacológico de la EA.

En la EA se han practicado numerosas terapias no farmacológicas (sobre todo en centros de día) para mejorar tanto el rendimiento cognitivo como los trastornos de conducta (orientación en la realidad, ludoterapia). Los resultados son interesantes, pero los efectos han sido de escasa duración. En este epígrafe habría que incluir numerosas actividades médicas y sanitarias de mucha utilidad en el manejo de estos pacientes y que van desde modificaciones de su vivienda (señalización llamativa del cuarto de baño, por ejemplo) hasta estrategias para minimizar los efectos de la falta de control de los esfínteres [36].

2.2.2.8.3. Aspectos sociofamiliares.

Desde una perspectiva del profesional de la salud es conveniente que el contexto familiar disponga de diagnóstico e información precoz de las consecuencias que acarrea la enfermedad. Una cuestión a tener en cuenta es el cuidado del cuidador. El cuidador atiende a su cónyuge o padres muchas veces durante las 24 h del día, está en riesgo de cansancio físico y mental (depresión, ansiedad) y requiere con frecuencia ayuda médica, psicológica y social. Hay que lograr para estas familias ayuda sociosanitaria en domicilio, cuidados en centros de día, ingresos de respiro y más plazas públicas de hospitalización a largo plazo [37]. En la actualidad, no existe una sola prueba que confirme la enfermedad. Cuando se observan los síntomas se debe obtener una evaluación física, psiquiátrica y neurológica completa realizada por un médico con experiencia.

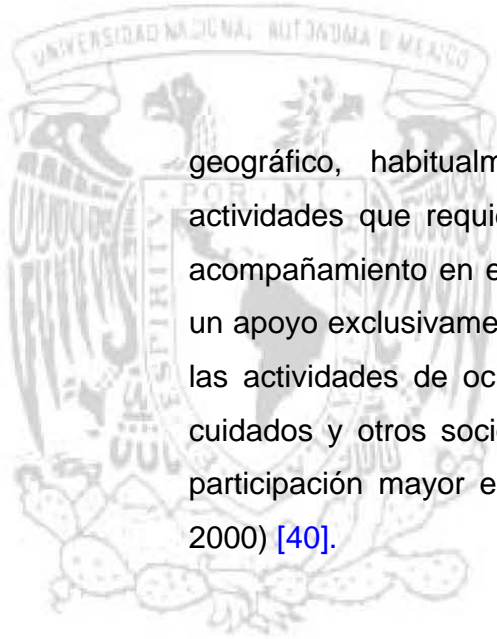


2.3. El cuidador primario.

En un principio el cuidado como una actividad es una tarea que todos conocemos y que esta siempre presente en las sociedades y grupos humanos, de uno o de otro modo. La actividad de cuidar es toda acción humana que contribuye a la ayuda y solicitud ante la necesidad de otro... [38].

Las personas con demencia y EA exigen una importante demanda de cuidados, y un buen porcentaje son cubiertos en el hogar y su red familiar mas próxima y en general gran parte de esta responsabilidad la asume una sola persona. Llamamos cuidador de la persona con demencia y EA a la persona que asume la responsabilidad total voluntaria o involuntariamente en la atención y el apoyo diario a este tipo de personas. El cuidado de la persona con demencia es un proceso dinámico que va a requerir un progresivo incremento de atenciones y tareas por varios motivos: la larga duración de la enfermedad (en más del 70% se trata de un proceso superior a 4 a 6 años), la pérdida progresiva de capacidad física y cognitiva por parte del paciente y su creciente dependencia del entorno familiar [39].

Las cuidadoras y los cuidadores primarios también llamados informales son implícitamente la familia, amigos o vecinos, aunque su implicación en términos cuantitativos es muy importante. Es la familia la que, habitualmente, asume en mayor proporción los cuidados de personas dependientes. Según un estudio del INSERSO de 1995 sobre personas mayores en España, éstas eran atendidas por la familia cercana en un 63,8 % de los casos y por otros allegados, amigos o vecinos, el 8,1 %, el resto era realizado por empleados o cuidadores formales. Según Litwark y Szelenyi (en Herrera, 1998) los ligámenes afectivos creados en la familia son más estables y permanentes, lo que permite un mayor compromiso de cuidado con la persona dependiente. Este tipo de vínculos ofertan además una atención integral, tanto instrumental como emocional. Según Twig (en Úbeda et al, 1997) los vecinos/as ofertan un apoyo en recursos y servicios adscritos al ámbito



geográfico, habitualmente dan soporte en emergencias temporales o en actividades que requieren una cotidiana observación para realizarlas, así como acompañamiento en el domicilio. Los amigos/as suelen realizar mayoritariamente un apoyo exclusivamente emocional, ayudando a mantener la red social exterior y las actividades de ocio. Aunque debido a los cambios en el sistema formal de cuidados y otros socioculturales y económicos los amigos tienen cada vez una participación mayor en la realización de cuidados no formales (Himes y Reidy; 2000) [40].

2.3.1. El perfil del cuidador.

Principalmente en el estudio de INSERSO (1995) en cuidadores de personas mayores. El perfil descrito es mujer (83%), con una edad media de 57 años (el 72% de mujeres cuidadoras están entre 35 y 65 años), suele ser hija (43,5%) o cónyuge (21%) de la persona que cuida. España se distingue de la media europea por tener menor número de cónyuges cuidadores y tener más proporción de hijas. Esta mujer cuidadora suele ser casada (76%) o viuda (15,8%), cohabita con la persona que cuida (60%), con un bajo nivel de estudios (65%), sólo el 6,1% presentan estudios universitarios, con baja actividad laboral (18,5%) de las activas solo el 57% lo hacen a jornada completa a diferencia de los hombres que lo hacen un 83%), trabajando en el hogar (50%), jubilada (15%) o en paro (9.8%). La cuidadora mantiene una dedicación permanente al cuidado en la mayoría de los casos (75%) y no suele recibir ninguna ayuda para realizarlo (61,5%). Las instituciones sólo dan soporte a un bajo porcentaje de casos (7%) [41].

También existe un grupo importante de cuidadores mayores de 65 años (sobre un 25%), generalmente cónyuges del enfermo, de especial importancia la comorbilidad que suelen presentar a esa edad [42]. El cuidador principal de un enfermo de Alzheimer suele ser en España una mujer (superan en proporción 4:1 a los varones, hijas (60%) o cónyuge (30%) de la persona con demencia [43]. Una gran mayoría de los cuidadores (80 %) presta sus servicios un número variable de

horas durante los 7 días de la semana la mayoría 13 a 24 hrs. Diarias a las actividades de cuidados [44, 45]. Estos son aspectos mundiales, en el estudio por Paz Andrade-Palos(2004) en un estudio en cuidadores de la población del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez INNNMVS, destaco las siguientes características: Edad promedio del cuidador 47.3 ± 16.9 , 77% mujeres, 71% casadas, 40% pareja de la persona con demencia; como los datos mas relevantes para este estudio [46].

2.3.2. Entorno familiar

El entorno familiar sigue siendo la fuente mas importante de ayuda y cuidados a pesar de los cambios sociales y demográficos con respecto al núcleo familiar por ejemplo la tendencia a vivir en grandes urbes, reducción del espacio físico familiar, incorporación de la mujer al mundo laboral, disminución de integrantes, cambio de valores morales, religiosos y éticos. Esto en efecto es un problema, el 80% aproximadamente de las familias se responsabiliza en condiciones dramáticas, sin redes sociales de ayuda o apoyo, en donde puede obtener información y apoyo, ya que esta situación atañe el equilibrio físico, psicológico y social de la familia.

2.3.3. La tarea del cuidado

La tarea de cuidar conlleva a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y socio-familiar constituyentes de un auténtico estrés. Además se ha demostrado la relación entre estrés del cuidador y tasas más altas de institucionalización y que pacientes dementes que conviven con cuidadores muy estresados presentan mayor índice de problemas de conducta y episodios de agitación. Algunos autores describen el Síndrome del cuidador quien presenta un aumento en la vulnerabilidad a problemas físicos como son síntomas inespecíficos astenia, cefalea, alteraciones del sueño, infecciones cutáneas, y al mismo tiempo enfermedades psíquicas cansancio, tristeza, ansiedad y depresión,

irritabilidad, sentimientos de culpa, aislamiento social y alteraciones en el ámbito social y laboral pérdida del tiempo libre, problemas familiares, ausentismo, bajo rendimiento, problemas económicos esta gama de factores convierte a nuestros cuidadores en una población de riesgo y en mayor medida a los familiares mas cercanos quienes son los que mantienen un vinculo mas estrecho entre la persona con demencia [47]. El bienestar del cuidador depende de su propia salud, de la ayuda que reciba de su familia (apoyo emocional y el reconocimiento de otros familiares), de la capacidad de las instituciones a adecuarse a sus necesidades, de la información que tiene sobre la enfermedad, la propia tarea de cuidar, su forma de enfrentarse a la situación de cuidado y el estilo de resolver los problemas y la capacidad para superar momentos complicados.

En algunos colectivos, como en los cuidadores/as de personas con demencia, se llega a presentar en más de un 50% síntomas depresivos, con tasas superiores a la población de referencia de diabetes, artritis, úlcera péptica y anemia (Cortés, 1995), presentando mayor impacto sobre su salud en comparación a otro tipo de CP [48].

2.3.4. Impacto del estrés en la salud del cuidador

La carga a la que se ve sometido el cuidador puede expresarse en distintas áreas.

2.3.4.1. Problemas físicos.

Cabe señalar que se trata en gran número de ocasiones de problemas de aparición frecuente en el grupo de edad al que pertenecen la mayoría de los cuidadores, que se ven agravados por las tareas propias de su labor de cuidados. Las quejas somáticas son múltiples, destacando entre todas ellas las referidas a dolor de tipo mecánico crónico del aparato locomotor; otras frecuentes son cefalea de características tensionales, astenia, fatiga crónica, alteración del ciclo sueño-vigilia, insomnio y otros, en general mal definidos, de evolución crónica y

claramente deteriorada ya mermada calidad de vida. Se ha demostrado que existe deterioro de la función inmune de los cuidadores, a expensas de una reducción de sus niveles de inmunidad celular, que los hace más susceptibles a determinadas infecciones víricas. También se ha especulado sobre su mayor predisposición a otro tipo de patologías como la enfermedad ulcerosa péptica y la patología cardiovascular. Asimismo se demostró un aumento del 63% en el riesgo de mortalidad entre los cuidadores ancianos cónyuges que habían desarrollado un alto nivel de estrés.

2.3.4.2. Problemas psíquicos.

La prevalencia de desórdenes del área psíquica alcanza un 50%, a menudo difíciles de verbalizar y definidos como somatizaciones o como términos vagos del tipo de desánimo o falta de fuerzas. Entre los elementos causales de la aparición de desórdenes en esta esfera cabe destacar la propia incapacidad del paciente anciano, las tareas que debe realizar el cuidador, el impacto negativo de estas sobre su calidad de vida y una pobre técnica de afrontamiento, que los convierte en más vulnerables.

Los principales problemas psíquicos del cuidador son la depresión, la ansiedad y el insomnio, que constituyen la vía de expresión de su estrés emocional, entre todos ellos destaca por su frecuencia la depresión; las circunstancias que influyen en mayor medida en su aparición destacan la falta de apoyo social, la carencia de recursos económicos, las relaciones previas con el paciente, el sentimiento de culpa, la existencia de una historia familiar de depresión y las limitaciones psicofísicas del cuidador. Las consecuencias de los problemas psíquicos del cuidador van a manifestarse en el terreno individual, el familiar y el de los propios cuidados al paciente incapacitado.

2.3.4.3. Problemas de índole socio-familiar.

En este ámbito aparecen frecuentemente conflictos familiares, consecuencias sobre las obligaciones laborales (absentismo, conflictividad laboral...), dificultades económicas y disminución de las actividades sociales y de ocio. La percepción personal y las estrategias de afrontamiento son quizás los aspectos más relevantes para afrontar de manera adecuada la situación de enfermedad crónica. El significado que cada uno de nosotros da a la experiencia, es importante, cuando la enfermedad se ve como un suceso lleno de pérdidas de tiempo, dinero o afecto, el sentimiento de impotencia puede aumentar y llenar a los implicados de tristeza, soledad o angustia, se llega a sentir que se pierde control de la circunstancia, ocasionado por la falta de confianza para manejar la situación. Sin embargo, muchas personas reportan encontrar un significado muy profundo en la experiencia de cuidado que los hace sentirse útiles e importantes. Al parecer, las estrategias personales de afrontamiento que incluyen la habilidad de resolver problemas en el manejo del cuidado se relacionan a niveles de estrés familiar y personal muy distintos cuando se cuida a un familiar en situación de enfermedad.

El ambiente también es importante para los cuidadores y dentro de este sobresalen el apoyo socio - emocional las finanzas y los recursos en términos de cuidadores disponibles, varios estudios de enfermería señalan el soporte social como un aspecto relevante en el afrontamiento de esta y otras crisis en el curso de la vida [49].

2.4. Estrés

“La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de la enfermedad o de invalidez”.

Este es un concepto de salud que brinda la OMS (Organización Mundial de la Salud) en su carta magna (1946). Así la salud y la enfermedad se entienden como

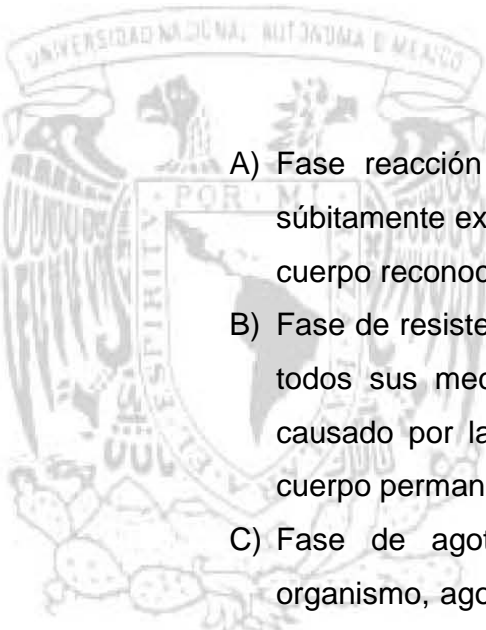
un resultado de la interacción entre el hombre y el entorno, interacción en la que están presente disímiles elementos que la mediatizan y entre los que podemos agrupar un grupo de factores de riesgo: Factores físicos, Químicos, Biológicos y Sociales.

Datos de la OMS indican que en las últimas décadas se ha producido un aumento de las enfermedades de adaptación, al tiempo que ha disminuido la incidencia de las enfermedades infecciosas. El estrés es la plaga de fin de siglo, se plantea que alrededor de dos tercios de todas las enfermedades están relacionadas con el estrés, no a nivel causa- efecto, sino que el estrés es un factor importante que interacciona con otras variantes, tanto individuales como sociales [50].

“Estrés” es una palabra derivada del griego “straggo”. Posteriormente paso al latín “stringo” cuyo infinitivo es “stringere”, que significa “provocar tensión” (Ivancevich y Matteson, 1985) definen el estrés como “una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o procesos psicológicos, la cual a la vez es consecuencia de alguna acción, de una situación o un evento externo que plantea a la persona especiales demandas físicas y/o psicológicas [51].

Hans Selye (1936) fue la primera persona que le dio a la palabra “estrés” el significado con el cual ahora le asociamos. Definió al “estrés” como: *“la respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda”* [52].

En forma simplificada, significa: La acomodación de una persona a situaciones nuevas y la respuesta inespecífica y estereotipada a todos los estímulos que trastornan su equilibrio. Selye explica que son tres las fases por las que pasa el organismo cuando se enfrenta a una situación de estrés, es decir, son tres los componentes del Síndrome General de Adaptación.

- 
- A) Fase reacción de alarma por parte del organismo cuando este se ve súbitamente expuesto a una situación a la que le resulta difícil adaptarse; el cuerpo reconoce el estrés.
 - B) Fase de resistencia en el transcurso de la cual el organismo hace intervenir todos sus mecanismos de defensa y adaptación repara cualquier daño causado por la reacción de alarma; si la situación estresante persiste el cuerpo permanece alerta y no puede reparar los daños.
 - C) Fase de agotamiento que acaba con las reservas adaptativas del organismo, agota las reservas de energía del cuerpo y le puede producir la muerte.

La concepción del Hans Selye, tiene sus limitaciones solo abarca manifestaciones fisiológicas. Hoy día el término estrés debe ser entendido como un proceso complejo que implica aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Richard Lazarus (1966) planteo su concepción a cerca del fenómeno del estrés, con gran influencia cognocitivista. Lazarus tomo en cuenta la consideración de variables intermedias entre la situación y la reacción de los sujetos, añade que esta última depende del grado en que una situación es percibida como dañina, desafiante o amenazante; lo cual conduce a la consideración de un conjunto de variables mediadoras [53].

2.5. Sobrecarga

En lo referente al término “*Sobrecarga*” de la misma forma que Dillehay y Sandys (1990), podríamos definir dicho término como un “estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen al cuidar dicho enfermo” (cuando pensamos que, el grupo de la adultez tardía pudiese resultar especialmente vulnerable a la sobrecarga de cuidado de su familiar demente. La explicación radicaría en las expectativas de vida que tienen lugar en este período de edad respecto a la liberación de las responsabilidades familiares como, por ejemplo,

La carga es un concepto clave en el análisis de las repercusiones del cuidado de las personas mayores en la familia. Desde su aparición ha sido profusamente utilizada en la investigación gerontológica sobre el proceso de cuidar y sus efectos. Así, el sentimiento de carga del cuidador se ha revelado como un importante factor, tanto en la utilización de servicios de larga estancia como en la calidad de vida de los cuidadores.

Zarit y su grupo de colaboradores en (1980) consideraron la carga de los cuidadores como la clave del mantenimiento de las personas con Demencia en la comunidad y elaboraron un procedimiento para su evaluación, la entrevista sobre la sobrecarga del CP es, probablemente, el instrumento más utilizado para la evaluación de la carga familiar [54]. Un estilo importante, claramente establecido en la literatura sobre el concepto de carga, se refiere a las dimensiones de carga subjetiva versus carga objetiva. Mientras que la carga subjetiva puede definirse como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar; la carga objetiva puede definirse como el grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores. Además de la diferenciación entre carga objetiva y subjetiva, la totalidad de los estudiosos del tema han considerado que bajo el término de carga existen diferentes dimensiones o aspectos relativos a la misma (costes económicos del cuidado, carga física asociada con el cuidado, limitación del tiempo del cuidador, impacto sobre las relaciones interpersonales, etc.) [55].

La sobrecarga del cuidador ha sido medida usando la teoría general del estrés. Visto desde esta perspectiva, la carga es sobreentendida dentro del modelo cognitivo fenomenológico del estrés y afrontamiento (Lazarus y Folkman 1984). Se percibe que surge en función de las creencias subjetivas de hechos que ocurrirán y que los recursos futuros son insuficientes para la satisfacción de las demandas del rol. Es resultado una valoración secundaria negativa (o carga) y son creencias que funcionan como un precursor de problemas físicos y de salud mental, produciendo en la mayoría de los casos sintomatología depresiva.

2.6. Afrontamiento

Las primeras definiciones de estrés consideraban a éste un estímulo externo o como respuesta del sujeto. Posteriormente, Lazarus (1986) plantea que el estrés psicológico es el resultado de la relación entre las características del sujeto y la naturaleza del medio, que es evaluado por éste como desbordador de sus recursos, amenazante y peligroso para su bienestar.

El proceso de afrontamiento del estrés implica la interacción recíproca de factores personales y ambientales, se señalan factores de vulnerabilidad y riesgo así como aspectos protectores frente a situaciones estresantes. Se destaca la importancia del aprendizaje de estrategias adaptativas, tanto cognitivas como comportamentales que ayuden a resistir el estrés y a resolver crisis vitales. De tal forma se valora al fenómeno del estrés como adaptativo, que puede contribuir al crecimiento y desarrollo personal [56].

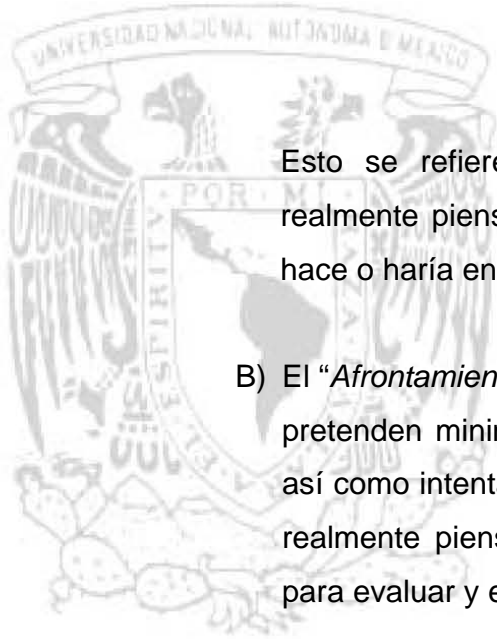
“Cada quien ve la vida de diferente manera”

Esta frase la escuchamos coloquialmente frente a una situación específica. Esta evaluación nos lleva a la interpretación de un proceso *“Afrontamiento”*

Lazarus (1991) define el *“Afrontamiento”* como *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y las internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”*.

Esta definición describe varias características del afrontamiento como son:

- A) El *“Afrontamiento”* contempla aquellas condiciones de estrés psicológico que requieren de una movilización, sin tomar en cuenta aquellas conductas o pensamientos automatizados que no requieran de ningún esfuerzo.



