

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE RESILIENCIA EN UNA MUESTRA DE
CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON ALZHEIMER DE LA CIUDAD
DE BUCARAMANGA Y SU ÁREA METROPOLITANA.

AYDA VIVIAN OCHOA AMAYA

XIOMARA LISETH QUINO SANDOVAL

PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

DIRECTORA

PS. ARA MERCEDES CERQUERA CORDOBA



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

2014

AGRADECIMIENTOS

A Ara Cerquera, quien con sus conocimientos y sabias experiencias supo motivar y estimular cada uno de nuestros pasos, no solo en el desarrollo de este proyecto, sino en nuestra formación como investigadoras.

A Dios por darnos la vida, a nuestras familias por su apoyo y por brindarnos la oportunidad de culminar este proyecto y a todas las personas que durante nuestro proceso universitario aportaron conocimientos y experiencias que nos permitieron crecer a nivel profesional y personal.

A mi hija Sara Gabriela Vargas Ochoa, quien ha sido la mayor motivación para culminar esta investigación y quien me da la fuerza diaria para luchar por ser cada día mejor.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Planteamiento del problema	8
Objetivos	10
Marco teórico	11
Metodología	17
Diseño	17
Participantes	17
Criterios de inclusión	17
Instrumento	17
Consideraciones éticas	19
Procedimiento	20
Resultados	22
Discusión	27
Conclusiones	33
Recomendaciones	35
Referencias	36
Anexo 1.	44

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: EVALUACIÓN DEL NIVEL DE RESILIENCIA EN CUIDADORES INFORMALES EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON ALZHEIMER DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA Y SU ÁREA METROPOLITANA.

AUTORES: AYDA VIVIAN OCHOA AMAYA

XIOMARA LISETH QUINO SANDOVAL

FACULTAD: FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIRECTOR: ARA MERCEDES CERQUERA CÓRDOBA

RESUMEN

La presente investigación, de corte descriptivo, enfoque cuantitativo transversal, no experimental, tuvo como objetivo evaluar el nivel de Resiliencia en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores diagnosticados con demencia tipo Alzheimer de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana, a través de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1988): adaptada por Novella (2002), la cual posee un índice de confiabilidad de 0.89. La muestra de cohorte no probabilístico se seleccionó por conveniencia, constituida por 70 cuidadores informales con los siguientes criterios de inclusión: ser cuidador informal, tener mínimo 3 meses al cuidado del adulto y aceptar la participación voluntaria en el estudio. Los resultados socio demográficos indican que un 81% son mujeres, la edad varía entre menos de 40 y 51-60 años con un porcentaje de 27%, el 41% de los cuidadores son casados y se dedican al hogar. Los resultados de la escala demostraron que un 80% presentan un nivel bajo de Resiliencia, indicando una posible dificultad que se presenta en el cuidador para desempeñarse adecuadamente en su rol. La muestra evaluada no ha tenido capacitación y posee pocas redes de apoyo, lo cual deja abierta la posibilidad de implementar programas para dicha población.

PALABRAS CLAVES: Resiliencia, envejecimiento, cuidador informal, Alzheimer, adultos mayores.

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: EVALUATION OF THE LEVEL OF RESILIENCE IN INFORMAL CAREGIVER ON A SAMPLE OF ALZHEIMER PATIENTS OF BUCARAMANGA CITY AND ITS METROPOLITAN AREA.