Esto se refiere a las observaciones y valoraciones que el individuo realmente piensa o hace en contraposición con lo que este generalmente hace o haría en determinada situación.

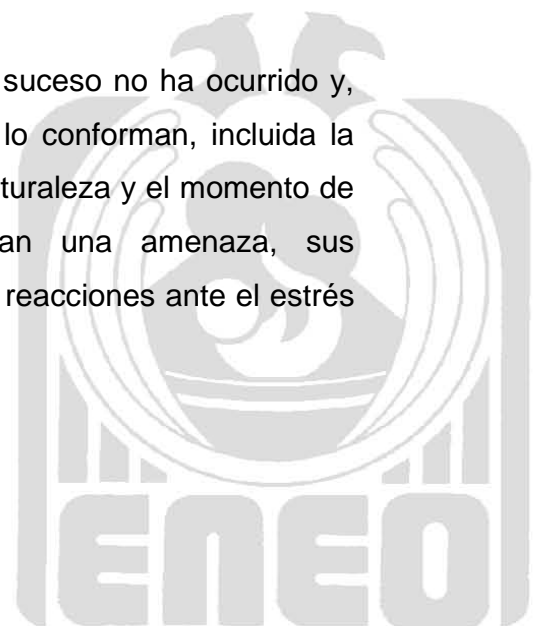
B) El “*Afrontamiento*” no es sinónimo de dominio y a través de los esfuerzos se pretenden minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes, así como intentar dominar el entorno, lo cual se refiere a lo que el individuo realmente piensa o hace, es analizado dentro de un contexto específico para evaluar y entender la forma de afrontar la situación estresante.

C) Por último el “*Afrontamiento*” se considera como un proceso, debido a que es totalmente cambiante ante demandas y conflictos específicos, siendo tres los aspectos que lo caracterizan como un proceso Lazarus (1991). Lo anterior habla de un proceso de afrontamiento que significa transformación en los pensamientos y actos a medida que la interacción de los mismos se va desarrollando.

Como el afrontamiento es un proceso dinámico, el individuo en determinadas situaciones debe contar con varias estrategias, ya sean defensivas o bien que sirvan para resolver el problema, a medida que va cambiando la situación.

El proceso de afrontamiento describe tres etapas:

a. Etapa de anticipación: Durante la anticipación, el suceso no ha ocurrido y, por lo tanto, se evalúan todos los aspectos que lo conforman, incluida la posibilidad de que el acontecimiento ocurra, su naturaleza y el momento de su realización. Mientras las personas esperan una amenaza, sus pensamientos sobre estas cuestiones afectan sus reacciones ante el estrés y el afrontamiento.



- b. Etapa de impacto: En esta etapa se pierde el control de los pensamientos y acciones cuando el acontecimiento amenazante a empezado o ha terminado y, por lo tanto, el individuo comienza a comprobar si es igual o peor de lo que él anticipaba y en que aspectos.
- c. Etapa de postimpacto: En este periodo emergen nuevas consideraciones en las que el individuo descubre la realidad de lo que esta ocurriendo y lo que puede hacer al respecto, siendo esto lo que afecta el afrontamiento.

El hablar de “*Afrontamiento*”, entendido como “*los esfuerzos para manejar las demandas del medio*” nos permite incluir en este proceso cualquier cosa que el individuo haga o piense independientemente de los resultados obtenidos, y así disipar cualquier confusión entre el resultado y la forma de obtenerlo [57].

2.6.1. La función del afrontamiento

Incluye más que la resolución de un problema y su desarrollo afectivo sirve también a otras funciones, como puede ser el objetivo que persigue cada estrategia. Un factor importante del proceso de afrontamiento, esta conformado por los recursos de afrontamiento. En sentido, la formar de afrontar una situación determinada dependerá tanto de la evaluación cognoscitiva como de los recursos con que dispone el individuo y las limitaciones determinadas por el contexto de la interacción.

Meininger (1963) identifica cinco ordenes, de acuerdo al nivel de desorganización interna: Primer orden: existen *estrategias para reducir la tensión causada por los episodios estresantes cotidiano*”. Estos son recursos de afrontamiento que incluyen autocontrol, buen humor, llanto, blasfemar, lamentarse, juramentos, retractarse, hablar y pensar. Segundo orden: aparecen las “*estrategias de disociación*” (narcolepsia, amnesia, despersonalización), de “*displacer por agresión*” (aversión, prejuicio, fobias), “*substitución por símbolos y modalidades*

para una descarga mas hostil” (compulsiones rituales), y la *“sustitución de uno mismo o parte de uno mismo como objeto de agresión desplazada”* (auto restricción, humillación e intoxicación) Torestad, (1990). Tercer orden incluye *“episodios explosivos”*, energía agresiva, más o menos desorganizada (agresiones, violentas convulsiones y crisis de pánico). Cuarto orden: representa un *“incremento de desorganización*. Quinto orden: es una *“desintegración total del ego”*.

Dado que el afrontamiento puede estimarse como una respuesta específica de la situación, debería de ser posible identificar los determinantes de cada conducta. Con base al modelo cognoscitivo-fenomenológico del estrés de Lazarus y Folkman (1991) propusieron que las estrategias de afrontamiento utilizadas por cada sujeto en una situación estresante, es influenciada por sus recursos de afrontamiento y la evaluación dada el evento.

2.6.2. Estrategias de afrontamiento.

Las *“estrategias de Afrontamiento”* son las conductas que se presentan en un evento estresante. Una estrategia usada por el afrontamiento pertenece a un recurso de uso prolongado o constante, por ejemplo, el ejercicio físico puede emplearse como estrategia de afrontamiento o como un programa continuo de ejercicio que ayudará fácilmente a evitar el estrés, por lo tanto, se obtienen mayores beneficios cuando se está bajo un programa continuo de ejercicio que cuando se usa sólo de vez en cuando.

Otra cuestión relevante parece ser el nivel socioeconómico de la familia, se ha considerado generalmente que un nivel bajo de status socioeconómico, o clase social, incide en un menor número de recursos disponibles y de estrategias personales y familiares para afrontar la carga [58].

De esta manera se habla de afrontamiento dirigido al problema y a la emoción Lazarus y Folkman, (1986). Las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema, son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio. Las estrategias dirigidas a la emoción, también conocidas como estrategias de afrontamiento pasivo, tienen como función reducir o controlar las emociones y están centradas en el individuo; e incluye estrategias como la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas, extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos, se utiliza el afrontamiento dirigido a la emoción para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación.

Las estrategias dirigidas al problema, o también conocidas como estrategias de afrontamiento activo, están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas en base a su costo y beneficio y a su elección y aplicación tiene como objetivo manejar la situación que perturba al individuo actuando directamente sobre el agente externo por medio de esfuerzos cognitivos y comportamentales. Según López-Vázquez, (1999), dentro de estas se encuentra: el apoyo social, el control y la anticipación [59].



2.7. Enfermería y Afrontamiento



Florence Nightingale Florencia, Italia, 12 de mayo de 1820 – Londres, 13 de agosto de 1910.

En toda época, lugar y cultura, siempre ha existido la necesidad en las personas de cuidar y de ser cuidadas; cuidar es fundamentalmente una praxis, ello significa que radica en el hacer, es un arte que se aprende y se perfecciona en la práctica día a día, esforzándose en la búsqueda de la excelencia. Esta actividad nace y evoluciona ligada a la mujer y no es hasta la aparición de las primeras religiones monoteístas, los cuidados se dirigen al cuerpo en su totalidad basados en la estimulación de sensaciones corporales; mediante estas recetas

naturales y el contacto directo con la piel, el objetivo de proporcionar bienestar, armonía, placer, satisfacción, calma, alivio del dolor y del sufrimiento.

Con la estructuración de las creencias espirituales, pasando del animismo a la creación de religiones monoteístas, los cuidados pierden su función de mantener la vida y suministrar placer. Seguido, en la época moderna, se produce el auge de la ciencia con el afán por darle explicaciones a todos los fenómenos se establece un solo objetivo en el ámbito de la salud, erradicar la enfermedad. Los “cuidados corporales” se transforman en “cuidados técnicos” y el cuerpo se considera un objeto de estudio para la ciencia. Actualmente, gracias a las aportaciones de las ciencias humanas existe una visión integradora donde los cuidados, no sólo se centran en el cuerpo como objeto de estudio, sino que abarcan a la persona en su totalidad, a su familia y a la sociedad, se pretende el desarrollo y la promoción de la salud, se enseña a la sociedad a cubrir sus necesidades, desarrollar sus potencialidades para conseguir una vida más. Françoise Collière (1993) define cuidar como *un acto de vida que significa una variedad infinita de actividades dirigidas a mantener la vida y permitir la continuidad y la reproducción*, tanto se trata de un acto personal como un acto de reciprocidad que supone ayudar a

cualquier persona que, temporalmente o definitivamente, necesita ayuda para asumir sus cuidados vitales [60].

Definir la Enfermería arrastra consigo una tradición que se remonta al mismo origen de los pueblos, de la sociedad, porque la Enfermería es mucho más que un oficio, posee un cuerpo teórico conceptual propio, que sustenta sus principios y objetivos, y que se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica, posee además un método propio de actuación el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que incluye técnicas y procedimientos particulares, dirigidos al cuidado de la salud de las personas [61].

En este proceso se conjugan el conocimiento, el corazón, la fortaleza y el humanitarismo. Hay tres ejes que sostienen a un oficio, que más tarde pasara a ser reconocido como profesión: Práctica (que hacen y como) “técnicas y habilidades”, formación “que saben, que conocimientos tienen” (conocimientos teóricos) “porque lo hacen” (motivación, vocación) [62].

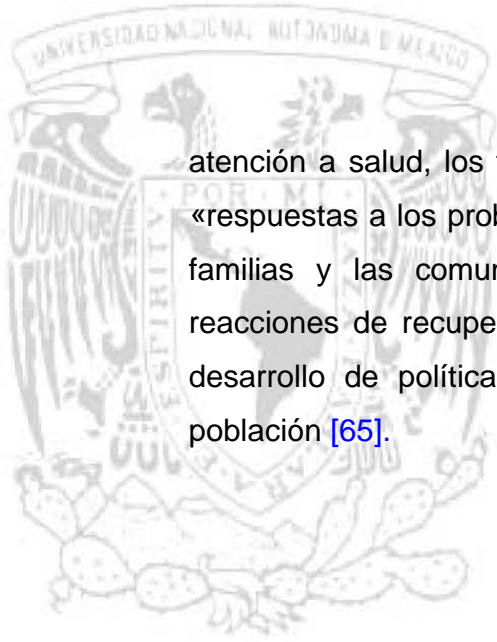
Con base en lo anterior podemos mencionar que no existe un concepto universal de enfermería hasta el momento, este fenómeno está influenciado por las condiciones socioeconómicas de cada país, acontecimientos históricos que influyen en cualquier profesión y que la enfermería es una ciencia muy joven comparada con otras ciencias como la medicina, física, química, para citar algunas que tienen varios siglos de existencia. Aunque se observa una tendencia repetitiva en la literatura de determinados conceptos como son: ciencia, diagnóstico, respuestas humanas, cuidado y holismo, que pudieran ser los primeros pasos hacia una unificación conceptual. Aunque joven aún, la enfermería tiene un cuerpo de conocimientos en formación constituido por una serie de teorías y modelos conceptuales que forman la estructura actual del conocimiento enfermero y que abordan desde distintos ángulos los 4 conceptos metaparadigmáticos que constituyen el núcleo del pensamiento enfermero (salud, entorno, persona y cuidado). En el recorrido transversal de los saberes, desde *Florence Nightingale* a

la actualidad, varias teorías de enfermería sustentan en sus postulados que "...la enfermería es ciencia y arte...", y se destaca el cuidado como objeto de estudio y razón de ser de la Enfermería [63].

El sujeto de cuidado, individuos, familias sanos y enfermos constituyen el epicentro del cuidado de Enfermería y por eso el cuidado es individualizado, respeta la autonomía, la unicidad o la totalidad de los seres humanos como individuos y colectivos, con sus componentes biopsicosociales, tiene en cuenta la igualdad de derechos y la vulnerabilidad actual y potencial en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el dolor y el sufrimiento, la curación y la rehabilitación. Por tanto los cuidados desde su origen tienen como finalidad "mantener la vida" asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades que permitan la reproducción del grupo y la continuidad de la especie.

El alcance de la práctica de Enfermería incluye actividades de valoración, diagnóstico, planificación, tratamiento y evaluación de las respuestas humanas observadas tanto en las personas sanas como enfermas, estas respuestas de naturaleza cambiante y dinámica, son diversas y exclusivas para cada individuo siendo reflejo de su interacción con el entorno. Las diferentes respuestas humanas identificadas por la Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA), las cataloga en diagnósticos de Enfermería agrupados en 9 patrones y trata al hombre como un ser social con dimensiones internas (biológico y psicológico) y externas (entorno). No solo se diagnostican respuestas alteradas sino respuestas potenciales que puedan causar un problema al paciente y también diagnósticos de bienestar de salud que su objetivo es elevar aún más el nivel de salud alcanzado por el individuo, la familia y la comunidad [64].

La Enfermería, como una parte integral del sistema de atención de salud, comprende la prevención de las enfermedades, el cuidado de enfermos con un abordaje físico, mental y a los discapacitados de todas las edades en las instituciones de salud y la comunidad. Dentro de este amplio espectro de la



MARCO TEÓRICO

atención a salud, los fenómenos de particular interés para la Enfermería son las «respuestas a los problemas de salud reales o potenciales» de los individuos, las familias y las comunidades. Estas respuestas humanas abarcan desde las reacciones de recuperación ante un episodio individual de enfermedad hasta el desarrollo de políticas para la promoción de la salud a largo plazo de una población [65].



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido al aumento de la esperanza de vida, México esta considerado dentro de los primeros países de envejecimiento acelerado [66], cuenta con 106, 451, 679 habitantes de los cuales 5, 626, 448 cursan arriba de los 65 años [67], de los cuales se calcula que más de 350,000 personas están afectadas por la EA y mueren por ella anualmente 2030 pacientes, convirtiendo a la EA y demás demencias en la cuarta causa de muerte entre adultos. Se estima que uno de cada tres de nosotros enfrentará esta enfermedad en algún ser querido o en un familiar [68]. Las alteraciones de este padecimiento suelen iniciarse en aquellas partes del cerebro que controlan la memoria, especialmente el hipocampo. Al principio esto conduce a una pérdida de la memoria reciente y a una disminución de la capacidad para llevar a cabo algunas actividades cotidianas. Más tarde hay una degeneración de la corteza cerebral, particularmente de las zonas responsables del lenguaje y de la capacidad de raciocinio. Se producen alteraciones del habla y del juicio, en muchos casos acompañadas de cambios de personalidad que llevan a episodios de agitación y crisis emocionales, hasta que la persona acaba postrado, incontinente, completamente desvalido y ajeno al mundo que lo rodea [69], lo que conlleva a la existencia de una persona encargada del cuidado y la satisfacción de necesidades.

La demencia constituye en las sociedades desarrolladas un problema sanitario y social de primera magnitud, su impacto va más allá de la persona que la padece, La repercusión en la salud biopsicosocial del colectivo de familiares cuidadores es tan notable que constituye un grupo de riesgo que hay que atender y cuidar [70].

Este fenómeno se ha ido incrementando y se sabe que día a día se requerirán más y mejores cuidados al igual que inversión de mas tiempo para paliar las secuelas y avances de la enfermedad mas no se puede prever el efecto en la dinámica familiar y las complicaciones que acarrearán al cuidador o mejor dicho cuidadora ya que se destaca en mayor proporción el sexo femenino, ellos y ellas

constituyen un pilar elemental en la atención socio-sanitaria pero, el trabajo adicional y estresante aumentan la demanda de los sistemas de salud.

Laserna, Castillo y Peláez (1997) centrados en su trabajo en familiares cuidadores de Alzheimer obtuvieron resultados que mostraron que los familiares cuidadores de personas con EA presentan mayores niveles de depresión y ansiedad que familiares cuidadores de personas que no padecen EA [71] Por su parte Peinado y Garcés (1998) describen en su trabajo las variables que influyen en su aparición del Síndrome de Burnout, desde el ámbito social, familiar y personal, modulando la relación entre cuidador y enfermo, posteriormente ponen de manifiesto la ausencia de programas de intervención psicológica que provean pautas adaptativas de afrontamiento y control emocional a lo largo de las distintas fases de la enfermedad [72]

Es por ello que en gran parte de la investigación centrada en la sobrecarga del cuidador opera algún tipo de modelo de estrés y afrontamiento, tanto implícita como explícitamente según Devi y Ruiz [73]. Lógicamente, cualquier planteamiento preventivo pasa por establecer líneas de actuación que incidan en la mejora de la situación que caracteriza la EA, tanto desde la perspectiva personal como familiar. Así el cuidador primario será el primero en ser educado en habilidades que le ayuden a afrontar mejor la situación [74].

El afrontamiento es un concepto clave para el desarrollo teórico, la investigación y la práctica de la ciencia de enfermería; ha adquirido y desarrollado una variedad de significados, abarcando desde el enfoque en la relación del individuo hasta el enfoque en la relación del individuo y el medio ambiente. Las estrategias de afrontamiento se centran en la valoración de la situación para intentar neutralizar el problema, en el problema mismo para eliminar las condiciones que lo originan en el problema y la emoción para regular el estrés emocional producido por el problema.

Las estrategias inefectivas de afrontamiento aparecen de forma muy frecuente en los pacientes en las unidades de cuidados críticos, ahora si bien consideramos que el estrés es un tipo de enfermedad; los cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer tiene ese problema de desarrollar estrategias inefectivas de afrontamiento por lo que se encuentra en riesgo de sufrir alteraciones que trasciendan mas allá del aspecto afectivo o relacional sino fisiológico y psicológico por lo que todo el equipo multidisciplinario necesitan cubrir esas carencias, desarrollar habilidades para identificar e intervenir sobre estas situaciones el profesional de enfermería es el agente de referencia que podrá incorporarlo en su cuerpo de conocimientos [75].

En el caso de un grupo particular expresaron, ante esta situación las cuidadoras han puesto en marcha estrategias cognitivas y conductuales como la búsqueda de apoyo, la búsqueda de información, la distracción, la resolución de problemas y la reevaluación. Todas estas estrategias de afrontamiento, les conduce a una mayor competencia para cuidar del mayor, un mayor control de la situación, una mejor asimilación del proceso y a un mejor ajuste social, en definitiva a un afrontamiento positivo ante esta situación complicada, difícil y estresante [76].

Chico (2002), en su estudio "optimismo disposicional como predictor de las estrategias de afrontamiento" nos señala que las personas que esperan y desean cosas positivas, lo que equivaldría al afrontamiento activo, apunta directamente a recurrir a estrategias que disminuyen la fuente del estrés [77].

En otro estudio realizado por Hernández (2003), donde se comparo la relación del estar quemado (alto nivel de estrés), con el afrontamiento en enfermeras y el hallazgo fue el siguiente las enfermeras que presentaban mas despersonalización, falta de realización personal y baja autoestima síntomas específicos del Burnout, tendían más al afrontamiento centrado en la emoción o mejor dicho Afrontamiento Pasivo [78].

Colmenero (2002), en su estudio hicieron una comparación de distintas estrategias de afrontamiento y su conclusión fue la siguiente las estrategias de afrontamiento tanto centradas en la emoción como las centradas en el problema o mejor dicho Afrontamiento Pasivo y Activo respectivamente van en relación a situaciones que generan carga esto quiere decir entre mas situaciones estresantes mas carga por lo tanto mas estrategias de afrontamiento pasivo o inadecuadas que generan aun mas carga debido a la frustración de no poder resolver las situaciones lo que se sugiere es que si hay un entrenamiento encaminado a disminuir este tipo de estrategias de afrontamiento si se reduciría la sensación de carga o estrés [79].

Con base en lo anterior el afrontamiento es un proceso, una operación continuada con cambios sucesivos hacia un fin en particular, abierto a detectar estímulos y que responde a una situación motivadora, por lo que el propósito del afrontamiento es la reducción de los estresantes fisiológicos y psicológicos a grados tolerables para adaptarse a la situación del estrés [80], donde enfermería se incluye a otras disciplinas para implicarse en la resolución de los problemas psicológicos, fisiológicos y sociales que el estrés y las estrategias inefectivas de afrontamiento desencadenan [81].

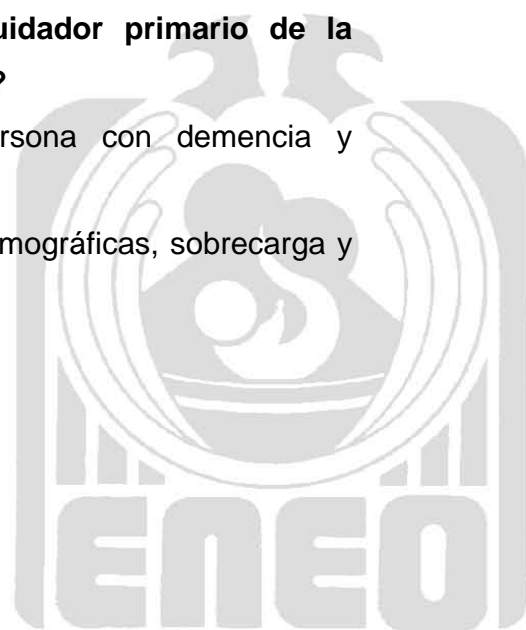
En los últimos 20 años se ha llevado a cabo numerosos trabajos centrados en los cuidadores de enfermos de Alzheimer y en las consecuencias de estar a cargo del enfermo. Asimismo son las variables estudiadas como nivel de depresión, falta de apoyo social se relacionan con un peor estado psicológico y de salud física, otra variable es la carga del cuidador evaluada a través de la escala de Zarit, todas estas variables pueden ver modulada su influencia por las capacidades y habilidades de las que disponga el sujeto para enfrentarse a ellas. En el marco desarrollado por Pearling (1990), el modo en que la salud mental del cuidador de la persona con EA puede verse afectado por las tareas del cuidado depende de múltiples interacciones, estresores primarios, secundarios, apoyo social, recursos y estrategias de afrontamiento [82].