AUTHORS: AYDA VIVIAN OCHOA AMAYA

XIOMARA LISETH QUINO SANDOVAL

FACULTY: PSYCHOLOGY

DIRECTOR: ARA MERCEDES CERQUERA CÓRDOBA

ABSTRACT

This research, descriptive and quantitative, non-experimental and cross-sectional, had the aim of measuring the level of resilience within a sample of untrained caregivers who worked with elder patient's diagnosed with Alzheimer's disease that reside within the city of Bucaramanga and its metropolitan area, using as an instrument the Wagnild & Young Resilience Scale (1998) which has being adopted with an reliability index of 0,89. The sample was non-probabilistic of its kind and conveniently chosen, made of 70 informal caregivers who had the following inclusive criteria: Being an informal caregiver, having at least three months of taking care of an elder diagnosed with Alzheimer disease, and to have voluntary accepted to participate in the research. The Social-demographic results point out that 81% of caregivers are women. Their age varies; some younger than 40, and from 51 to 60 years, accounting for 27 %. 41% of the caregivers are married and fully committed to the care of their homes. The results of the research reveal that 80% exhibits a low score on resiliency, indicating a possible obstacle that might reduce the caregiver's performance. The sample was not trained and posses a small support system, this opens the opportunity to implement, programs that target this population group.

Key Words; resiliency, aging, untrained caregivers, Alzheimer, Elderly adults.

INTRODUCCIÓN

El envejecer constituye un proceso en el que participan factores biológicos, psicológicos y sociales. Este proceso es continuo, universal, progresivo, irreversible e incrementa la vulnerabilidad a la mayoría de las enfermedades (Villanueva, 2000).

Orozco (2011), indica que el incremento en la esperanza de vida ha llevado a que exista en nuestra sociedad un grupo elevado de personas mayores. Lo anterior es corroborado por los datos que presenta la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001), los cuales indican que debido al aumento de la esperanza de vida anteriormente mencionado y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países desde 1980.

De acuerdo con el Departamento Nacional de Estadística (DANE), (2005) en el período 2005-2011, la proporción de personas adultas, entre 15 y 59 años, pasó de 60% a 67.8% del total de la población, mientras que la población adulta mayor pasó de un 8.9% a 10.05%, para el mismo período.

Teniendo en cuenta las estadísticas poblacionales y el aumento significativo de adultos mayores, es preciso estudiar el fenómeno del envejecimiento, definido como un fenómeno universal de expresión individual, el cual no solo depende de factores propios del individuo sino también de factores ajenos a él, y lo que se afecta en primer lugar no es la conducta cotidiana y probada del organismo para con su medio, sino sus disponibilidades, sus facultades, sus posibilidades de enfrentarse con éste (Campos, 2001). “No todos los

ancianos envejecen igual, al mismo ritmo ni con la misma intensidad” (Villanueva, 2000, p.111).

“El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de nuestros mayores desafíos” (OMS 2002, p. 75). Al llegar a la vejez y avanzar en este proceso, el ser humano se vuelve más vulnerable y puede presentar diferentes enfermedades de orden biológico, no transmisibles como el Alzheimer, que afecta e interfiere en la vida social, familiar y personal de los individuos, llevándolos a convertirse en personas dependientes, que precisan de la ayuda de otra persona que se encargue de satisfacer sus necesidades básicas, es decir un cuidador, que se puede clasificar como formal o informal. El rol de cuidador informal, se caracteriza por una limitación de intereses (no tener tiempo de cuidarse o para sí mismo) que se une, en muchos casos, al rol de ama de casa. Así, sus efectos desfavorables para la salud y la calidad de vida de estas personas se potencian haciendo necesaria la implicación de profesionales socio-sanitarios y la movilización de redes de apoyo familiar y social (Delicado, García, López & Martínez 2000).

Es por ello que así como se realizan estudios con respecto al envejecimiento y lo que éste conlleva, la elaboración de planes y proyectos ha de ser una de las preocupaciones constantes de cada uno de los profesionales interesados en la salud y la educación para mejorar la calidad de vida no solo del adulto mayor sino del cuidador, quien puede presentar dificultades como consecuencia del desarrollo de su labor.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con lo planteado en la literatura, es necesario e indispensable que la atención no sólo se centre en los adultos mayores afectados por la demencia tipo Alzheimer, sino que también se preste una mayor atención a las personas que se encuentran a cargo del cuidado, que en la mayoría de los casos es un familiar, es decir, el cuidador informal, quien se ve inmerso en diversas situaciones positivas y negativas exigidas por el rol. Se ha demostrado que dichas personas presentan desgaste físico y psicológico debido al ejercicio de su rol de cuidador y a las condiciones en las cuales el anterior se ejerce.