En este estudio las estrategias más utilizadas por estos cuidadores muy sobrecargados eran la aceptación de la responsabilidad, la confrontación y la huida-avoidancia, coincidiendo en estos dos últimos modos de afrontamiento con los descritos por Matsuda (1995). De igual manera la huida-avoidancia se ha descrito como el mecanismo de afrontamiento que utilizan los cuidadores cuando se plantean ingresar temporalmente a su familiar para “descanso familiar” (Strang y Haughey 1999), En resumen, podemos concluir que el afrontamiento del cuidador de un anciano con demencia, varía dependiendo del contexto en el que se produce, ya que éste condiciona la valoración cognitiva de la situación por parte del cuidador, así como la existencia de otros factores estresantes simultáneos [83].

Por lo anterior y a sabiendas que es reciente el interés por los problemas ajenos al ámbito hospitalario en especial a las repercusiones que experimentan los cuidadores, en este trabajo se pretende sentar las bases en Enfermería para conocer a los cuidadores en relación a las características que comparten y la forma que tienen para afrontar estos problemas.

3.1. Pregunta de investigación

1. **¿Que Estrategias de afrontamiento utiliza el cuidador primario de la persona con demencia y enfermedad de alzheimer?**
2. ¿Qué características tiene el cuidador de la persona con demencia y Enfermedad de Alzheimer?
3. ¿Qué relaciones hay entre las características sociodemográficas, sobrecarga y afrontamiento?



4. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, el trabajo de enfermería en cualquier nivel tiene que dirigir su enfoque hacia la familia, que forma un sistema multipersonal de cuidados, sabiendo que las características de ésta son un factor importante para determinar las necesidades de los cuidados de sus miembros. Además hay que tener en cuenta que en determinadas circunstancias la familia, como entidad, puede necesitar cuidados enfermeros. Los cuidados a personas con enfermedades demenciales en su domicilio implican en gran medida a la familia, en la que destaca la figura del cuidador primario quien se ve expuesto a una elevada carga. Es importante que enfermería diagnostique esta situación y actuar antes de la repercusión que tiene: sobre la salud del cuidador primario, sobre la dinámica familiar y sobre la calidad de los cuidados otorgados a la persona con demencia.

Dada la importancia del tema se plantea llevar acabo un estudio, con el objetivo de explorar el campo de la psicología desde el aspecto enfermero ya que este debe abordar el apoyo y soporte del cuidador primario, además de analizar, reconocer y tener en conocimiento las estrategias de afrontamiento del cuidador primario ante el estrés por el cuidado del enfermo con demencia y en este caso le permitirá una mejor intervención preventiva para desordenes fisiológicos y psicológicos del cuidador primario.



5. OBJETIVOS

5.1. Objetivos Generales.

- 1. Identificar las Estrategias de afrontamiento que utiliza el cuidador primario de la persona con demencia y enfermedad de Alzheimer.**
2. Describir las características que tiene el cuidador de la persona con demencia y Enfermedad de Alzheimer.
3. Describir las relaciones que hay entre las características sociodemográficas, sobrecarga y afrontamiento

5.2. Objetivos Específicos

1. Identificar el nivel de sobrecarga del cuidador primario de personas con demencia y Enfermedad de Alzheimer desde la perspectiva de la Enfermería.
2. Identificar el tipo de afrontamiento utilizado por cuidadores de personas con demencia y Enfermedad de Alzheimer desde la perspectiva de la Enfermería.



6. MATERIAL Y MÉTODO

6.1. Diseño de estudio

Se realizó un estudio Descriptivo de corte transversal encuestando a un grupo de cuidadores de personas con demencia y EA

6.2. Población y Muestra

Se realizó un estudio piloto a cuidadores primarios de personas con demencia y Enfermedad de Alzheimer, que acudieron a los grupos de apoyo del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (n=7) y aquellos que acudían al grupo de apoyo en Fundación Alzheimer I. A. P. “Alguien con quien contar” (n=9). En julio y Octubre de 2006 y que desearon participar, al firmar la carta consentimiento.

6.3. Criterio de inclusión y exclusión

6.3.1. De inclusión

1. Cuidadores de pacientes con demencias
2. Sujetos mayores de edad sin importar sexo o parentesco
3. Sujetos que actualmente cuiden a su paciente y no menos de 6 meses de antigüedad.
4. Que el sujeto cumpla criterios de cuidador (convivencia con el paciente y manifestar asumir la responsabilidad de prestación de cuidados del paciente)

6.3.2. De exclusión

1. Cuidadores de personas mayores sin demencia
2. Que no se encuentren durante el estudio
3. Que no decidan participar



6.4. Consideraciones éticas:

Declaración de Helsinki: Recomendaciones para guiar la investigación en seres humanos. Adaptación por la XVIII Asamblea Medica Mundial Helsinki, Finlandia, 1964 y revisada en la XXIX Asamblea Medica Mundial, Tokio, Japón 1975.

Investigación biomédica no terapéutica que compromete sujetos humanos (Investigación Biomédica no Clínica). por la 35a Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41a Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989

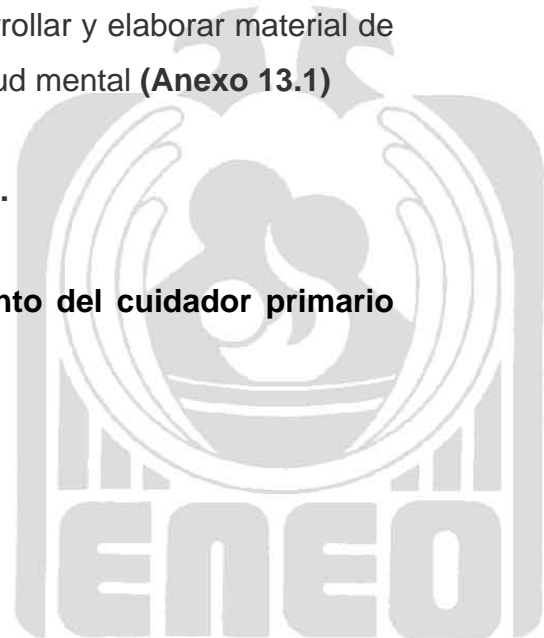
1. En la población pura y científica de la investigación efectuada con seres humanos, es deber del investigador permanecer como protector de la vida y salud de esa persona sujeto de la investigación.
2. Los sujetos deben de ser voluntarios sean ellos personas o pacientes para quienes la investigación no esta relacionada con la enfermedad.
3. El investigador deberá discontinuar la investigación si a su juicio es peligroso continuarla sin producir daño al individuo [84].

6.4.1. Carta consentimiento

Los cuidadores que decidieron colaborar con el estudio firmaron una carta de consentimiento informado donde se describen los objetivos del estudio así como, su confidencialidad, si no desean participar, no se verá afectada su atención en ningún Instituto. Los datos aportados del cuidador serán completamente manejados con discreción y confidencialidad. No se les dará a sus datos un uso ajeno a los fines de este estudio. La información aportada contribuirá a desarrollar y elaborar material de apoyo para la mejora de intervenciones en el área de salud mental (**Anexo 13.1**)

6.5. Instrumentos de recolección de la información.

6.5.1. Instrumento “Estrategias de afrontamiento del cuidador primario de persona con demencia y EA”



Para la recolección de datos se diseñó un instrumento que incluía variables sociodemográficas (**Anexo 13.2**)

6.5.2. La Escala de Zarit.

La sobrecarga emocional del cuidador primario se midió con la “Escala de sobrecarga del cuidador que es una versión del Caregiver Burden Interview Zarit, (1980), traducida al español y validada por Martín et al (1996) (anexo 1).

La Escala de Zarit sobre la carga del cuidador consta de 22 expresiones (21 ítems de sobrecarga y una cuestión aislada sobre la percepción global de la misma) que reflejan sentimientos habituales en quienes cuidan a otra persona. El entrevistado debe señalar la frecuencia con la que se siente identificado. Cada respuesta se clasifica como nunca = 0, rara vez = 1, algunas veces = 2, muchas veces = 3 y casi siempre = 4.

Esto nos permite identificar con qué frecuencia se siente afectado el cuidador por cada ítem en particular, mientras que el ítem 22 nos ofrece una valoración global de la sobrecarga que percibe el cuidador y la califica en nada = 0, poco = 1, moderada = 2, mucha = 3 y extremada = 4. Se deben sumar todos los puntos para el resultado. No existen normas o puntos de corte establecidos. 22-46: No sobrecarga. 47-55: Sobrecarga leve. 56-110: Sobrecarga intensa (**Anexo 13.3**)

6.5.3. Escala de afrontamiento frente a riesgos extremos.

Para la evaluación de las estrategias de afrontamiento se contacto vía e-mail y telefónica a: Esperanza López-Vázquez, Dra. en Psicol. Soc, María Luisa Marván, Dra. En C. investigadoras de la Universidad de las Americas, Puebla, quienes validaron en México la Escala de afrontamiento frente a riesgos extremos (anexo 2). La cual consiste en 26 reactivos que se miden de acuerdo a una escala Lickert de 1 a 5 a su vez el instrumento se divide en dos factores los cuales son: estrategias de afrontamiento activo y estrategias de afrontamiento pasivo. El afrontamiento activo se refiere a comportamientos de acción directa sobre el problema, búsqueda de información, estrategias de anticipación, control de si mismo y de las circunstancias

y finalmente de soporte social; en este factor se incluyen los ítems 5, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17 19, 20, 22, 23 y 25. En contraste, el afrontamiento pasivo se refiere a comportamientos de rechazo y negación del evento, retraimiento y aceptación pasiva; los ítems que engloban este factor son: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 12, 16, 18, 21 24 y 26 **(Anexo 13.4)**

Es obligación del investigador mencionar que este instrumento esta dirigido a la población mexicana, mide las estrategias de afrontamiento de los sujetos que viven en situaciones de riesgo natural o industrial. Sin embargo también las autoras de la validación hacen mención que la posible utilidad de este cuestionario, podría serlo para la investigación en el área de la psicología social, de la psicología de la salud y de la salud pública. Puede utilizarse como instrumento de medición de reconocimiento de estilos de afrontamiento frente a cualquier tipo de peligro, y de esta forma, poder elaborar programas de prevención o de intervención comunitaria. También puede servir para hacer comparaciones culturales en el seno de la misma cultura o con otras diferentes. Otra posibilidad sería la de evaluar la existencia de cambios en los estilos de afrontamiento antes y después de una intervención determinada o de una catástrofe. Este cuestionario también puede utilizarse para estudiar la relación de las estrategias de afrontamiento con otras variables como el estrés y la percepción del riesgo, el impacto de alguna información de prevención en el aprendizaje social, la influencia de las representaciones sociales; también, con algunas adaptaciones a los *ítems* puede verse el tipo de afrontamiento frente a enfermedades como el cáncer y la diabetes y otras como el SIDA y, en fin, otras variables que contribuyan a entender las reacciones de las personas expuestas a riesgos extremos [85].



7. PROCEDIMIENTO

La aplicación se llevo a cabo en una sola sesión respectivamente a cada institución durante las reuniones de los grupos de apoyo, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía el 7 de Julio de 2006 y en Fundación Alzheimer el 12 de Octubre de 2006 aplicada por pasantes de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia a los familiares cuidadores se les explico en que consistía el estudio, garantizándoles absoluta discreción en el uso de su datos e información y los resultados obtenidos se usarían con fines de investigación todos los interesados leyeron y firmaron una carta consentimiento informado, se les proporcionaba lápiz, en el caso de personas sin estudios el encuestador leyó las preguntas, en participantes con instrucción primaria se les asesoro en el llenado y en los niveles secundaria y superiores solo se preguntaba si tenían alguna duda posteriormente se procedió a calificar y capturar datos en el programa Excel de la versión Office 2003.



8. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

Para la tabulación de los datos que se obtuvieron de las encuestas se representa en cuadros y gráficas con el programa Excel Office 2003 para la representación estadística.

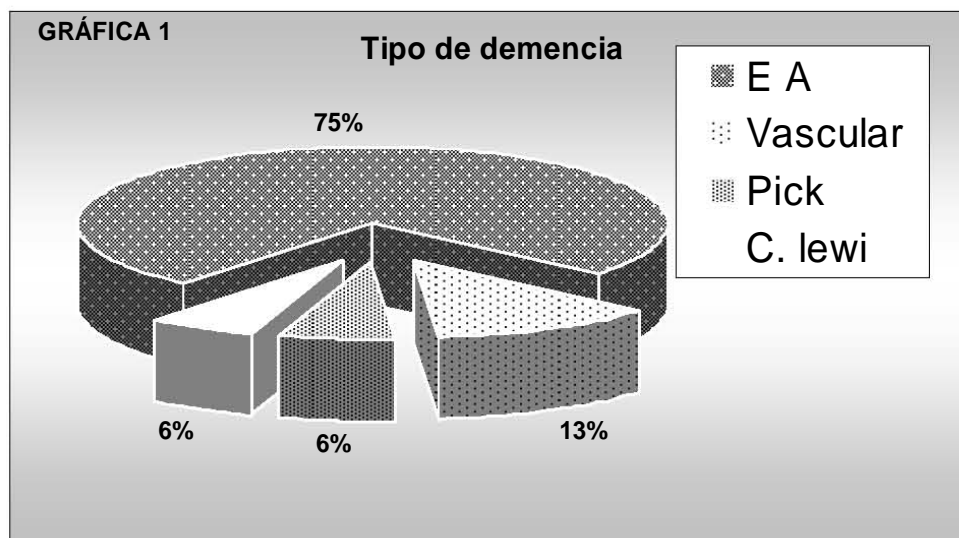
En el presente estudio en etapa de pilotaje se obtuvo un total de 17 Cuidadores primarios (CP) 100% se eliminó 1 CP 5.80% por no cumplir con los criterios de inclusión quedando con una "n" de 16 CP que cumplían con los criterios para ser considerados como cuidadores.

Cuadro N° 1. Frecuencia de Cuidadores y Distribución por sexo.

Sexo	No	%
Femenino	13	81.25
Masculino	3	18.75
TOTAL	16	100.00

Fuente: Instrumento de datos sociodemográficos del cuidador primario de la persona con demencia y EA INNN y FA, Julio y Octubre del 2006.

El porcentaje mayor de la gráfica No. 1 lo representa el tipo de demencia (EA) con un 75.00%; seguida de la demencia vascular con 13.00%, en comparación con el rango menor de demencia Pick y cuerpos de Lewi con un 6.00%. Los resultados coinciden con la prevalencia de las estadísticas mundiales [86].



Fuente: Cuadro 1.

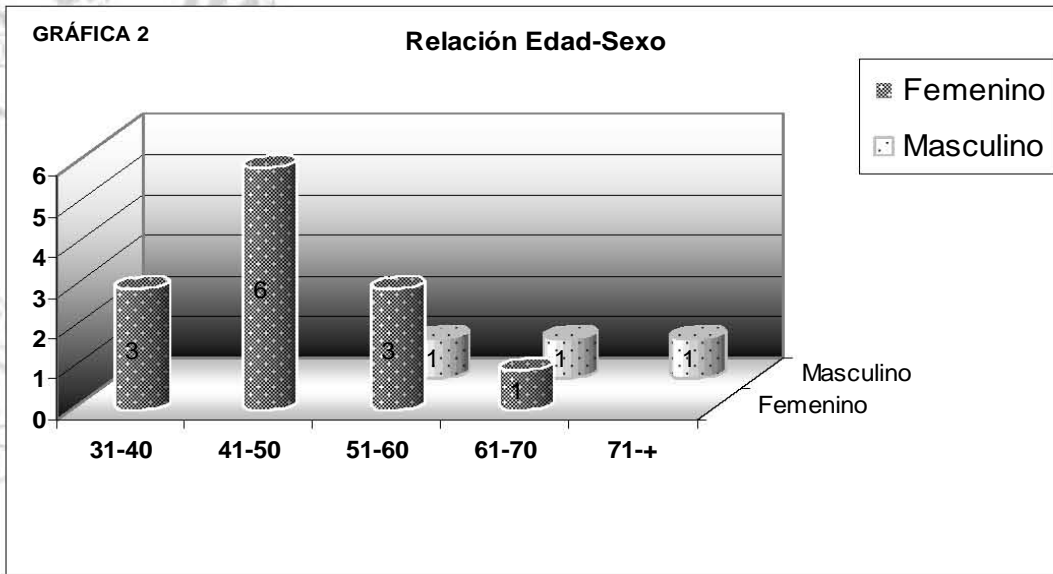
En México en general los sistemas de salud no tienen programas desarrollados para la atención de estas personas, la red de apoyo más próxima es el núcleo familiar, la asume una sola persona por lo cual es importante definir las variables **sociodemográficas del cuidador** como se describen en la tabla No. 1.

Tabla No. 1: Variables sociodemográficas del cuidador

- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Escolaridad
- Parentesco con la persona
- Religión
- Nivel socioeconómico
- Tiempo cuidando a la persona
- Cuantas horas al día dedica al cuidado de la persona
- Conocimiento de la enfermedad
- Usted vive con la persona
- Acude o participa en grupos de autoayuda

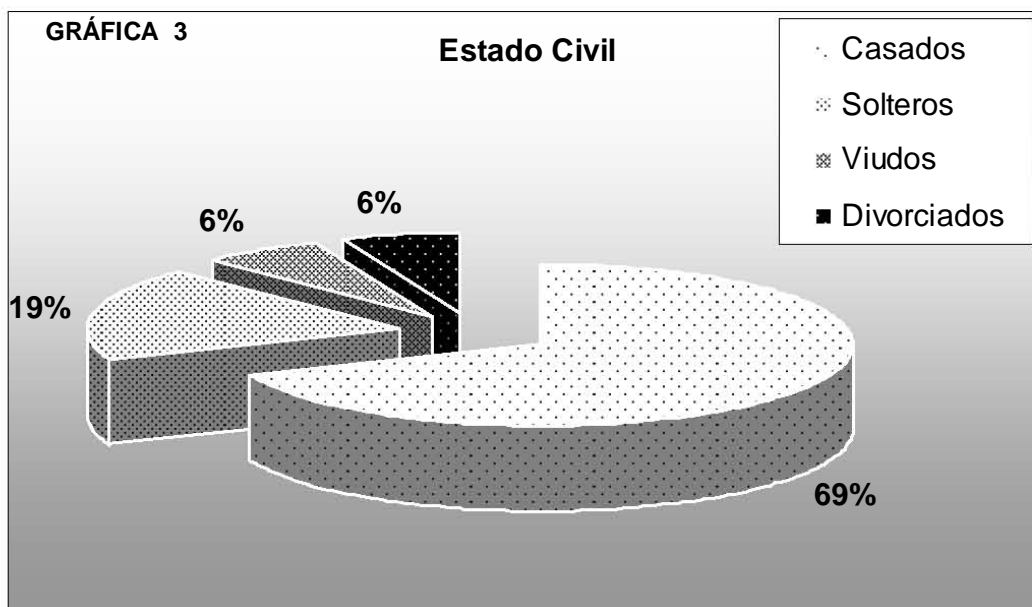
La **Edad** mas frecuente es la de 41-50 años con un porcentaje de 37.50%, seguido de 51-60 años con un 25.00%, en la categoría 31-40 años un 18.75%, en general la categoría mas representativa es la de 51-60 años con un 25.00% contemplando ambos sexos. [87]. El predominio del **sexo** femenino es de 81.25% y de 18.75% sexo masculino, lo que coincide con el perfil descrito referido a la mujer como cuidadora respondiendo a la edad del patrón mundial [88]. (Gráfica 2).





Fuente: Cuadro N° 1

La categoría que comprende mayor proporción de cuidadores en cuanto al **estado civil** es el grupo de Casados 69.75%, seguida de los solteros con un 18.75% y en su minoría viudos y divorciados con el 6.00% respectivamente [89]. (Gráfica 3) esto responde a las estadística publicada en la literatura española [90].



Fuente: Cuadro N° 1

Escolaridad del cuidador Al parecer el nivel de escolaridad no es un marcador para determinar un nivel socioeconómico alto. El nivel de escolaridad predominante es de licenciatura con un 37.50%, seguido de un 25.00 % correspondiente al bachillerato, sin embargo solo el 6.25% de nivel licenciatura disfruta de un nivel socioeconómico alto. **(Cuadro No. 2).**

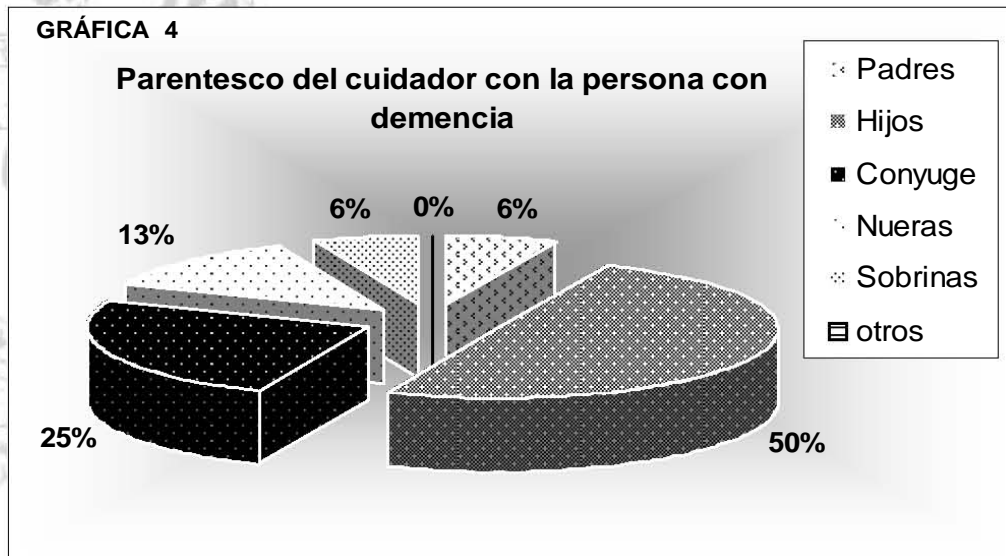
Cuadro N° 2: Distribución por escolaridad y nivel socioeconómico de los cuidadores.

Escolaridad	Nivel socioeconómico										
	Bajo		Medio bajo		Medio		Medio alto		Alto		%
		%		%		%		%		%	
Primaria	0	0.0	2	12.50	3	18.75	0	0.0	0	0.0	18.75
Secundaria	0	0.0	2	12.50	1	6.25	0	0.0	0	0.0	18.75
Bachillerato	0	0.0	0	0.0	2	12.50	0	0.0	0	0.0	25.00
Licenciatura	0	0.0	1	6.25	4	25.00	1	6.25	0	0.0	37.50
TOTAL	0	0.0	5	18.75	10	62.50	1	6.25	0	0.0	100.00

Fuente: Cuadro N° 1

El Parentesco del cuidador con la persona. Podemos mencionar que el 50.00% de los cuidadores encuestados externarón ser hijos de la persona con demencia, porcentaje semejante reportado por que fue del 43.50%; situación similar es la referente a los cónyuges quienes en este estudio ocuparon el 25.00% y en España el 21.00%, cabe destacar que el 13.00% son las nueras que ocupan el lugar del hijo varón, por lo que el fenómeno de delegar el cuidado a los hijos es una regla aplicable en todas las culturas cumpliendo el perfil citado por otros muchos estudios. (Paz Andrade, Rodríguez del Álamo) **(Gráfica 4).**





Fuente: Cuadro N° 1

En este estudio se ha tomado en cuenta a la **religión** del cuidador debido a que el tener fe en algo y en alguien es considerado como una de las estrategias de afrontamiento ante la situación generadora de estrés, por el momento no es un dato relevante para el pilotaje de los 16 cuidadores primarios, además de que en México predomina la religión Católica, lo cual coincide que el 100% de las personas encuestadas asumen la religión católica como única religión.

El **Nivel socioeconómico** es muy importante para determinar si el cuidador padecerá sobrecarga o no, debido a que el poder económico determinará el alcance de diversos servicios de ayuda o de apoyo a la población en estudio, cabe destacar que predominó el nivel medio bajo en un 93.75%, a pesar de que a su vez la población se caracteriza como nivel medio en un 63.00% y 31.25% en un medio bajo, sin embargo en realidad solo el 6.25% goza de poder económico. Otro aspecto digno de considerar es el hecho de no identificarse el nivel alto, quizás por que tiene al alcance mejores servicios, al igual no se encontró a nadie de nivel bajo, infiriendo que por las mismas carencias no se asiste a los grupos de apoyo debido a que eso implica por si mismo un gasto que no puede solventar (**Ver cuadro No. 2**).

El tiempo es un indicador fundamental que representa la posibilidad de manejar con cierto grado de destreza situaciones emergentes en el cuidado de una persona, sin embargo en muchas ocasiones el tiempo prologado de exposición del cuidador ante situaciones de estrés repercute en el estado de ánimo y condición de salud del cuidador, reflejándose en la calidad del cuidado que brinda, por su importancia se cuantificó el tiempo asignado al cuidado de la persona con demencia, en este grupo el 50.00% externo tener de 4 a 5 años funciones de cuidador, de un 25.00% de 2 a 3 años, hecho que coincide con lo reportado en la literatura por Paz. **(Cuadro No. 3)** Se observa que existe una relación estrecha entre el tiempo de cuidado y las horas al día asignadas al cuidado lo cual se expone en el Cuadro No. 3 donde el 37.50% destina de 7-12 hrs. quienes tienen a su vez de 2 a 3 años como cuidadores y el 31.25% destina de 19-24 hrs. con un porcentaje de 18.75% con una antigüedad de cuidador de 4 a 5 años (De la Cuesta-Benjumea C)

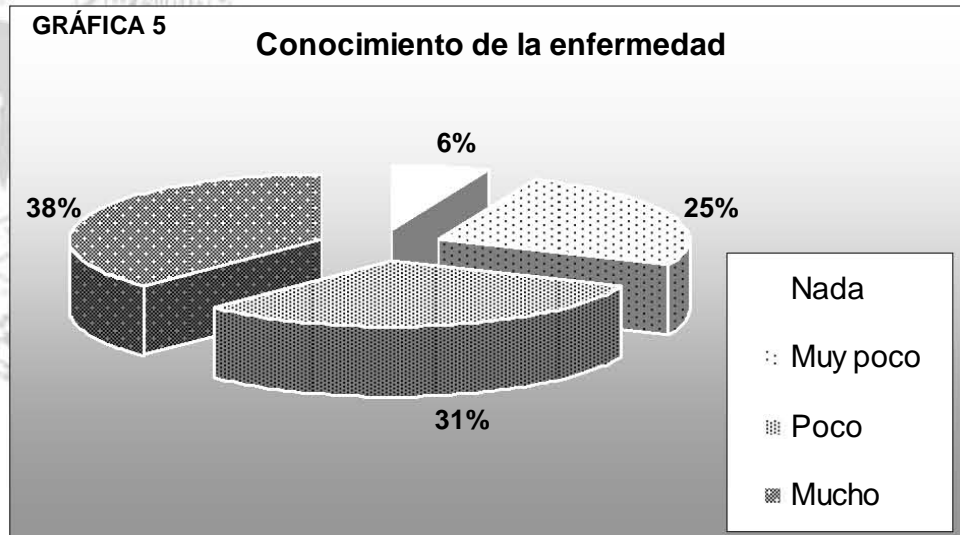
Cuadro N° 3: Distribución por años de cuidado-horas de cuidado.

Tiempo de cuidado	Horas de cuidado								%
	< - 6	%	7 - 12	%	13 - 18	%	19 - 24	%	
6 meses – 1 año	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	12.50	12.50
2 – 3 años	1	6.25	3	18.75	0	0.0	0	0.0	25.00
4 – 5 años	2	12.50	2	12.50	1	6.25	3	18.75	50.00
6 – 7 años	0	0.0	1	6.25	0	0.0	0	0.0	6.25
8 - + años	1	6.25	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6.25
TOTAL	4	25.00	6	37.50	1	62.5	5	31.25	100.00

Fuente: Cuadro N° 1

El **conocimiento acerca de la enfermedad** permite que la persona tenga mejores estrategias de afrontamiento ante el cuidado de la persona Caron, Burns y Mantell, 1999) [91], por esta razón se considero como un indicador relevante de la condición de la población en estudio, por ello identificamos que el 38.00% de los cuidadores dice tener mucho conocimiento sobre la enfermedad, 31.00% considera saber poco de ella, 25.00% muy poco al respecto y escasamente el 6.00% dice no saber nada sobre la enfermedad, aunque reconocen que es

necesario documentarse acerca del cuidado a la persona con demencia, sin embargo pocas personas lo dejan pasar por alto (**Gráfica 5**).



Fuente: Cuadro N° 1

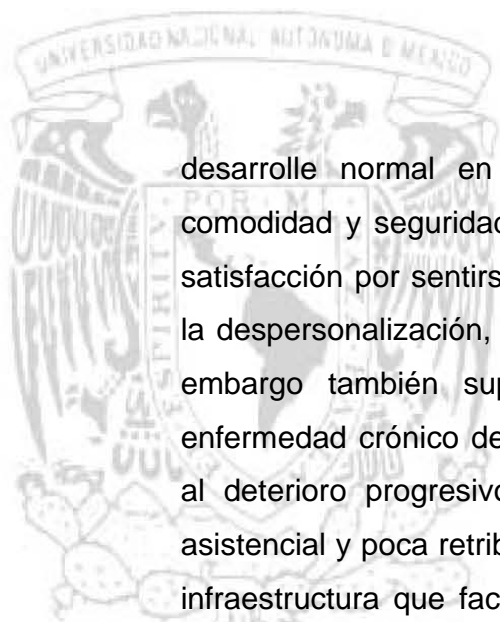
Con base en lo anterior se preguntó acerca de su participación en grupos de apoyo Lao Barón (2003) comenta que este es un espacio ideal para socializar dudas, preguntas y experiencias entre las personas quienes tienen un factor en común [92], que es cuidado a la persona con demencia, por lo que el 69.00% manifestó acudir a estos grupos (**Cuadro 4**), en caso de no asistir manifestaron su interés o las razones por las que no lo hacen.

Cuadro N° 4: Distribución de la participación en grupos de autoayuda.

Horas de cuidado		%
Si	11	68.75
No	5	31.25
TOTAL	16	100.00

Fuente: Cuadro N° 1

En el caso de la variable ***Usted vive con la persona***, esta resulta ser de gran importancia para tomarla en cuenta, el hecho de convivir con la persona con demencia acarrea hacerse cargo de ella en todos los ámbitos cuidado higiene, alimentación, medicación, acompañamiento tratando de que su familiar se



ANÁLISIS DE RESULTADOS

desarrolle normal en sus actividades y relaciones sociales, proporcionando comodidad y seguridad [Peter, (2002). Hanson y Pratt (1988)], por un lado hay satisfacción por sentirse cuidadores y evitar la institucionalización donde se teme la despersonalización, abandono, negligencia falta de afecto e intimidad. Mas sin embargo también supone desventajas hay frustración ya que al ser una enfermedad crónico degenerativa la evolución de la enfermedad esta encausada al deterioro progresivo; por otra parte el cansancio por la escasa formación asistencial y poca retribución económica, estímulos motivadores, falta de equipo e infraestructura que faciliten el cuidado, aunadas las dificultades económicas por mencionar algunos de los inconvenientes. Un 87.50% cohabita con la persona con demencia **(Cuadro 5)**.

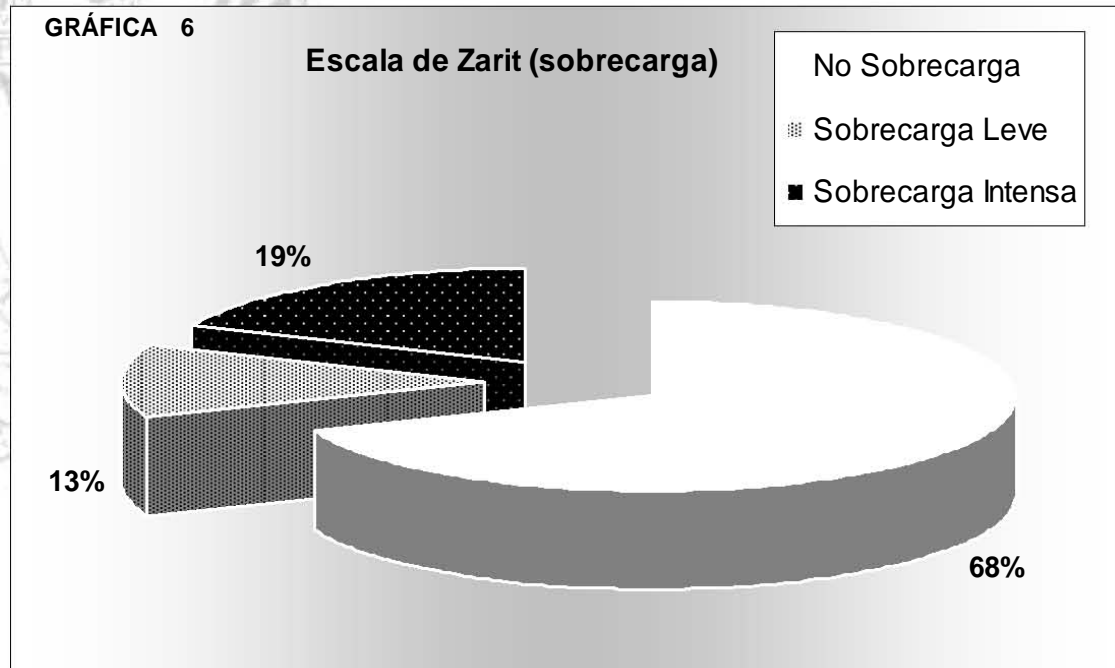
Cuadro N° 5: Cohabitación.

Usted vive con la persona	No	%
Si	14	87.5
No	1	6.25
A veces	1	6.25
TOTAL	16	100.00

Fuente: Cuadro N° 1

La sobrecarga que sufre un cuidador de personas con demencias es el resultado de un conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico para lo cual se recurrió a la escala de evaluación de Zarit. En el presente estudio se valoró la sobrecarga experimentada por los CP y los resultados arrojaron que el 68.00% pertenece a la categoría de no sobrecarga, solo el 32.00% tiene una sobrecarga que fluctúa entre leve e intensa. **(Gráfica 6)**.





Fuente: Cuadro N° 1

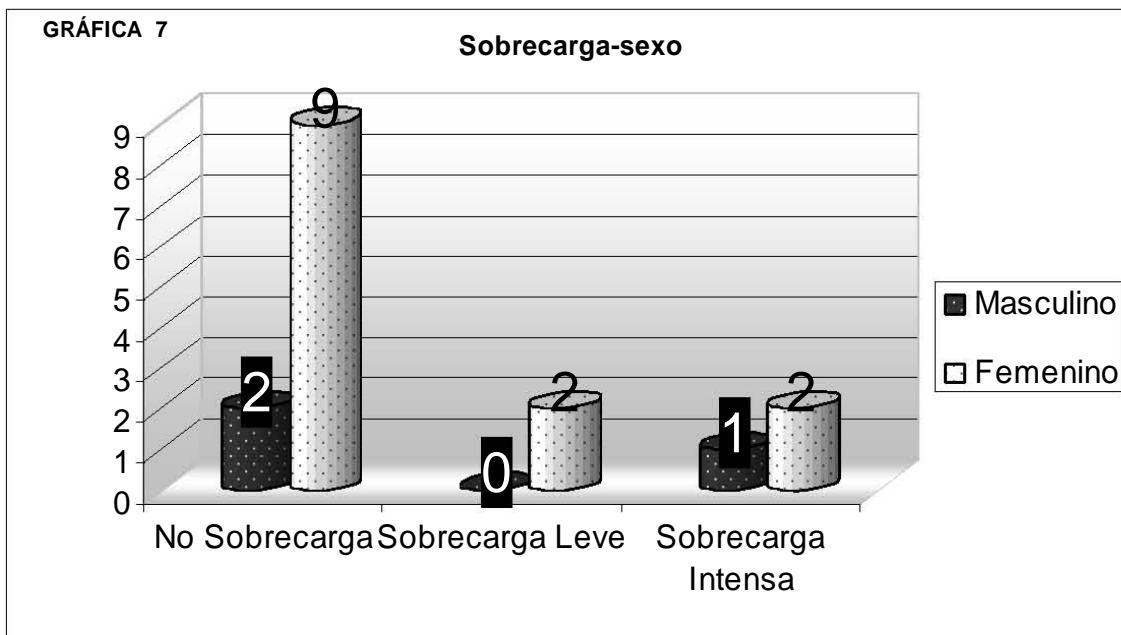
La relación **Sobrecarga-Edad**: muestra que el 18.75% presentó sobrecarga intensa en los grupos etáreos de 41-50, 51-60 y 71-+. Pensamos que el grupo de mayor edad (71-+) resulta especialmente vulnerable a la sobrecarga de cuidado de su familiar con demencia, la explicación radica en las expectativas de vida que tienen lugar en este período respecto a la liberación de las responsabilidades familiares por ejemplo, el cuidado de los hijos. Por lo tanto, la vivencia de la carga de cuidar a un enfermo con demencia, se podría percibir como fuera de su reloj vital Durán, (1999) [93]. En la medida en que se va avanzando a lo largo del ciclo vital, existe una mayor probabilidad de padecer enfermedades propias de la edad avanzada, así como una disminución de la capacidad física, manejo del estrés y el auto concepto que posiblemente repercute en la sobrecarga del cuidador, en contraste con los grupos restantes que demuestran no tener sobrecarga lo cual refleja que un cuidador joven tiende menos a la sobrecarga, por lo que, los cuidadores en la adultez tardía experimentan mayor sobrecarga en relación con otras etapas de la vida. (Cuadro 6).

Cuadro N° 6: Distribución por Sobrecarga-Edad.

Edad	Sobrecarga						%
	No presento	%	Leve	%	Intensa	%	
31-40	2	12.50	1	6.25	0	0	18.75
41-50	4	25.00	1	6.25	1	6.25	25.00
51-60	3	18.75	0	0	1	6.25	25.00
61-70	2	12.50	0	0	0	0	12.50
71- +	0	0	0	0	1	6.25	6.25
TOTAL	11	62.50	2	12.50	3	18.75	100.00

Fuente: Cuadro N° 1

El vínculo **Sobrecarga-Sexo** refleja que el 18.75% de la población pertenece al sexo masculino, solo el 33.00% de esta presento sobrecarga intensa, el 81.25% pertenece al sexo femenino y sólo el 13.00% presento sobrecarga intensa. La responsabilidad del cuidado, debe ser igual entre hombres y mujeres, por el momento no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con respecto a los niveles de sobrecarga (**Gráfica 7**).



Fuente: Cuadro N° 1

Sobrecarga-Estado Civil El mayor porcentaje de la población CP es casada representada con un 68% [94], seguido de los solteros con un 18.75%, cabe resaltar que en la categoría de los casados 18.00% sufre sobrecarga intensa y el 9% sobrecarga leve. Consideramos que el contar con el apoyo del cónyuge y con alguien con quien compartir preocupaciones y conflictos de rol contribuye en la disminución del efecto de los factores estresantes y sustentamos que disminuye la sobrecarga en los cuidadores que tienen y/o conviven con sus cónyuges. (Cuadro 7). Mas sin embargo Brubaker (1990) nos informa de investigaciones que ponen de manifiesto el mayor sentimiento de sobrecarga en mujeres cuidadoras jóvenes, con mayores niveles de depresión y de insatisfacción en sus relaciones conyugales, en contra de lo que manifestaban los hombres. Parece que esta mayor percepción de carga en mujeres jóvenes viene condicionada por la diversidad de roles que desempeña.

Cuadro N° 7: Distribución por Sobrecarga-Estado civil.

Estado civil	Sobrecarga						%
	No presento	%	Leve	%	Intensa	%	
Casados	8	50.00	1	6.25	2	12.5	68.75
Solteros	2	12.50	1	6.25	0	0	18.75
Viudos	0	00.00	0	0	1	6.25	6.25
Divorciados	1	6.25	0	0	0	0	6.25
TOTAL	11	68.75	2	12.5	3	18.75	100.00

Fuente: Cuadro N° 1

Sobrecarga-Escolaridad a simple vista en este cuadro se puede visualizar que en las categorías de escolaridad primaria y secundaria que corresponde a un nivel bajo de escolaridad presentan mayor sobrecarga a diferencia de licenciatura. Por lo tanto se infiere que a mayor nivel de estudios que posea una persona se observa que existe una mayor probabilidad de poseer, tanto conocimientos sobre la enfermedad que disminuirán la angustia y fortalecen las Estrategias de afrontamiento, como un trabajo remunerado fuera del hogar que compensara los gastos del cuidado. Por lo tanto podremos adelantarnos que “los niveles de sobrecarga variarán en función de los niveles de estudios de los CP” (Cuadro 8).

Cuadro N° 8: Distribución por Sobrecarga-Escolaridad.