Sin embargo algunas investigaciones demuestran que se pueden presentar consecuencias positivas del ejercicio del rol, como lo son la satisfacción por ayudar y el fortalecimiento de la relación con el enfermo, por consiguiente, el cuidador puede salir fortalecido y logra recuperarse con éxito, desarrollando competencias sociales, académicas y vocacionales, a lo cual se le denomina Resiliencia (Grotberg, 1995, citado por Menezes et al., 2006).

Los estudios realizados en Colombia sobre resiliencia no abordan de manera específica las problemáticas anteriormente expuestas sobre cuidadores, se ha investigado sobre resiliencia en adolescentes (Vinaccia, Quinceno & Moreno, 2007) y se ha encontrado que en esta etapa del ciclo vital ésta no es una estrategia que brinde un grado de protección alto a la mencionada población. También se han estudiado los efectos de la resiliencia en menores ubicados en hogares sustitutos (Castañeda, Guevara & Rodríguez, 2005) en donde se encuentra que un 80% de la población tiene una alta protección ante las situaciones de

pobreza adversa gracias a la resiliencia, lo que sugiere que distintos factores propios del ciclo vital pueden influir en la efectividad de dicha estrategia.

Los trabajos de investigación previos en Colombia, se han enfocado principalmente en estudiar la resiliencia y el cuidador del adulto mayor, como variables aisladas, sin evidenciar algún tipo de estudio acerca de estas dos variables asociadas. Por tanto, en el presente trabajo se ofrece una visión más amplia que posibilita una exploración en el área y así contribuir a nuevas investigaciones que contemplen el estudio de estas variables asociadas.

En esta medida y de acuerdo a las necesidades que se han identificado en cuanto a la atención que se presta a los cuidadores informales, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es el nivel de Resiliencia en una muestra de cuidadores de pacientes con Alzheimer de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana?, con el fin de contribuir con el bienestar del cuidador a la hora de desempeñarse en dicha labor.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la Resiliencia en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores diagnosticados con enfermedad de Alzheimer de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana.

Objetivos específicos

Identificar el nivel de Resiliencia que presentan los cuidadores de la muestra.

Caracterizar la muestra de cuidadores de acuerdo a sus dimensiones sociodemográficas.

Describir el nivel general de Resiliencia en los cuidadores informales.

MARCO TEÓRICO

Según la Alzheimer's Disease International (ADI), (2013), la demencia tipo Alzheimer es una enfermedad neurológica, progresiva, irreversible, caracterizada por pérdidas graduales de las funciones cognitivas en las capacidades intelectuales, incluida la memoria, el aprendizaje, la orientación, el lenguaje, la comprensión, el juicio y disturbios del comportamiento que no es fácilmente diagnosticada. Este es un síndrome que afecta principalmente a las personas mayores de 65 años, después de esta edad la prevalencia de la demencia se duplica cada cinco años siendo una de las principales causas de discapacidad al final de la vida. En la actualidad más de 35 millones de personas de todo el mundo padecen demencia y esta cifra se duplicará en 20 años, es decir, para el año 2030 la cifra estimativa es de 65,7 millones, alcanzando los 115,4 millones de personas para el año 2050.

La enfermedad de Alzheimer es considerada la tercera enfermedad más costosa después de los problemas cardíacos y del cáncer, esto teniendo en cuenta que existen condiciones comórbidas que elevan su valor (el 63 % de los enfermos de Alzheimer tienen además otras enfermedades) (Wilcock, 2003 citado por Espín, 2009).