Escolaridad	Sobrecarga						%
	No presento	%	Leve	%	Intensa	%	
Primaria	3	18.75	0	0	2	12.5	34.25
Secundaria	2	12.5	0	0	1	6.25	18.75
Bachillerato	2	12.5	0	0	0	0	12.5
Licenciatura	4	25	2	12.5	0	0	37.5
TOTAL	11	68.75	2	12.5	3	18.75	100.00

Fuente: Cuadro N° 1

Torres, Muela, Peláez, Huertas y Leal (2001) encontraron que el vínculo Familiar entre el cuidador y el enfermo, referente a la sobrecarga, cuando las cuidadoras eran hijas del enfermo experimentaban una mayor carga que cuando eran las esposas las que realizaban el cuidado. Estos dos tipos de vínculo familiar con el enfermo son los que mayoritariamente predominan entre los cuidadores [95]. Es así que en el cuadro 9 en la **variable Sobrecarga-Parentesco con la persona** la categoría de mayor incidencia fueron hijos con un 50.00%, 25.00% corresponde a los cónyuges que son los familiares mas cercanos y al parecer los mas susceptibles a sufrir la sobrecarga intensa. **(Cuadro 9)**

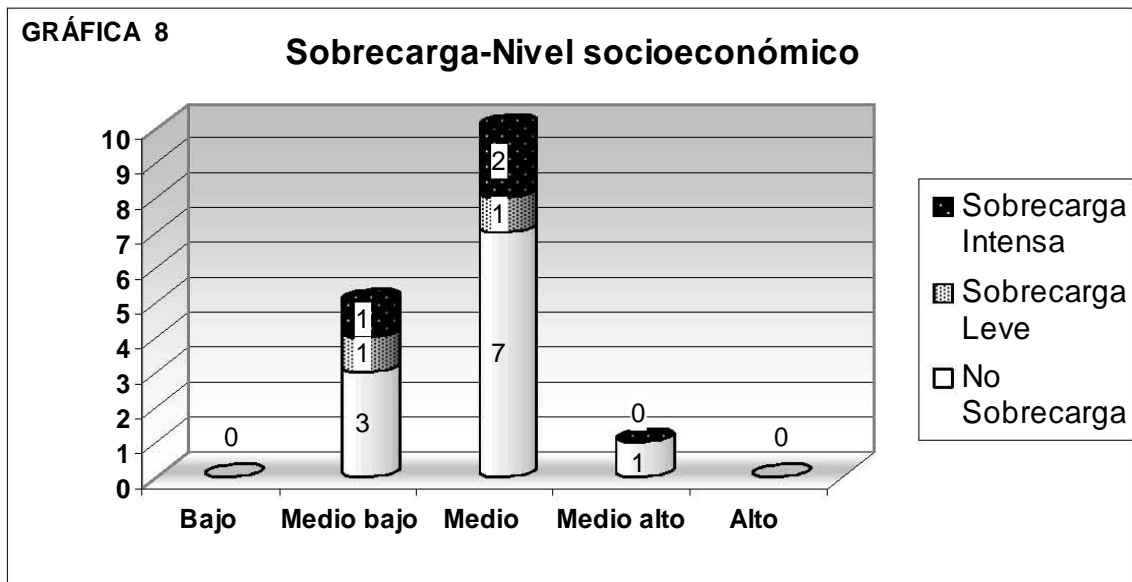
Cuadro N° 9: Distribución por Sobrecarga-Parentesco.

Parentesco	Sobrecarga						%
	No presento	%	Leve	%	Intensa	%	
Padres	0	0	1	6.25	0	0	6.25
Hijos	7	43.75	0	0	1	6.25	50.00
Cónyuge	3	18.75	0	0	1	6.25	25.00
Nueras	1	0	1	6.25	0	0	12.50
Sobrinas	0	0	0	0	1	6.25	6.25
Total	11	68.75	2	12.5	3	18.75	100.00

Fuente: Cuadro N° 1

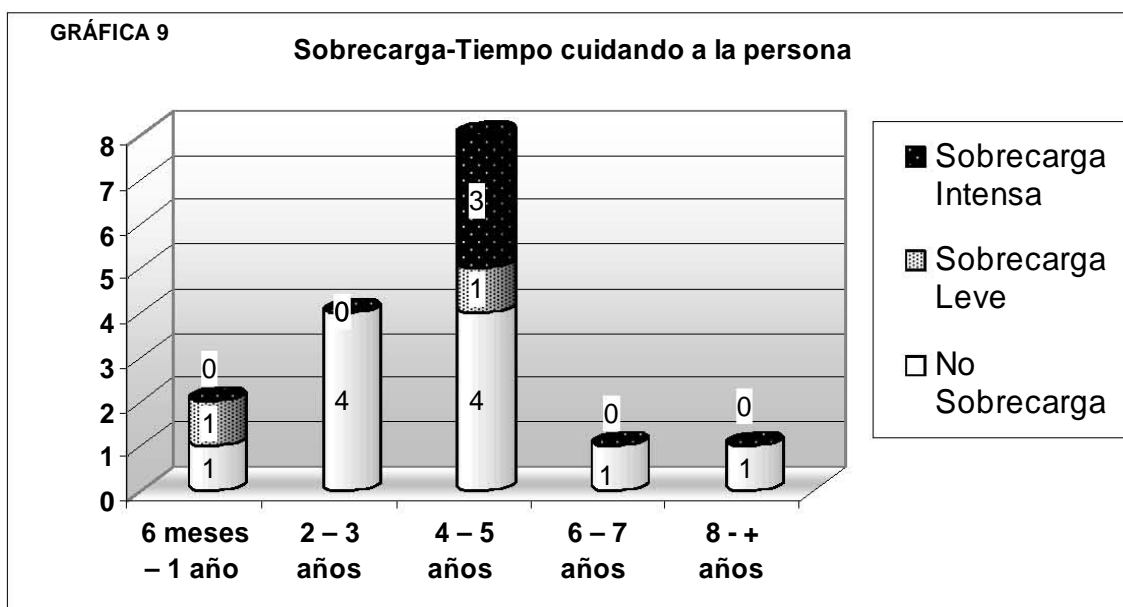
Sobrecarga-Religión En esta población el 100% pertenece a la religión Católica el 68.75% no presenta sobrecarga, el 12.5% sobrecarga leve y el 18.75% una sobrecarga intensa, debido a que no se tuvieron datos de otras religiones no se puede inferir o hacer la relación sobrecarga -religión.

La situación económica familiar, diversos estudios confirman que la magnitud de la carga percibida por el cuidador familiar de un paciente con EA y demencia depende de su estatus económico (Biegel, Song y Chakravarthy, 1994; Biegel, Milligan, Putman y Song, 1994) [96]. Los gastos asociados a la EA son fácilmente divisibles en directos sanitarios e indirectos o sociales pero difícilmente cuantificables. Mientras la inversión directa como la hospitalización, las visitas médicas, residencias y transportes entre otros, supone entre el 18.00% y el 23.00% de los gastos totales, la mayor cantidad del costo asociado a la EA y a las demencias se dedica a los cuidados que requiere el paciente. Por lo tanto aludimos que la variable **Sobrecarga-Nivel socioeconómico**, es un aspecto importante de tomar en cuenta en nuestro estudio. En esta gráfica se puede apreciar que en el nivel medio bajo y bajo del nivel socioeconómico de la población se presenta sobrecarga leve e intensa a diferencia del nivel alto. Pensamos que los cuidadores que poseen un nivel económico elevado podrían optar por la posibilidad de contratar a un asistente para que se ocupase del cuidado de su familiar enfermo, por tanto, la sobrecarga del CP y de la familia se verían disminuidos (**Gráfica 8**).



Fuente: Cuadro N° 1

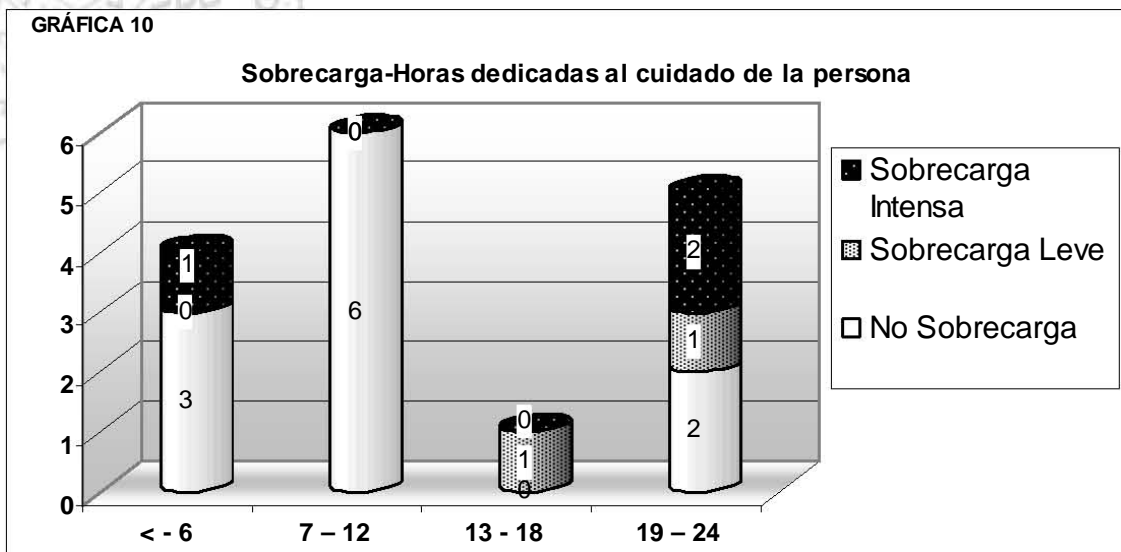
Sobrecarga-Tiempo cuidando a la persona. 50.00% de nuestra población lleva un promedio de 4-5 años a cargo del cuidado y el 18.75% de la población que presenta sobrecarga intensa se concentra en esta categoría. Según George y Gwyther (1984) a mayor tiempo de dedicación de cuidado menor sobrecarga. Este hecho se podría explicar en base a la hipótesis adaptativa (Novak y Guest 1989), defendiendo que a medida que pasa el tiempo, el cuidador desarrolla más habilidades de cuidado, va obteniendo más información acerca del curso de la enfermedad y utiliza más todos los recursos sociales que tiene disponibles [97] (Gráfica 9).



Fuente: Cuadro N° 1

Al igual que el tiempo de cuidado las horas dedicadas al cuidado del paciente es una variable importante, en el transcurso del día, en cierto numero de horas consideradas pocas representa la posibilidad de manejar con cierto grado de destreza situaciones emergentes en el cuidado de una persona, mas sin embargo en muchas ocasiones el cuidado prologado de exposición del cuidador ante situaciones de estrés repercute en el estado de ánimo y condición de salud del cuidador reflejándose en la calidad del cuidado que brinda [98]. La gráfica que describe la relación **Sobrecarga-Horas dedicadas al cuidado de la persona**

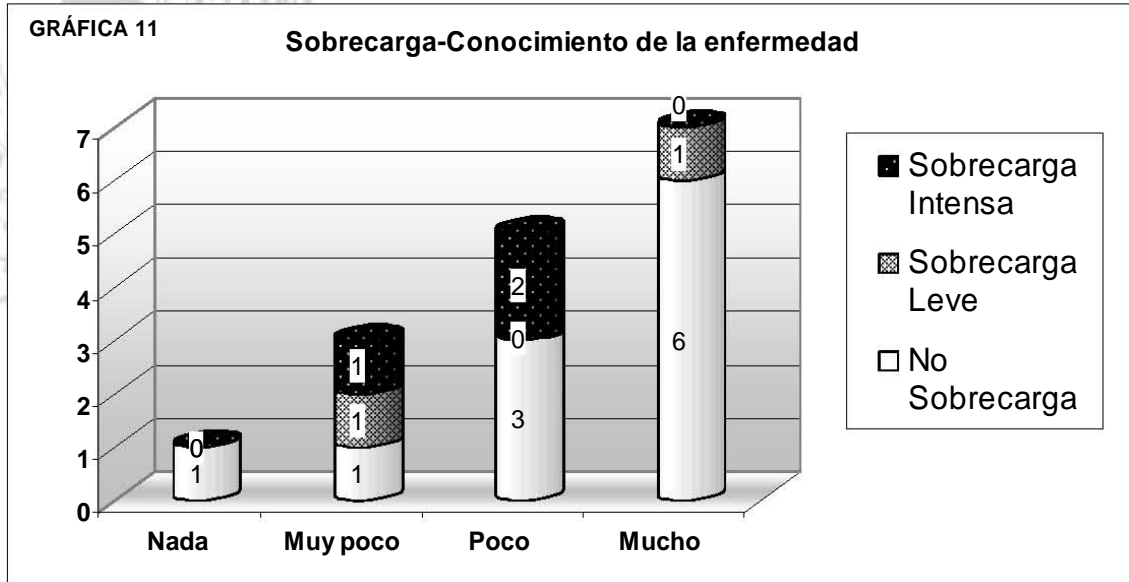
muestra la distribución de la población en horas de cuidado 37.50% se concentra en la categoría de 7-12hrs. Consideradas adecuadas y toleradas por el cuidador, y el 31.25% dedica 19 a 24 hrs. siendo esta la mas representativas en donde se concentra el 66.00% de la sobrecarga intensa y el 50.00% de la sobrecarga leve. (Gráfica 10).



Fuente: Cuadro N° 1

Sobrecarga-Conocimiento de la enfermedad La gráfica muestra en cuatro columnas el conocimiento acerca de las demencias, actualmente hay un debate acerca de que si en mayor conocimiento de la enfermedad mas sobrecarga, más sin embargo analizándolo desde la perspectiva correcta caemos en la cuenta de que solo se adelantan las etapas adaptativas y de duelo, por lo tanto se usan mas pronto las estrategias de afrontamiento de tipo activo en un 43.75% de la población que comentó conocer “Mucho” acerca de las demencias y es la categoría que no hubo datos de sobrecarga intensa (Gráfica 11), también podríamos arriesgarnos a comentar que de igual forma que una persona con amplio conocimiento de la enfermedad (que es una estrategia de afrontamiento) no desarrolla sobrecarga, la persona que no tiene conocimiento de las repercusiones de su familiar con demencia, no ha dimensionado la problemática

de salud a la que se enfrenta, ya que puede por tomarlo como un proceso normal de envejecimiento.



Fuente: Cuadro N° 1

La importancia de que el cuidador viva bajo el mismo techo que la persona con demencia implica la constante interacción, atención y cuidado de esta persona durante las 24hrs del día, esto impide tener momento de respiro y de intimidad, en el resultado de la relación de las variables **Sobrecarga-Usted vive con la persona**, el 87.75% vive bajo el mismo techo que la persona con demencia y es en este grupo donde se presenta con mayor severidad la sobrecarga intensa con 18.75%, así mismo la sobrecarga leve se hace presente también en este grupo con un 12.50%, en los demás categorías no se hace presente este hecho debido a su poca frecuencia. **(Cuadro 10)**

Cuadro N° 10: Distribución por Sobrecarga-Cohabitación

Cohabitación	Sobrecarga						%
	No presento	%	Leve	%	Intensa	%	
Si	9	56.25	2	12.50	3	18.75	87.75
No	1	6.25	0	0.0	0	0.0	6.25
A veces	1	6.25	0	0.0	0	0.0	6.25
TOTAL	11	68.75	2	12.50	3	18.75	100.00

Fuente: Cuadro N° 1

La naturaleza multidimensional y compleja de los problemas a los que se enfrentan los cuidadores de personas con demencia es por que no existe una única forma adecuada de cuidar, ya que existe una gran diversidad entre las experiencias de diferentes cuidadores, experiencia que además, varía a lo largo del proceso de la enfermedad. Knight (2004) señala que los grupos de apoyo y autoayuda generalmente contienen un número excesivo de contenidos, por lo que, si se considera la duración global de las intervenciones, el tiempo dedicado a cada uno de los componentes impide trabajarlo lo suficiente durante las sesiones como para que se consolide el aprendizaje de las habilidades referidas a cada uno de ellos [99]. Se recomienda a partir del análisis de la relación **Sobrecarga-participación en grupos de apoyo**. Las intervenciones de los grupos se basa en el desarrollo de programas de capacitación más efectivos y concretos, sugiriendo la optimización del tiempo en cada sesión, puesto que estamos hablando de personas que ya no disponen de su tiempo para poder asistir a estas sesiones. En el cuadro siguiente se muestra que el 62.50% acude a los grupos de apoyo de su institución, sin embargo 18.75% de este grupo presenta sobrecarga intensa, lo cual da sustento a lo antes mencionado. Analizando al grupo en estudio se identifica que quienes presentan sobrecarga intensa pertenecen a una misma institución; por lo que podemos inducir que el grupo de apoyo no esta siendo eficaz. **(Cuadro 11)**.

Cuadro N° 11: Distribución por Sobrecarga- Grupo de apoyo.

Grupo de apoyo	Sobrecarga						%
	No presento	%	Leve	%	Intensa	%	
Si	7	43.75	0	0	3	18.75	62.50
No	4	25.00	2	12.50	0	0.0	37.50
TOTAL	11	68.75	2	12.5	3	18.75	100.00

Fuente: Cuadro N° 1

En relación a la **Sobrecarga y tipo de demencia**, un 75.00% de CP atienden a personas con EA, en relación al tipo de sobrecarga la intensa es la predominante en un 18.75% sin descartar a la leve que es el 12.50% lo cual refleja que la

sobrecarga solo se presenta en los CP de personas con diagnóstico de demencia tipo EA (Cuadro 12). Este nos da un panorama de lo difícil que es atender a una persona que presenta un deterioro progresivo y rápido.

Cuadro N° 12: Distribución por Sobrecarga-Demencia.

Demencia	Sobrecarga						%
	No presento	%	Leve	%	Intensa	%	
Alzheimer	8	50	1	6.25	3	18.75	75.0
Vascular	1	6.25	1	6.25	0	0	12.5
Pick	1	6.25	0	0	0	0	6.25
Lewi	1	6.25	0	0	0	0	6.25
Otras	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0
TOTAL	11	68.75	2	12.5	3	18.75	100.00

Fuente: Cuadro N° 1

El afrontamiento exitoso de determinadas realidades conflictivas implica un nivel óptimo de activación de los recursos internos del individuo, esos que le brindan el impulso y la energía necesarios para buscar e instrumentar alternativas de desenlaces más efectivos y factibles. Las estrategias de afrontamiento que no son efectivas para hacer frente a la situación, hace que aumente la posibilidad de padecer Burnout, numerosos autores acentúan el peso de esta variable (Etzion y Pines, 1986; Greenglass, Burke y Ondrack, 1990; Seidman y Zager, 1991). Leiter (1991) puntualiza que las estrategias de tipo pasivo aumenta la probabilidad de sufrir Burnout, mientras que las de tipo activo las disminuyen [100]. Los tipos de afrontamiento exitosos dependen de gran medida de los recursos con los que cuenta el cuidador y la persona con demencia, por mencionar, Bazo (1991) cita que en la mayor parte de las sociedades la familia actúa de mediadora y moduladora entre los servicios sanitarios y la persona dependiente [101], sin embargo una gran determinante del tipo de afrontamiento al que recurre el cuidador, es su participación en los grupos de apoyo, de los cuales algunos consideran en sus programas actividades que resultan ser mas efectivas, situación que se refleja en la mejor condición de vida del CP debido a que las estrategias que realizan son las mas adecuadas para ellos como se puede ver en el cuadro 13 los asistentes al grupo “N” desarrollan principalmente Afrontamiento Activo y es de

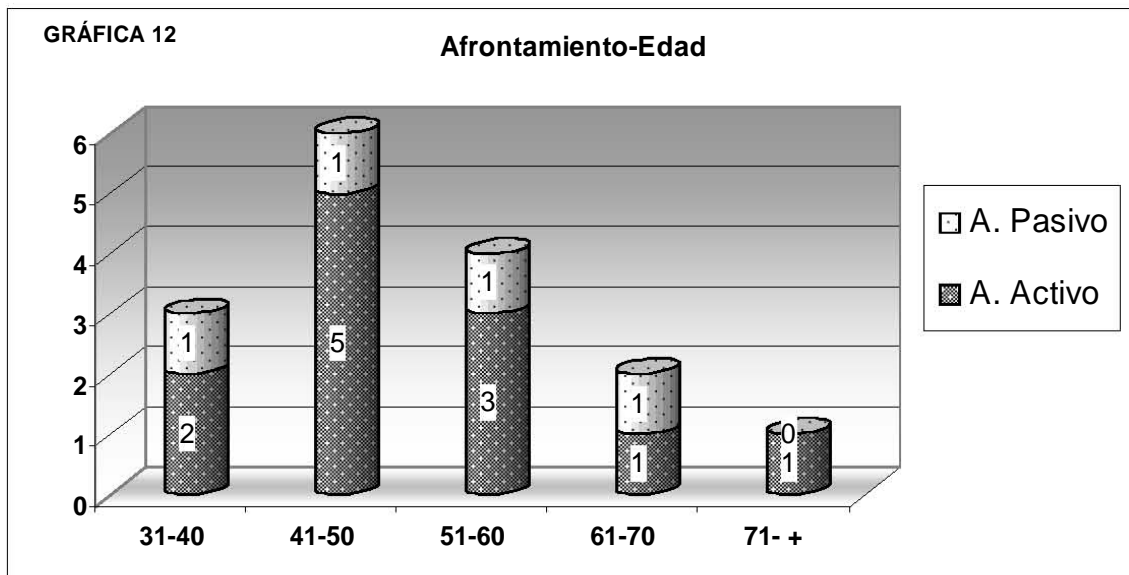
llamar la atención que quienes desarrollan afrontamiento pasivo también presentan sobrecarga intensa ver cuadro 13.

Cuadro N° 13: Escala de Afrontamiento en grupos de apoyo.

Grupo de apoyo	Afrontamiento				%
	A. Activo	%	A. Pasivo	%	
Grupo de apoyo "A"	6	37.50	3	18.75	56.25
Grupo de apoyo "N"	6	37.50	1	6.25	43.75
TOTAL	12	75.00	4	25.00	100.00

Fuente: Cuadro N° 1

Respecto a la influencia de la *edad* de los CP sobre las estrategias de afrontamiento, el estudio mostró que en general un mínimo porcentaje de cuidadores que acudían al Afrontamiento Pasivo, se encuentran en el grupo 31 a 60 años (**Gráfica 12**) Estos resultados podrían reflejar la necesidad de tomar en cuenta los roles en las más jóvenes, así como el cambio cultural de las mujeres, ya que en la actualidad se sabe que los cambios socioculturales hacen que la mujer ya no perciba como únicamente suyo el rol de cuidador.