De acuerdo con Manzano (2002), se cree que en Colombia la padecen aproximadamente el 2-5% de los mayores de 65 años. Algunos de los signos de alarma de la enfermedad son recopilados por Alzheimer's Association (2013) en donde menciona ciertas señales de advertencia de la enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia; dicha enfermedad compromete la capacidad funcional de los adultos mayores, aumentando la demanda de cuidados por parte de sus familiares y en algunas ocasiones por personas externas a su núcleo social.

Estas personas que de forma cotidiana se hacen cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo, en su domicilio o en alguna institución son llamados cuidadores, y pueden clasificarse en dos grupos: el primero, de personas profesionales capacitadas a través de cursos teóricos-prácticos de formación para brindar atención preventiva asistencial y educativa al anciano y a su núcleo familiar, a quien se le remunera por asumir este papel y son llamados cuidadores formales; el segundo grupo, el cual presta cuidados de salud a personas que necesitan la ayuda de otros, que se brinda por parte de familiares o personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen, denominados cuidadores informales (Ginsberg, Martínez, Mendoza & Pabón, 2005).

De acuerdo con Oliveira, Nunes, Goncalves, Rodrigues, y Dias. (2010), el 80% de los cuidadores de pacientes con algún síndrome de demencia son familiares, es decir, la responsabilidad de los cuidados de pacientes mayores, recae sobre la mujer ya sea hija, esposa, o hermana. Según Ferreira, Alexandre y Lemos (2011), la asociación realizada con relación al grado de parentesco de los cuidadores con el mayor impacto de cuidar, se verifica en los cónyuges. Así mismo, Santos, Pelzer y Rodrigues (2007) refieren que en cuanto al lugar de estadía de los pacientes con Alzheimer, en su mayoría viven en la casa de su propio cuidador. Con relación al cómo se sienten con la tarea que desempeñan, la obligación moral de cuidar al adulto mayor con esta dolencia, les hace sentir más dignos como seres humanos, debido a que la familia apoya el papel del cuidador y este mismo es más valorado. En este caso, los cuidadores informales son aquellos que presentan mayor impacto familiar (Luzardo & Ferreira, 2004). De esta forma Billing (1988) indica que al perdurar la labor como cuidador por muchos años, suele tornarse una jornada incesante,

repetitiva y solitaria, bastante desgastante, principalmente cuando el cuidador es también de avanzada edad.

Independientemente de que el cuidador sea alguien de la familia o no, la prestación de cuidados a un enfermo dependiente conforma una fuente de estrés crónico, fatiga, depresión, sobrecarga, entre otras, que puede conllevar serias consecuencias para la salud del cuidador (Artaso, Goñi & Biurrun, 2003); así mismo, pueden presentar estados de ansiedad, ira, miedo, desesperanza aprendida, problemas óseos y musculares, así como poco tiempo libre, problemas económicos y conflictos familiares (Espín, 2008; Cerquera, Granados & Buitrago, 2012). De acuerdo con la investigación realizada por Galasko, Bennet, Sano, Ernesto y Thomas (1997), el impacto emocional vivido por los familiares cuidadores de personas con Alzheimer es muy alto y tiene consecuencias graves para la salud mental. Dichos cuidadores poseen mayores posibilidades de tener síntomas psiquiátricos, problemas de salud física, frecuentes conflictos familiares y problemas en el trabajo, comparados con personas de la misma edad que no ejercen el mismo rol como lo refiere Cerqueira y Oliveira, (2002). Hasta el 60% de los cuidadores de pacientes con Alzheimer pueden desarrollar dificultades físicas y psicológicas, las más comunes son la hipertensión, alteraciones digestivas, respiratorias, infecciosas, ansiedad e insomnio (Lemos, Gazzola, & Ramos, 2006). En cuanto al deterioro de la salud mental y física, López, Orueta, Gómez, Oropesa, Carmona, y Moreno (2009), refieren que el 48,1% de los cuidadores percibía su estado de salud malo y muy malo, frente al 31,4% del grupo control.