Fuente: Cuadro N° 1

Chang y White-Means (1991) muestran en su estudio con hombres cuidadores que, en general, éstos parecen estar más sanos, más satisfechos con la vida, más activos en las labores de compra e informan de menor estrés financiero y psíquico debido al cuidado que las mujeres cuidadoras. Los hombres cuidadores son más limitados en términos de tiempo de dedicación, tipo de tareas e intensidad; existe una diferencia entre hombres y mujeres en los patrones de asistencia, basados en patrones de división del trabajo ligado al género (Stoller, 1990). Quizás eso se explique parcialmente porque los varones suelen recibir más ayuda que las mujeres en las labores de cuidado por parte de la familia y de las instituciones (Campo, 2000). Se ha podido comprobar como el género puede influir en las diferentes estrategias de afrontamiento de los cuidadores ante la presión que ejerce el cuidado (DeVries, Hamilton, Lovett y Gallagher-Thompson, 1997).

Afrontamiento-Sexo el cuadro muestra la población dividida en géneros y su relación con el afrontamiento, sabemos que el 81.25% de la población lo conforma el sexo femenino y es en esta categoría donde se concentra el 100% del Afrontamiento Pasivo. **(Cuadro 14)**.

Cuadro N° 14. Distribución por Afrontamiento-Sexo.

Sexo	Afrontamiento				%
	A. Activo	%	A. Pasivo	%	
Femenino	9	56.25	4	25.0	81.25
Masculino	3	18.75	0	0.0	18.75
TOTAL	12	75.0	4	18.75	100.00

Fuente: Cuadro N° 1

En relación al **Afrontamiento y Estado Civil** la categoría mas representativa es la de “Casados” con un 68.75%, en donde observamos que el 50.00% realiza afrontamiento activo sin embargo aun el 25.00% del total de los CP realiza afrontamiento pasivo destacándose en los Casados ya que desarrollan una diversidad de roles simultáneamente en comparación con la sobrecarga identificamos en el cuadro 7 (sobrecarga- estado civil) que es la población a su

vez que presenta una sobrecarga que fluctúa entre leve e intensa en un 18.75%.

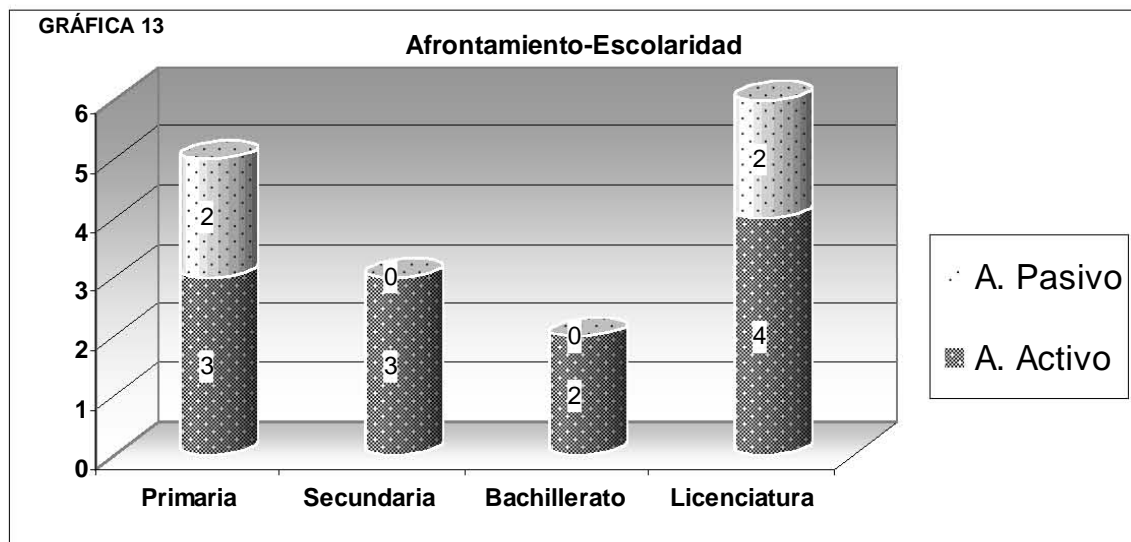
(Cuadro 15)

Cuadro N° 15 Distribución por Afrontamiento- Estado civil.

Estado civil	Afrontamiento				%
	A. Activo	%	A. Pasivo	%	
Casados	8	50.00	3	18.75	68.75
Solteros	3	18.75	0	0	18.75
Viudos	0	0	1	6.25	6.25
Divorciados	1	6.25	0	0	6.25
TOTAL	12	75	4	25	100.00

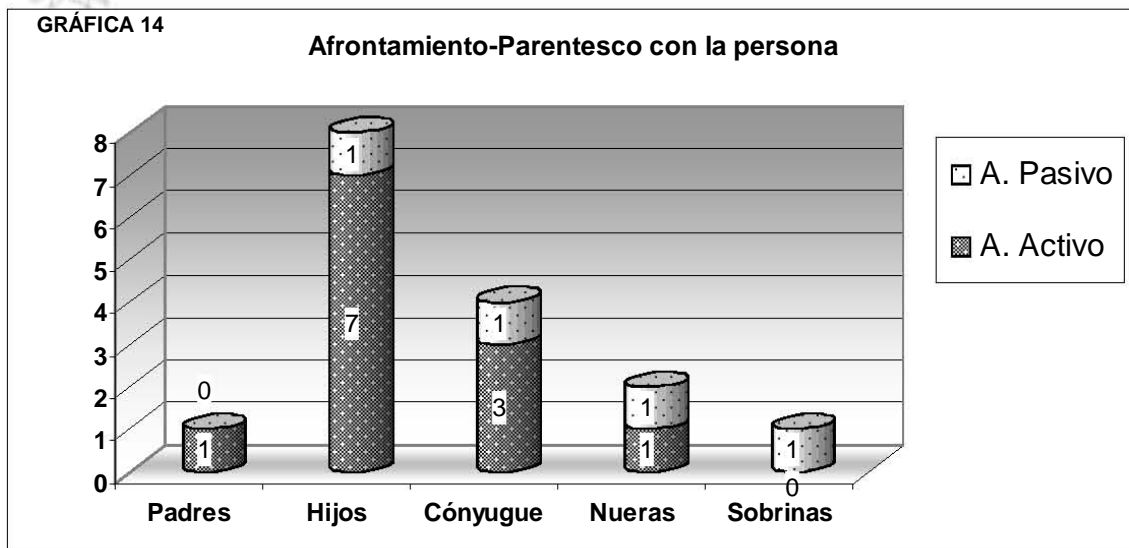
Fuente: Cuadro N° 1

Respecto al nivel de **estudios**, los CP con un mayor nivel de estudios utilizan las estrategias de tipo pasivo al igual que las mujeres de menor nivel de estudios, parece indicar que a una mayor preparación se cuenta con mayores recursos para desarrollar estrategias de afrontamiento, por lo que **Afrontamiento-Escolaridad** es mas representativo en los niveles de “Licenciatura” y “Primaria” que es en donde se desarrolla con mayor porcentaje el afrontamiento activo con un 37.50%, 31.25% respectivamente, sin embargo en los únicos grupos en donde se presenta el afrontamiento pasivo. (Gráfica 13)



Fuente: Cuadro N° 1

En cuanto a la *vinculación* de los cuidadores, se encontró una mayor utilización de estrategias de tipo pasivo por parte de los familiares más alejados. Así pues, los cuidadores con otro nivel de parentesco mas cercano utilizaban más estrategias de tipo activo, si analizamos la relación con el afrontamiento se da en un 50.00% con los hijos de las personas con demencia, categoría mas representativa, en donde observamos que el 12.25% (1:8) de este grupo utiliza las estrategias de tipo pasivo, subsecuentemente los cónyuges con 25.00% (1:4), nueras 12.50%; en esta tres categorías el 90.00% recurre al A. Activo [102] (Gráfica 14).

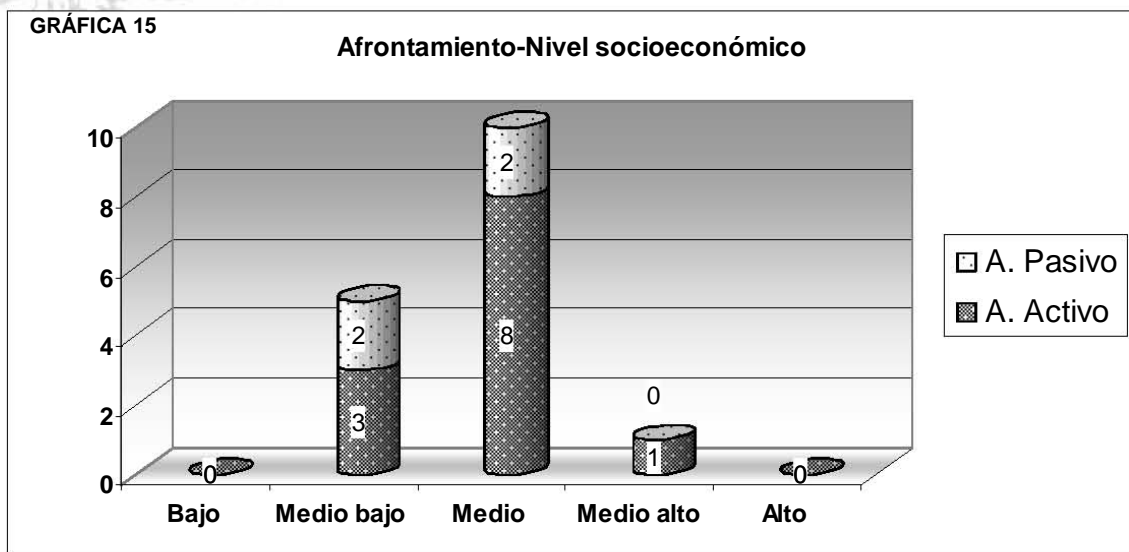


Fuente: Cuadro N° 1

Otra cuestión relevante parece ser el nivel socioeconómico de la familia, se ha considerado generalmente que un nivel bajo de status socioeconómico, incide en un menor número de recursos disponibles y de estrategias personales así como familiares para afrontar la carga.

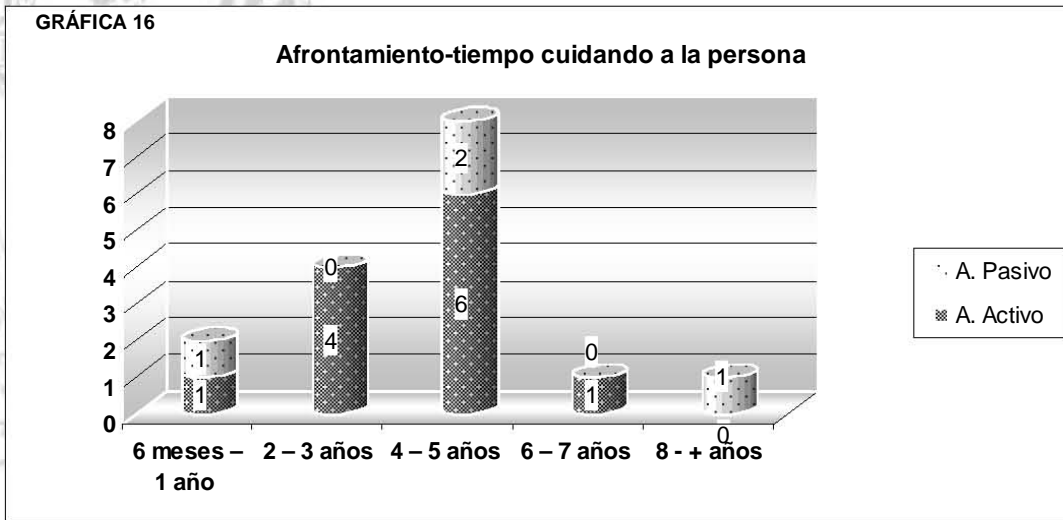
El obtener una gratificación, tener un proveedor que aporte lo necesario o distraerse mediante otras actividades supuestamente placenteras ayudan a un mejor control de la situación por el cuidador, aunque hay que tener en cuenta que estos respiros son a costa de otros cuidadores, instituciones o casa de asilo temporal, en donde se apoyan para descargar físicamente el estrés, aunque no

siempre mejora la condición emocional. En la mayoría de los casos estas distracciones no resultan del todo placenteras por el sentido del "deber", la permanente preocupación por el bienestar del familiar y la necesidad de controlar la calidad de la atención proporcionada por otros, condiciona a escoger por ejemplo, un lugar de vacaciones lo más cercano posible, en la relación **Afrontamiento-Nivel socioeconómico** el mas representativo es el "Medio" con un 62.50%, el "Medio Bajo" con un 31.25%, en conjunto presentan el 50.00% de Afrontamiento Pasivo. **(Gráfica 15)**



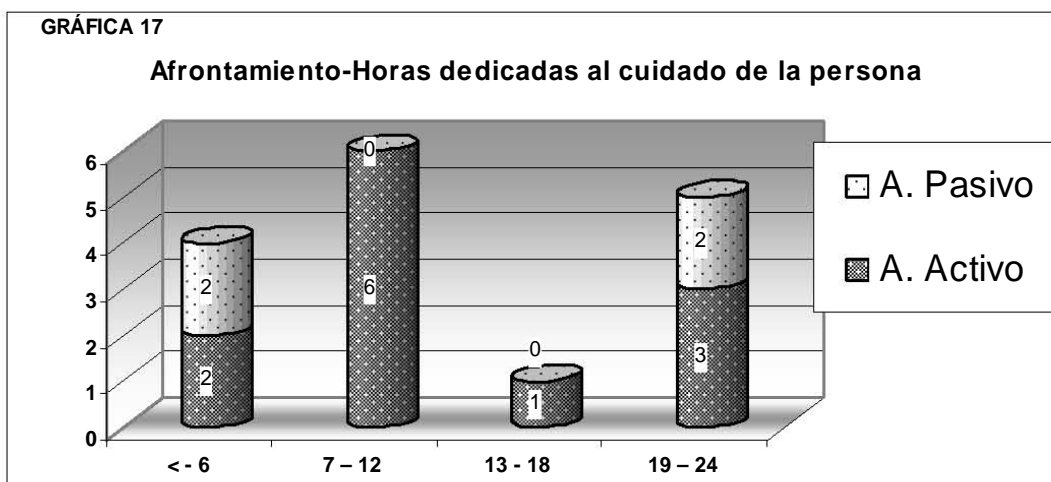
Fuente: Cuadro N° 1

Respecto al **tiempo de cuidado** se infiere que al inicio del cuidado no se tiene práctica ni conocimiento necesario para desarrollar estrategias de afrontamiento activas para paliar la situación, de esta misma forma se supone que se cuenta con capacitación de los CP sin embargo no es así de lo contrario dispusieran de más recursos personales a la hora de afrontar las diferentes situaciones de sobrecarga, tomemos en cuenta que los grupos que están marcados dentro de la categoría de 4-5 años que recurren al afrontamiento pasivo, quizá no estén desarrollando las estrategias de afrontamiento adecuadas que son el 50.00% de la población, por lo cual el **Afrontamiento-Tiempo cuidando al enfermo** 2-3 años en el cuidado representando el 25.00% de la población **(Gráfica 16)**



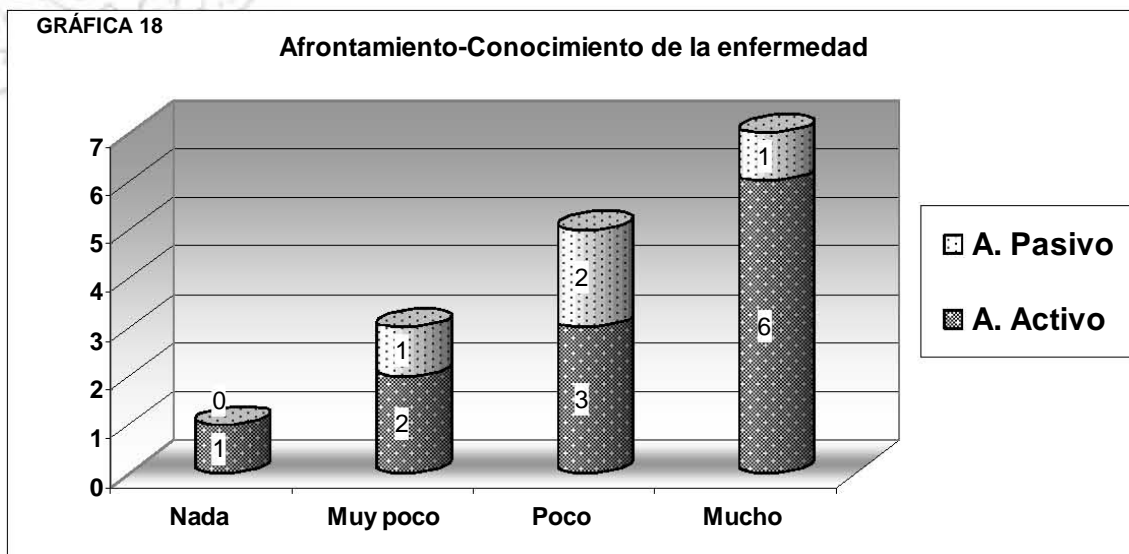
Fuente: Cuadro N° 1

El **tiempo de horas dedicadas al cuidado de la persona**, conlleva a la utilización de diferentes estrategias, en función de diversificar el tiempo del cuidado o asumir el dedicarse el CP exclusivamente al enfermo. Los CP con dedicación parcial pedían ayuda, se turnaban, y buscaban medios para entretener al enfermo, hecho que las alejaba de la fuente estresante, tal situación facilita el plantearse con mayor determinación la planificación de las tareas. En la gráfica 17, se muestra que el 37.50% de la población cubre el horario de 7 a 12 hrs. recurriendo el 100% al Afrontamiento Activo, sin embargo la categoría de 19 a 24 hrs. que es el 31.25% de la población, recurre al Afrontamiento Pasivo en un 40.00%. (Gráfica 17)



Fuente: Cuadro N° 1

Caron, Burns y Mantell, 1999). El estudio de Proctor, Martín y Hewson (2002) muestra como el nivel de conocimientos de los CP se relaciona con las estrategias de afrontamiento que estos desarrollan ante la situación de dependencia del cuidado, por lo que cobra importancia la relación **Afrontamiento-Conocimiento de la enfermedad** en donde podemos constatar que entre mas conocimiento de la enfermedad mayor presencia de Afrontamiento Activo (**Gráfica 18**)



Fuente: Cuadro N° 1

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

La convivencia cotidiana con una persona enferme de demencia genera en el cuidador primario respuestas de Afrontamiento ante el estrés del cuidado de manera permanente, en este estudio las personas que viven bajo el mismo techo de la persona con demencia, tienden al Afrontamiento Pasivo en un 25.00%, al igual que los que no cohabitan o que lo hacen parcialmente. (**Cuadro 16**)

Cuadro N° 16. Distribución por Afrontamiento-Cohabitación.

Cohabitación	Afrontamiento				%
	A. Activo	%	A. Pasivo	%	
Si	10	62.5	4	25	87.5
No	1	6.25	0	0.0	6.25
A veces	1	6.25	0	0.0	6.25
TOTAL	12	75	4	25	100.00

Fuente: Cuadro N° 1

La creación de grupos de apoyo para los CP, grupos de autoayuda y grupos nacionales de defensa sirven para reducir el aislamiento y el manejo del estrés, proporcionan apoyo práctico y moral, aportan una mayor comprensión del proceso de la enfermedad y les ayudan a ser más conscientes de sus propias necesidades (Bergero, Gómez, Herrera y Mayoral, 2000; Chico, 1999; Gandoy, Millán, García Zamorano, Buide, López Ribeiro y Mayan, 1999; Martín et al, 1999; De la Rica et al, 1994; Rodríguez Peñaranda et al, 1994; Pérez et al, 1998; Villalbí y Roca, 1989).

Con base a lo anterior el 62.50% de los CP que acuden a un grupo de apoyo, el 12.50% Afronta de manera pasiva, de igual manera que el 37.50% que no acude lo cual nos permite inferir que no importa la asistencia al grupo sino la efectividad de los programas y su organización de dichos grupos (Cuadro 17).

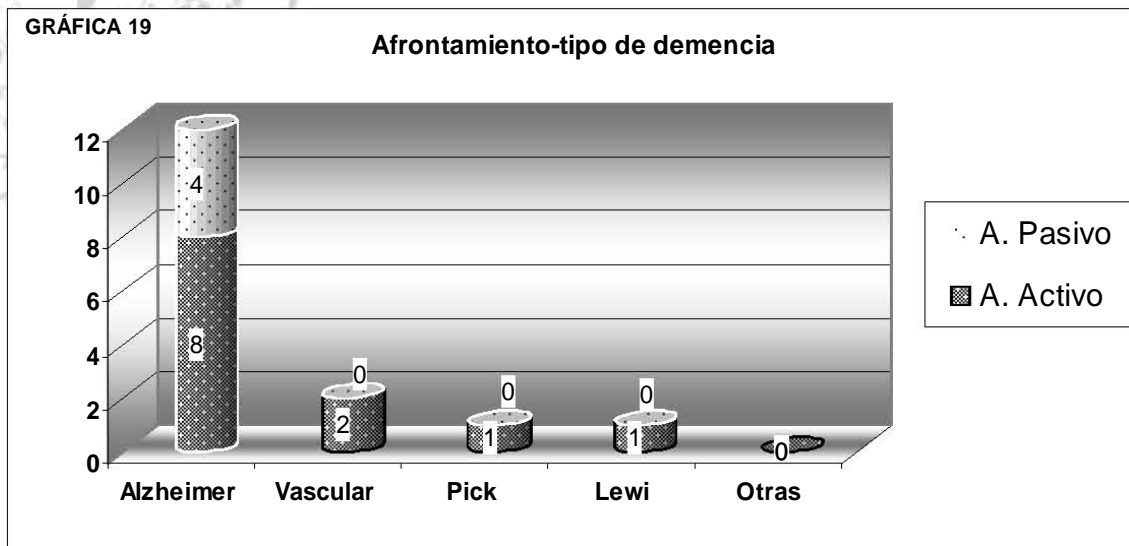
Cuadro N° 17. Distribución por Afrontamiento-Grupo de apoyo.

Grupo de autoayuda	Afrontamiento				%
	A. Activo	%	A. Pasivo	%	
Si	8	50	2	12.5	62.5%
No	4	25	2	12.5	37.5
TOTAL	12	75	4	25	100.00

Fuente: Cuadro N° 1

La EA como se ha descrito a lo largo de este trabajo es una enfermedad de evolución relativamente rápida en donde las funciones cambian continuamente, es por ello que en las demencias de diferente etiología, los CP desarrollan estrategias de afrontamiento adecuadas debido a que no hay cambios tan impactantes como en la EA, por lo que se puede interpretar que los CP no pueden generar tan

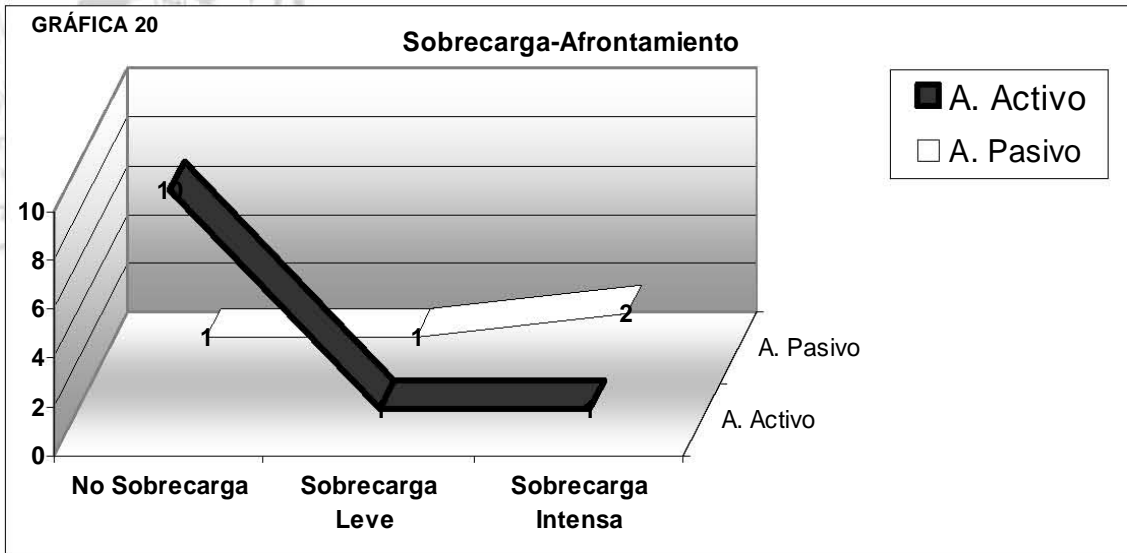
rápidamente las estrategias de afrontamiento adecuadas a la situación que están viviendo, por ello recomiendo mayor atención en el desarrollo de técnicas para en Afrontamiento, ya que como podemos observar en el **grafica 19** en Afrontamiento Pasivo solo se observo en los CP de la demencia tipo Alzheimer



Fuente: Cuadro N° 1

Según los autores clásicos del afrontamiento, Lazarus, Folkman la utilización de de estrategias, **Afrontamiento pasivo y activo**, depende de la percepción del sujeto respecto a la posibilidad de cambio de la situación estresante; así pues, las estrategias orientadas al problema (activo) se utilizan ante la percepción de la posibilidad de cambio. Un cuidador podría percibir que disminuiría su sobrecarga recibiendo ayuda de los demás. En cambio, determinados trastornos conductuales del enfermo serían percibidos como inmutables, como la repetición de preguntas, etc., motivo por el cual utilizan estrategias *orientadas a la emoción* (pasivo), que se supone ayudan a disminuir el grado de trastorno emocional. En la relación **sobrecarga afrontamiento** se observó que 68.75% de la población no presentó sobrecarga solo el 6.25% de esta población presentó Afrontamiento Pasivo al igual que los que presentaron algún tipo de sobrecarga que son el 18.75%, por lo que concluimos que las personas que recurren al Afrontamiento Activo sufren menos

sobrecarga. De esta manera podemos aclarar que el aprendizaje o la generación de estrategias de afrontamiento Activo brindan al cuidador el apoyo para no desarrollar sobrecarga (grafica 20).



Fuente: Cuadro N° 1



9. CONCLUSIONES

Cuidar de un familiar con demencia y enfermedad de Alzheimer significa una de las tareas más estresantes. Últimamente hay investigaciones sobre las variables moduladoras o moderadas del estrés y se han centrado en el apoyo social y las estrategias de afrontamiento.

Los cuidadores de personas con demencia y EA son el grupo primario de prestadores de servicios de salud no formalizados que ocupan el primer lugar de atención a domicilio en México, su demanda es gigantesca y las grandes instituciones de nuestro país IMSS, ISSSTE, algunos privados o de asistencia pública, no son capaces de sustentar este servicio, debido a que estos cuidadores realizan sus tareas de cuidados por afecto, por otra experiencia familiar e instinto, y no hay órganos coordinadores de estas actividades en el sistema de salud, que ofrezcan capacitación y personal, por lo que los cuidadores constantemente están expuestos a padecer estrés por sobrecarga física y emocional ante la falta de preparación.

En consecuencia consideramos que este estudio acerca de las estrategias de afrontamiento ante el estrés resulta especialmente útil para conocer a profundidad la naturaleza del estrés y el afrontamiento, siendo esta una de las variables más importantes que afectan de cierto modo la salud mental de los CP, así como delinear las intervenciones que enfermería y otros profesionales de la salud, que deben desarrollarlas e instrumentarlas en aquellos que experimenten situaciones de crisis ante la enfermedad demencial.

A través del presente estudio se lograron identificar las Estrategias de afrontamiento que utiliza el cuidador primario de la persona con demencia y EA en dos centros de atención, en ellos encontramos que una de las "estrategias de afrontamiento" más usadas son las de tipo Activo, lo cual significa que "**no presento sobrecarga**". El indicador "**sobrecarga intensa**" representa a las

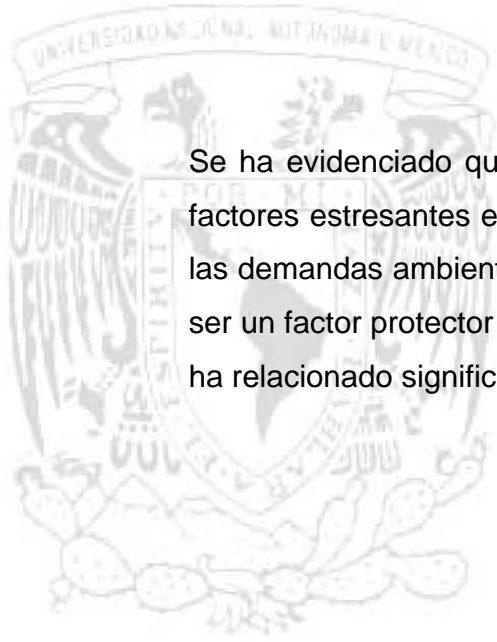
Estrategias de Afrontamiento Pasivo. Así, las diferencias encontradas entre cuidadores con *sobrecarga intensa*, y *no sobrecarga* marca una frecuencia de uso de las estrategias adecuadas e inadecuadas, mas sin embargo esto no solo dependerá de la asistencia a los grupos de apoyo si no de la calidad de operación de estos

El cuidador de la persona con demencia tipo EA, que es la mas frecuente en un 75.00%, corresponde al sexo femenino con un 81.25%, que las mujeres en un 50.00% son las hijas con un 50.00%, y en un 37.50% de estas tienen la edad entre 41 y 50 años situación que llama la atención ya que aun pertenecen a la etapa productiva. Por otro lado la relación edad-sexo es importante ya que en este grupo se utilizan con mayor frecuencia las estrategias de Afrontamiento de tipo Activo, aun observándose que un 69.00% de todos los cuidadores están casados, lo cual representa que desarrollan diferentes roles. Un 25.00% tiene estudios a nivel licenciatura y viven en un medio socioeconómico **“Medio”**, esto los obliga quizá a adoptar una actitud mas encaminada a la resolución de problemas (Afrontamiento Activo) como planificación y compaginación sus diversas actividades,

A partir de los resultados obtenidos se establecen las siguientes conclusiones.

Descubrimos que existen diferencias entre los sexos en los estilos de afrontamientos obtenidos en el segundo análisis factorial ("estilo de afrontamiento activo" y "estilo de afrontamiento pasivo"), de tal forma que los hombres tienden a un estilo de afrontamiento activo y las mujeres eligen en mayor medida estrategias de afrontamiento pasivas.

Se considera que si enfermería detectara el estrés en cuidadores, evitaría un problema de salud pública, como es la sobrecarga del cuidador, podría capacitar al cuidador en la atención que ofrece en el hogar, mejoraría la calidad de vida del CP y de la persona con demencia y contribuiría en ofrecer una muerte digna a quien viva con demencia tipo EA



CONCLUSIONES

Se ha evidenciado que el afrontamiento no solamente modera el impacto de los factores estresantes en el bienestar, sino que además influye en la percepción de las demandas ambientales como estresantes. El afrontamiento activo ha resultado ser un factor protector contra la sobrecarga, en cambio el Afrontamiento Pasivo se ha relacionado significativamente con la sobrecarga.



10. RECOMENDACIONES.

Durante el desarrollo del servicio social y del presente trabajo de investigación he logrado identificar que aun faltan estudios que analicen las características de los cuidadores ya que es en ellos donde recae la responsabilidad de cuidado de la persona con demencia tipo EA

El profesional de enfermería tiene como compromiso social y profesional aproximarse al estudio del cuidado en el hogar y de vincularse con el cuidador a través de programas de atención a los cuidadores, así como promover la creación de grupos de apoyo que evolucionen a grupos de autoayuda. Por otra parte su rol debe ser considerado dinámico en un concepto novedoso del cuidado y seguimiento integral de la persona enferme y de los cuidadote reales y potenciales en un ambiente basado en la capacitación continua interdisciplinaria, en el que participen como equipo básico Enfermeros, Psicólogos, médicos trabajadores social que en ese análisis permanente del tipo de atención y evolución de estos.

El presente trabajo me ha dado la oportunidad de colaborar en un equipo interdisciplinario como es el que integra el “Mega proyecto Nuevas Estrategias Epidemiológicas Genómicas y Proteómicas en Salud Pública”. SDEI. PTID. 05.5, al cual pertenece el proyecto denominado “Modelo de Enfermería para la Atención Preventiva y Terapéutica de Personas con Enfermedad de Alzheimer y sus Familiares” ENEO 020.

Por tal motivo una vez terminado este trabajo sugiero que el abordaje de las demencias sea desde la perspectiva de la medicina preventiva ya que existen diversos factores que influyen en la salud mental, de diferente naturaleza los cuales deben de ser estudiados con enfoques técnicas e instrumentos de manera interdisciplinaria, los cual brinda la oportunidad de diseñar diversas intervenciones en los diferentes niveles de prevención acordes a los recursos institucionales, susceptibles de ser evaluados con el apoyo de indicadores de atención y de impacto social



RECOMENDACIONES

Las tendencias actuales en el cuidado se centran en el hogar lo cual implica ampliar los elementos de estudio como son los derechos humanos del cuidador, y el vínculo demencia-pobreza en la senectud que indudablemente que indudablemente conlleva a marginalidad en la población vulnerable

El cambio de rol de enfermería involucra el cambio de escenario de desarrollo profesional, por ende los recursos con los que trabajará y ofrecerá el tipo de servicios dentro de la comunidad, por lo que propongo un centro de salud mental en red

El tema en estudio brinda la oportunidad de diferentes abordajes y de propuestas de intervención factibles de ser evaluadas en el que participen otros personajes con un enfoque no tradicional.

Por último quiero señalar que el presente trabajo debe continuar realizándose ya que la muestra de estudio es pequeña y dado el tiempo en el que se realizó para fines de titulación sugiero que no debe de ser considerado como ya concluido.



11. REFERENCIAS

1. Guirao Goris JA. Innovaciones en Enfermería Comunitaria: Jornadas Enfermería Comunitaria de Canarias. [Serie en Internet]. 2002 [Citado el 25 Enero de 2007]; [aprox. 7 p.] Disponible en World Wide Web: <http://webs.ono.com/adolf.guirao/Innovaciones.pdf>
2. Carnaval DL. Tratado de enfermería geriátrica. 2da ed. México: Interamericana Mc Graw Hill; 1988. p. 1-18.
3. Carnaval DL. Ídem.
4. García López MV, Rodríguez Ponce C, Toronja Gómez A. Enfermería 21. Enfermería del anciano. México: DAE SL; 2001. p. 106-107.
5. OMS "Salud mental: respuesta al llamamiento a favor de la acción" Informe de la Secretaría ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 55ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A55/18 Punto 13.13 del orden del día provisional 11 de abril de 2002 [Serie en Internet]. 2002 [Citado 08 de Enero 2007]; Disponible en Word Wide Web: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/sa5518.pdf
6. Cruz A, Gómez Polledo P. Glosario de demencias (I): Enfermedad de Alzheimer. Panace@. Septiembre–diciembre 2003; 4(13–14): p. 231
7. DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª ed. México: Masson; 2003. p. 155-156.
8. Medicina Interna [CD-ROM]. Madrid. España. Harcourt, S. A.; 2000. Sec. 10 Geriatria. Cap. 177 Problemas clínicos mas relevantes en el paciente geriátrico Demencia*

REFERENCIAS

9. Butman J, Sarasola D, Lon L, Serrano CM, Arizaga RL, Taragano FE. Manes F, et al. Impacto económico de la enfermedad de Alzheimer. Revista Neurológica Argentina. 2003; 28(1): p. 16-23
10. Harrison. Principios de medicina interna. 14^a ed. México. Mac Graw Hill. Vol. II 1998. p.2677
11. Harrison. Idem.
12. Farreras, Rozman. Medicina interna [CD-ROM] 13^a ed. Ed. Doyma S. A. y Mosby-Doyma Libros S. A. 1996 p. 1437
13. DSM-IV-TR. op. cit. p. 180-181.
14. Harrison. op. cit. p.2672
15. El Manual Merck de Geriatria. Barcelona España. Doyma. 1992. p. 1004
16. Morales Virgen JJ, Gutiérrez Robledo LM. Epidemiología de las demencias. Arch. Neurocién México. 11, supl-I, 3-13, 2006 p. 5
17. El Manual Merck de Geriatria. op. cit. p. 1005.
18. Harrison. op. cit. p.2674
19. Idem. p.2673
20. Idem
21. Idem

22. Idem
23. Idem. p. 2674.
24. Idem
25. Idem. p.2675.
26. Idem p.2676.
27. El Manual Merck de Geriatria. op. cit. p. 1004.
28. Harrison. op. cit. p.2675-2676.
29. Idem p.2676.
30. Idem p.2675.
31. DSM-IV-TR. op. cit. p. 176.
32. Harrison. op. cit. p.2673.
33. Idem
34. El Manual Merck de Geriatria. op. cit. p. 1004.
35. Harrison. op. cit. p. 2676
36. El Manual Merck de Geriatria. op. cit. p. 1009.
37. Idem

38. Feyto Grande L. Los cuidados en la ética del siglo XX. Rev. Enfermería Clínica. 2005; 15(3): p. 167-74.
39. fisterra.com [homepage on the Internet]. México [Actualizado 18 de Noviembre de 2001; citado el 25 noviembre de 2005]. Disponible en World Wide Web: <http://www.fisterra.com/guias2/cuidador>
40. Bover Bover A. Cuidadores Informales de Salud del Ámbito Domiciliario: Percepciones y Estrategias de Cuidado Ligadas al Género y a la Generación [Tesis]. Palma de Mayorca; 2004 p. 25-29
41. Idem.
42. maixmail.com [homepage on the Internet]. México [Actualizado 18 de Mayo de 2002; citado el 18 de Septiembre 2005] Disponible en World Wide Web: <http://www.maixmail.com/curso/vida/alzheimer2/capitulo16.htm>
43. Rodríguez del Álamo A. Sobrecarga psicofísica en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. Causas, problemas y soluciones [Serie en Internet]. 2004 [Citado el 31 Enero de 2007]: Disponible en World Wide Web: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/delalamo/alzheimer.shtml>
44. De la Cuesta-Benjumea C. La artesanía del cuidado: cuidar en la casa a un familiar con demencia avanzada. Enfermería Clínica. 2005; 15(6): 335-342.
45. Vicenta Roig M, Carmen Abengózar M, Serra E. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. Anales de psicología, 1998; 14(2): p. 215-227.

46. Paz F, Andrade-Palos P, Llanos AMP. Características psicosociales del cuidador del paciente con enfermedad neurodegenerativa. Archivos de neurociencias, Suplemento 2004 p. 6 Sinv
47. Muela Martínez JA, Torres Colmenero C, Peláez Peláez EM. Nuevo instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de EA. Anales de psicología, 2002; 18(2): p. 9-18
48. Bover Bover A. op. cit. p. 29-33
49. Pinto Afanador N, Sánchez Herrera B. El reto de los cuidadores: familiares de personas en situación crónica de enfermedad. Bogotá: Unibiblos, 2000; p. 78-80
50. psiquiatria.com [homepage on the Internet]. México [Actualizado 01 de Marzo de 2003; citado el 19 de Diciembre 2006]. Disponible en World Wide Web: <http://www.psiquiatria.com/arts?arts2028>
51. medmayor.cl Villagrán Carrasco O. [homepage on the Internet]. México [Actualizado 11 de Marzo de 2002; citado el 19 de Enero de 2007]: / Disponible en World Wide Web: www.medmayor.cl/apuntes/apuntes/psico/psicologia.doc
52. evaluacioninstitucional.idoneos.com [homepage on the Internet]. México [Actualizado 11 de Marzo de 2002; citado el 10 de Agosto 2007]; Disponible en World Wide Web: <http://evaluacioninstitucional.idoneos.com/index.php/345577>
53. Potter A. P. Fundamentos de enfermería. 5^a ed. México. Ed Harcourt Vol. 1, 2002, p. 658-681.