Así mismo, el estudio realizado por Mateo et al. (2000), señala las áreas que según las cuidadoras se han visto afectadas por la realización de su labor, es así que al

desempeñar este trabajo presentan implicaciones en la salud (72,2), en el uso de su tiempo libre (84,7), en su vida social (83,3%) y en su situación económica (44,4%)

Simonelli et al. (2008), reportan en su estudio diferencias significativas entre la satisfacción marital afectiva y sexual, y una correlación positiva con los niveles de sobrecarga, es decir, a mayor ejercicio del rol del cuidador, mayor nivel de sobrecarga.

Por otro lado, algunas investigaciones han evidenciado consecuencias positivas del ejercicio del rol del cuidador, como lo son la satisfacción por ayudar a otro, una creciente seguridad propia, un fortalecimiento de las relaciones con el individuo enfermo y desarrollo de la empatía. Se ha encontrado que la experiencia de cuidar a un enfermo es valorada frecuentemente por los cuidadores como un "aprendizaje vital" (Roger-Garcia, 2010; Cerquera & Galvis, 2013). De esta forma, el cuidador puede salir fortalecido y logra recuperarse con éxito, desarrollando competencias sociales, académicas y vocacionales, a lo cual se le denomina Resiliencia (Grotberg, 1995, citado por Menezes et al., 2006).

Éste término es comprendido como la capacidad de recuperarse, después de haber vivenciado circunstancias adversas y amenazadoras, tales como guerras, muertes de personas queridas, enfermedades graves, maltrato físico o psicológico, entre otras. A pesar del dolor y el sufrimiento, la persona consigue superar el problema y continuar su vida en línea con el bienestar propio y comunitario (Oliveira & Cardoso, 2012). En lugar de centrarse únicamente en la enfermedad mental, se considera necesario que se preste mayor atención a la fortaleza humana, que actúa a modo de barrera contra las adversidades y las experiencias traumáticas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000 citado por Menezes, Fernandez, Hernandez, Ramos & Contador, 2006).

Grotberg, 1995 (citado por Menezes et al., 2006) presenta tres posibles fuentes de factores protectores que promueven conductas resilientes:

Atributos personales como inteligencia, autoestima, capacidad para resolver problemas competencia social.

Apoyos del sistema familiar.

Apoyo social derivado de la comunidad.

Por otra parte Vanistendael, (1995), citado por Fiorentino, (2008), afirma que la resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad de proteger la propia integridad, bajo presión y por otra parte, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a las circunstancias difíciles (p.99).

Investigaciones realizadas sobre resiliencia como la reportada por Garcés et al. (2012), con cuidadores de adultos mayores diagnosticados con Alzheimer, encontraron que el 83% de los encuestados presentan un nivel de resiliencia alto. En ese mismo estudio se correlacionó la variable edad con el nivel de resiliencia, y los resultados obtenidos afirman que de acuerdo a la edad el nivel de resiliencia es mayor. A mayor edad del cuidador, mayor es su nivel de resiliencia, debido a la experiencia y a la adecuada resolución de las adversidades solucionadas de forma efectiva a lo largo de su vida, hecho que en cuidadores de menor edad se ve más afectado.

Entre las pruebas más utilizadas para evaluar resiliencia, se encuentran la Baruth Protective Factors Inventory (Baruth & Carroll, 2002), consta de 16 reactivos que miden cuatro dimensiones: personalidad adaptable, soportes ambientales, pequeños estresores y

compensar experiencias. Otra prueba utilizada de manera amplia es la Adolescent Resilience Scale (Prince-Embury, 2008) que tiene 21 reactivos tipo Likert que evalúan tres dimensiones: búsqueda de novedad, regulación emocional y orientación positiva hacia el futuro. Las dimensiones de resiliencia tienen puntos de vista teóricos diferentes y el concepto es muy amplio, lo que dificulta su medición homogénea (Ahern, Kiehl, Sole, & Byers, 2006).