54. Carod Artal FJ, Egido Navarro JA, González Gutiérrez JL, Varela de Seijas E. Percepción de sobrecarga a largo plazo en cuidadores de pacientes con ictus. *Rev. Neurología* 1999; 28 (12): p. 1130-8.
55. weblog.maimonides Escala de sobrecarga del cuidador de zarit [homepage on the Internet]. México [Actualizado 10 de febrero de 2002; citado el 25 de Febrero de 2007]. Disponible en World Wide Web: <http://weblog.maimonides.edu/gerontologia/archives/001481.html>
56. Labiano LM, Correché MS. Afrontamiento del estrés. *Rev. argent. clín. Psicol.* Agosto 2002; 11(2): p. 105-112
57. Sánchez Xicotencatl JF. Relación entre rasgos de personalidad emociones y pensamiento mágico como estrategia de afrontamiento ante situaciones estresantes [Tesis]. UNAM, Facultad de Psicología; 2004. p.
58. Bover Bover A. op. cit. p. 38
59. Hernández Pereyra YG. Percepción de riesgo volcánico y estrategias de afrontamiento de habitantes de zonas rurales y urbanas entorno del Popocatepetl [Tesis]. Universidad de las Américas Puebla: 2004. p. 30
60. Collière MF. Promover la vida. España: MacGraw Hill Interamericana; 1993 p. 7
61. León Román C A. Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Rev Cubana Enfermer.* Sep-Dic. 2006; 22(4): p. 0-0
62. Molina Restrepo. M E. La ética en el arte de cuidar. *Investigación y educación en enfermería.* 2002; 20(2): p. 118-130

63. León Román, C A. op. cit.
64. Hernández Cortina A. Guardado De La Paz C. La Enfermería como disciplina profesional holística. Rev Cubana Enfermer. Mayo-ago. 2004; 20(2) p.1-1.
65. <http://www.icn.ch/spanish.htm> (CIE 1987). International lighting vocabulary. 4th ed. Publication CIE No. 17.4. Vienna, Austria: CIE.
66. Rico Venegas RM. Catalina Martínez P. Información científica para el cuidado en enfermería. Julio-Septiembre 2004; 3(3): p. 4
67. inegi.gob [homepage on the Internet]. México [Actualizado 01 de Marzo de 2001; citado el 19 de Diciembre 2005]. Disponible en World Wide Web: <http://www..mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob03&c=3180>
68. innn.edu [homepage on the Internet]. México [Actualizado 13 de Octubre de 2005; citado el 08 de Enero de 2007]. Disponible en World Wide Web: <http://www.innn.edu.mx/index.php/atencion/alzheimer>
69. Los últimos conocimientos sobre la enfermedad de Alzheimer. Rev Panam Salud Pública. Feb 2000; 7(2): p. 129-130.
70. Biurrun Unzué A. La asistencia de los familiares cuidadores en la enfermedad de Alzheimer. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001; 36(6): p. 325-330.
71. Laserna, JA, Castillo A, Peláez EM, Navio LF, Torres CJ, Rueda S. et al. Alteraciones emocionales y variables moduladoras en familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer. Psicología conductual. 1997; 5(3): p. 365-375

72. Peinado Portero AI, Garcés de los Fayos Ruiz. Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer el síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología*. 1998; 14(1): p.83-93
73. Devi J, Ruiz AI. Modelo de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Rev. Mult. Gerontol*. 2002; 12(1): 31-37
74. Peinado portero AI, op. cit.
75. Lao Baron FJ, Martínez Egea JM. La necesidad de integrar el manejo del afrontamiento en los cuidados. *Tempus Vitalis*. 2003; 3(1): 25-26
76. Ruiz de Alegría Fernández de Retana B, Lorenzo Urien E de Basurto. Hoyuelos S. Estrategias de Afrontamiento beneficiosas para las mujeres que cuidan de un progenitor con Alzheimer. 2006; 15(54): 10-14.
77. Chico Libran E. Optimismo disposicional como predictor de las estrategias de afrontamiento. *Psicothema*. 2002; 14(3): 544-550
78. Hernández Zamora GL, Olmedo Castejón E, Ibáñez Fernández I. Estar quemado (Burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of clinical and health psychology*. 2004; 4(2): p.323-336
79. Muela Martínez JA, Torres Colmenero C, Peláez Peláez EM. Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema*. 2002; 14(3): p. 558-563
80. Zabalegui Yarnos, A, Vidal Milla, I, Soler Gómez, D, Latre Mendez, E. Análisis empírico del concepto de afrontamiento., *Enfermería Clínica*, 2002; 12(1): 29-38.

81. Lao Barón FJ, op. cit.
82. Muela Martínez, op. cit.
83. Artaso Irigoyen B, Goñi Sarriés A, Biurrun Unzue A. Estrategias de afrontamiento de las cuidadoras informales del paciente con demencia. C. Med. Psicosom. 2001-2002; 60/61.
84. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. ISBN 92 9036 056 9. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), 1993, Ginebra, pp.53-56. <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/helsinki.htm>
85. López-Vázquez, E. Marván M Luisa, Validación de una escala de afrontamiento frente a riesgos extremos. Salud Pública de México. 2004; 46(3): 216-221
86. Medicina Interna. op. cit.
87. Paz F. op. cit.
88. Bover Bover A. op. cit.
89. Paz F. op. cit.
90. Bover Bover A. op. cit.
91. Peinado Portero Al. op. cit.
92. Lao Barón FJ. op. cit.

93. Bover Bover A. op. cit.
94. maixmail.com. op. cit.
95. Muela Martínez JA, Torres Colmenero C, op. cit.
96. Peinado Portero AI. op. cit.
97. Vicenta Roig M,
98. De la Cuesta-Benjumea C. op. cit.
99. Losada-Baltar et all. Eficacia diferencial de dos intervenciones educativas para cuidadores de familiares con demencia. Rev Neurol 2004; 38(8): p.701-708.
100. Peinado Portero AI. op. cit.
101. Bover Bover A. op. cit.
102. Deví J. Ruiz Almazán I. op. cit.

* La presente bibliografía fue extraída de un [CD Rom] por no estar paginado se menciona la sección, capítulo y definición

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Artaso Irigoyen B, Goñi Sarriés A, Biurrun Unzue A. Estrategias de afrontamiento de las cuidadoras informales del paciente con demencia. *C. Med. Psicosom.* 2001-2002; 60/61. p. 38-45
2. Biurrun Unzué A. La asistencia de los familiares cuidadores en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2001; 36(6): p. 325-330.
3. Bover Bover A. Cuidadores Informales de salud del ámbito domiciliario: Percepciones y estrategias de cuidado ligadas al género y a la generación [Tesis]. Palma de Mayorca; 2004 p. 777
4. Butman J, Sarasola D, Lon L, Serrano CM, Arizaga RL, Taragano FE. Manes F, et al. Impacto económico de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Neurológica Argentina.* 2003; 28(1): p. 16-23
5. Carnaval DL. Tratado de enfermería geriátrica. 2a ed. México: Interamericana Mc Graw Hill; 1988. p. 1-18.
6. Carod Artal FJ, Egido Navarro JA, González Gutiérrez JL, Varela de Seijas E. Percepción de sobrecarga a largo plazo en cuidadores de pacientes con ictus. *Rev. Neurología* 1999; 28 (12): p. 1130-8.
7. Chico Libran E. Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema.* 2002; 14(3): p. 544-550
8. Collière MF. Promover la vida. España: MacGraw Hill Interamericana; 1993 p. 7
9. Cruz A, Gómez Polledo P. Glosario de demencias (I): Enfermedad de Alzheimer. *Panace@.* Septiembre–diciembre 2003; 4(13–14): p. 231

10. De la Cuesta-Benjumea C. La artesanía del cuidado: cuidar en la casa a un familiar con demencia avanzada. *Enfermería Clínica*. 2005; 15(6): p. 335-342.
11. Devi J, Ruiz AI. Modelo de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Rev. Mult. Gerontol*. 2002; 12(1): p. 31-37
12. DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4^a ed. México: Masson; 2003. p. 155-156.
13. El Manual Merck de Geriatria. Barcelona España. Doyma. 1992. p. 1321
14. Feyto Grande L. Los cuidados en la ética del siglo XX. *Rev. Enfermería Clínica*. 2005; 15(3): p. 167-74.
15. García López MV, Rodríguez Ponce C, Toronja Gómez A. *Enfermería 21. Enfermería del anciano*. México: DAE SL; 2001. p. 106-107.
16. Harrison. Principios de medicina interna. 14^a ed. México. Mac Graw Hill. Vol. II 1998. p.2677
17. Hernández Cortina A. Guardado De La Paz C. La Enfermería como disciplina profesional holística. *Rev Cubana Enfermer*. Mayo-ago. 2004; 20(2) p.1-1.
18. Hernández Pereyra YG. Percepción de riesgo volcánico y estrategias de afrontamiento de habitantes de zonas rurales y urbanas entorno del Popocatépetl [Tesis]. Universidad de las Américas Puebla: 2004. p. 156

19. Hernández Zamora GL, Olmedo Castejón E, Ibáñez Fernández I. Estar quemado (Burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of clinical and health psychology*. 2004; 4(2): p. 323-336
20. Labiano LM, Correché MS. Afrontamiento del estrés. *Rev. argent. clín. Psicol.* Agosto 2002; 11(2): p. 105-112
21. Lao Baron FJ, Martínez Egea JM. La necesidad de integrar el manejo del afrontamiento en los cuidados. *Tempus Vitalis*. 2003; 3(1): p. 25-26
22. Laserna, JA, Castillo A, Peláez EM, Navio LF, Torres CJ, Rueda S. et al. Alteraciones emocionales y variables moduladoras en familiares-cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicología conductual*. 1997; 5(3): p. 365-375
23. León Román C A. Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Rev Cubana Enfermer.* Sep-Dic. 2006; 22(4): p. 1-1
24. López-Vázquez, E. Marván M Luisa, Validación de una escala de afrontamiento frente a riesgos extremos. *Salud Pública de México*. 2004; 46(3): p. 216-221
25. Losada-Baltar et al Eficacia diferencial de dos intervenciones educativas para cuidadores de familiares con demencia. *Rev Neurol* 2004; 38(8): p.701-708.
26. Los últimos conocimientos sobre la enfermedad de Alzheimer. *Rev Panam Salud Pública*. Feb 2000; 7(2): p. 129-130.
27. Molina Restrepo. M E. La ética en el arte de cuidar. *Investigación y educación en enfermería*. España. 2002: 20(2): p. 118-130

28. Morales Virgen JJ, Gutiérrez Robledo LM. Epidemiología de las demencias. Arch. Neurocién México. 11, supl-I, 3-13, 2006 p. 5
29. Muela Martínez JA, Torres Colmenero C, Peláez Peláez EM. Comparación entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. Psicothema. 2002; 14(3): p. 558-563
30. Muela Martínez JA, Torres Colmenero C, Peláez Peláez EM. Nuevo instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de EA. Anales de psicología, 2002; 18(2): p. 9-18
31. Paz F, Andrade-Palos P, Llanos AMP. Características psicosociales del cuidador del paciente con enfermedad neurodegenerativa. Archivos de neurociencias, Suplemento 2004 p. 6 Sinv
32. Peinado Portero AI, Garcés de los Fayos Ruiz. Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer el síndrome del asistente desasistido. Anales de Psicología. 1998; 14(1): p. 83-93
33. Pinto Afanador N, Sánchez Herrera B. El reto de los cuidadores: familiares de personas en situación crónica de enfermedad. Bogotá: Unibiblos, 2000; p. 78-80
34. Potter A. P. Fundamentos de enfermería. 5a ed. México. Ed Harcourt Vol. 1, 2002, p. 658-681.
35. Rico Venegas RM. Catalina Martínez P. Información científica para el cuidado en enfermería. Julio-Septiembre 2004; 3(3): p. 128-135

36. Ruiz de Alegría Fernández de Retana B, Lorenzo Urien E de Basurto. Hoyuelos S. Estrategias de Afrontamiento beneficiosas para las mujeres que cuidan de un progenitor con Alzheimer. 2006; 15(54): p. 10-14.
37. Sánchez Xicotencatl JF. Relación entre rasgos de personalidad emociones y pensamiento mágico como estrategia de afrontamiento ante situaciones estresantes [Tesis]. UNAM, Facultad de Psicología; 2004. p. 156
38. Vicenta Roig M, Carmen Abengózar M, Serra E. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. Anales de psicología, 1998; 14(2): p. 215-227
39. Zabalegui Yarnos, A, Vidal Milla, I, Soler Gómez, D, Latre Mendez, E. Análisis empírico del concepto de afrontamiento., Enfermería Clínica, 2002; 12(1): p. 29-38.

ELECTRONICAS

1. evaluacioninstitucional.idoneos.com [homepage on the Internet]. México [Actualizado 11 de Marzo de 2002; citado el 10 de Agosto 2007]; Disponible en World Wide Web: <http://evaluacioninstitucional.idoneos.com/index.php/345577>
2. Farreras, Rozman. Medicina interna [CD-ROM] 13a ed. Ed. Doyma S. A. y Mosby-Doyma Libros S. A. 1996 p. 1437
3. Guías del cuidador. fisterra.com [homepage on the Internet]. México [Actualizado 18 de Noviembre de 2001; citado el 25 noviembre de 2005]. Disponible en World Wide Web: <http://www.fisterra.com/guias2/cuidador>

4. Guirao Goris JA. Innovaciones en Enfermería Comunitaria: Jornadas Enfermería Comunitaria de Canarias. [Serie en Internet]. 2002 [Citado el 25 Enero de 2007]; [aprox. 7 p.] Disponible en World Wide Web: <http://webs.ono.com/adolf.guirao/Innovaciones.pdf>
5. [icn.ch](http://www.icn.ch). [homepage on the Internet] (CIE 1987). International lighting vocabulary. 4th ed. Publication CIE No. 17.4. Vienna, Austria: CIE. [Actualizado 01 de Marzo de 2003; citado el 19 de Diciembre 2006]. Disponible en World Wide: <http://www.icn.ch/spanish.htm>
6. [inegi.gob](http://inegi.gob.mx) [homepage on the Internet]. México [Actualizado 01 de Marzo de 2001; citado el 19 de Diciembre 2005]. Disponible en World Wide Web: <http://www..mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob03&c=3180>
7. [innn.edu](http://www.innn.edu.mx) [homepage on the Internet]. México [Actualizado 13 de Octubre de 2005; citado el 08 de Enero de 2007]. Disponible en World Wide Web: <http://www.innn.edu.mx/index.php/atencion/alzheimer>
8. [maixmail.com](http://www.maixmail.com) [homepage on the Internet]. México [Actualizado 18 de Mayo de 2002; citado el 18 de Septiembre 2005] Disponible en World Wide Web: <http://www.maixmail.com/curso/vida/alzheimer2/capitulo16.htm>
9. Medicina Interna [CD-ROM]. Madrid. España. Harcourt, S. A.; 2000. Sec. 10 Geriatria. Cap. 177 Problemas clínicos mas relevantes en el paciente geriátrico Demencia*
10. [medmayor.cl](http://www.medmayor.cl) Villagrán Carrasco O. [homepage on the Internet]. México [Actualizado 11 de Marzo de 2002; citado el 19 de Enero de 2007]: / Disponible en World Wide Web: www.medmayor.cl/apuntes/apuntes/psico/psicologia.doc

11. OMS “Salud mental: respuesta al llamamiento a favor de la acción” Informe de la Secretaría ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 55ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A55/18 Punto 13.13 del orden del día provisional 11 de abril de 2002 [Serie en Internet]. 2002 [Citado 08 de Enero 2007]; Disponible en World Wide Web: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/sa5518.pdf
12. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. ISBN 92 9036 056 9. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), 1993, Ginebra, pp.53-56. en: <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/helsink.htm>
13. psiquiatria.com [homepage on the Internet]. México [Actualizado 01 de Marzo de 2003; citado el 19 de Diciembre 2006]. Disponible en World Wide Web: <http://www.psiquiatria.com/arts?arts2028>
14. Rodríguez del Álamo A. Sobrecarga psicofísica en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. Causas, problemas y soluciones [Serie en Internet]. 2004 [Citado el 31 Enero de 2007]: Disponible en World Wide Web: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/delalamo/alzheimer.shtml>
15. [weblog.maimonides](http://weblog.maimonides.edu/gerontologia/archives/001481.html) Escala de sobrecarga del cuidador de zarit [homepage on the Internet]. México [Actualizado 10 de febrero de 2002; citado el 25 de Febrero de 2007]. Disponible en World Wide Web: <http://weblog.maimonides.edu/gerontologia/archives/001481.html>

13. ANEXOS

13.1. Carta Consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas en Salud Pública"

Consentimiento Informado

A continuación se le solicita su autorización para colaborar en el proyecto **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.**¹, en población mexicana.

El Objetivo del primer estudio es conocer las estrategias de afrontamiento ante el estrés producido por el cuidado de una persona con probable enfermedad de Alzheimer, y el objetivo del segundo proyecto es identificar el síndrome de Burnout en el cuidador primario ante el cuidado de la persona con enfermedad de Alzheimer ya que este representa un problema de salud que daña la calidad de vida del cuidador y por ende la calidad asistencial.

Su participación consistirá en el llenado de tres instrumentos que a continuación se mencionan: Escala de Zarit y Escala de afrontamiento frente a riesgos extremos.

Los datos obtenidos serán **confidenciales y anónimos**, y nadie, excepto las personas que trabajan en el proyecto conocerán sus datos proporcionados. Su participación es totalmente **voluntaria**, por lo que puede libremente decidir no participar o abandonar el proyecto antes de concluirlo en cualquier momento, sin ningún perjuicio de su atención médica, presente o futura.

He recibido la información completa sobre el proyecto **ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL CUIDADOR PRIMARIO DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**, y estoy de acuerdo en que mis datos e información proporcionada se utilicen de acuerdo a los fines que el estudio plantea

México D. F. a ____ de _____ de 200__

Lugar _____

Nombre del Cuidador Primario

Nombre del investigador

 Firma

 Firma

Nombre del testigo

Nombre del testigo

 Firma

 Firma

¹ Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas en Salud pública *SDEI. PTID.05.5*

13.2. Instrumento “Estrategias de afrontamiento del cuidador primario de persona con demencia y EA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

NUEVAS ESTRATEGIAS EPIDEMIOLOGICAS GENOMICAS Y PROTEOMICAS EN SALUD PÚBLICA.

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

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

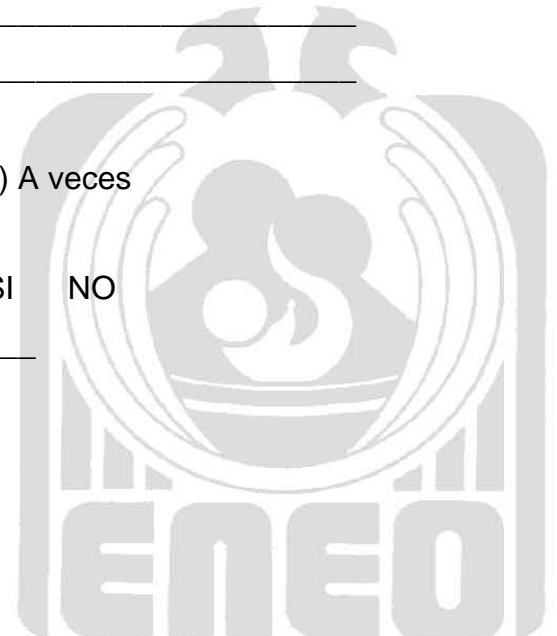
Fecha _____

Folio _____

FICHA DE IDENTIFICACION:

- (1) Edad: _____ (2) Sexo: F M (3) Estado Civil _____
 (4) Escolaridad _____ (5) Parentesco con el paciente _____
 (7) Profesión _____ (8) Religión No. De hijos _____
 (9) Edad de cada uno de los hijos _____
 (10) Nivel socioeconómico (a) Bajo (b) Medio bajo (c) Medio (d) Medio alto
 (e) alto
 (11) ¿Cuanto tiempo tiene cuidando al enfermo? _____
 (12) ¿Cuántas horas al día dedica al cuidado del enfermo? _____
 (13) ¿Conoce que es la enfermedad, la evolución y los síntomas del Alzheimer?
 (a) Nada (b) Muy poco (c) Poco (d) Mucho
 (14) ¿Cómo es la relación entre usted y la persona a la que cuida?
 (a) Muy buena (b) Buena (c) Mala (d) Muy mala
 (15) ¿Cuáles son los cuidados que le proporciona al enfermo?

- (16) ¿Usted vive con el enfermo? (a) Si (b) No (c) A veces
 (17) ¿Cuántas personas viven con el enfermo?
 (18) ¿Acude o participa en grupos de autoayuda? SI NO
 Frecuencia _____ Lugar _____



13.3. Escala de Zarit**ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT. NUM _____**

Instrucciones: A continuación se presentan una lista de frases que reflejan cómo se sienten algunas personas cuando cuidan a otra persona. Después de leer cada frase, marque con una (X) con qué frecuencia se siente usted de esa manera, escogiendo entre: **nunca, casi nunca, a veces, frecuentemente y casi siempre.**

Pregunta a realizar	Nunca	Casi Nunca	A veces	Bastante veces	Casi siempre
1. ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					
3. ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?					
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?					
5. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?					
6. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familia?					
7. ¿Siente que su familiar depende de usted?					
8. ¿Se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar?					
9. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?					
10. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?					
11. ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?					
13. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?					
14. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?					
15. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
16. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?					
17. ¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otras personas?					
18. ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?					
19. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?					
20. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?					
21. En general: ¿Se siente muy saturado de actividades por tener que cuidar de su familiar?					

Desea hacer alguna observación:

13.4. Escala de afrontamiento frente a riesgos extremos

ESCALA DE AFRONTAMIENTO FRENTE A RIESGOS EXTREMOS. NUM ____

Instrucciones: marque con una (X) la respuesta más cercana a su opinión *Nunca*, *Pocas veces*, *Algunas veces*, *La mayoría de las veces*, *Siempre*

Si desea Hacer Alguna Observación:

	<i>Nunca</i>	<i>Pocas veces</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>La mayoría de las veces</i>	<i>Siempre</i>
1. Acepto la situación pues es inevitable					
2. Deseo un milagro y ruego a Dios para que me ayude					
3. Rechazo la idea de que esta situación es grave					
4. Algunas veces no hago lo que ya había previsto hacer					
5. Analizo las circunstancias para saber qué hacer					
6. Bromeo y tomo las cosas a la ligera					
7. Busco actividades para pensar en otra cosa					
8. Busco información con personas que saben					
9. Consulto sobre el problema con profesionales					
10. Controlo en todo momento mis emociones					
11. Hablo con mi familia para compartir emociones					
12. Hago como si el problema no existiera					
13. Hago frente directamente a la situación					
14. Hago modificaciones en mi entorno para evitar el problema					
15. He establecido mi propio plan de estrategias y lo pongo en marcha					
16. Me es difícil describir lo que siento frente a esta situación					
17. Me fijo objetivos y redoblo esfuerzos					
18. Me paseo para distraerme					
19. Participo más en actividades de grupos de autoayuda					
20. Reflexiono sobre las estrategias a utilizar					
21. Sigo lo que hacen los demás					
22. Tengo un plan preventivo y lo sigo					
23. Trato de cambiar mis hábitos de vida en función del problema					
24. Trato de no pensar en el problema					
25. Trato de no precipitarme y de reflexionar sobre los pasos a seguir					
26. Trato de no sentir nada					

Gracias por su tiempo y disposición