Partiendo de lo anterior, la presente investigación, se centra en evaluar los componentes de la resiliencia de acuerdo con Wagnild y Young (1993) citado por Novella, (2002) en cuidadores informales con el fin de identificar factores protectores y de esta forma abrir puertas para que en futuros estudios se analice en que forma la resiliencia fortalezca el rol de cuidador. Por ello al evaluar la resiliencia en aquellos que cuidan de la salud de otros, se contribuye a ampliar las posibilidades de estudio en la labor que desempeñan y las adversidades que se presentan en el trabajo, y se favorece de forma positiva la demanda que trae consigo sobrellevar esta labor.

METODOLOGÍA

Diseño

El presente estudio corresponde a una investigación transversal, con enfoque descriptivo no experimental y cuya muestra se captó por conveniencia.

Participantes

La muestra se seleccionó por conveniencia de acuerdo a la base de datos suministrada por la línea de investigación “Calidad de Vida en la Tercera Edad”. Estuvo conformada por 70 cuidadores informales de adultos mayores de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana (Girón, Piedecuesta, Floridablanca) a quienes se les aplicó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1988).

Criterios de Inclusión

Los participantes se seleccionaron por conveniencia de manera directa e intencionada y caracterizándola mediante la inclusión de grupos típicos. Los cuidadores fueron todos informales, hombres y mujeres, con más de tres meses al cuidado de adultos mayores, habitantes del área metropolitana de Bucaramanga, que voluntariamente aceptaran participar en el estudio.

Instrumentos

Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993), citado por Novella, (2002), la cual permite estimar los niveles en las diferentes dimensiones de la resiliencia. La Escala evalúa las siguientes dimensiones de la resiliencia: Aceptación de sí mismo y de la vida y Competencias personales, así mismo, considera una Escala Total.

Fue construida por Wagnild y Young en 1988 y fue revisada por los mismos autores en 1993. Está compuesta de 25 ítems. 17 hacen parte del factor competencia personal; y 8 de aceptación de sí mismo y de la vida, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es en desacuerdo, y un máximo de acuerdo es 7.

A continuación que expone la distribución de acuerdo a la evaluación para cada componente.

Tabla 1. Ítems de los componentes de la prueba.

Aceptación de sí mismo y de la vida	6, 7, 8, 12, 19, 21, 22, 25.
Competencias personales	1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 23, 24.

Tabla 2. Ítems por cada factor de la escala

Factor	Ítems
Satisfacción personal	16, 21, 22, 25
Ecuanimidad	7, 8, 11, 12
Sentirse bien solo	5, 3, 19
Confianza en sí mismo	6, 9, 10, 13, 17, 18, 24
Perseverancia	1, 2, 4, 14, 15, 20, 23

Los participantes indicarán el grado de conformidad con el ítem, ya que todos los ítems son calificados positivamente; los más altos puntajes serán indicadores de mayor resiliencia, el rango de puntaje varía entre 25 y 175 puntos. La prueba piloto tuvo una confiabilidad calculada por el método de consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.89 (Novella, 2002). Los estudios de Wagnild y Young (1993), citados por Novella, (2002), realizados en diferentes muestras de cuidadores de Alzheimer, arrojaron una confiabilidad de 0,85.

“La validez del contenido se da a priori, pues los ítems fueron seleccionados acorde con aquellos que reflejaban las definiciones de resiliencia. Los ítems tienen una redacción positiva. La validez concurrente se da al correlacionar altamente con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia como: Depresión, con $r = - 0.36$, satisfacción de vida, $r = 0.59$; moral, $r = 0.54$; salud, $r = 0.50$; autoestima, $r = 0.57$; y percepción al estrés, $r = -0.67$ ” (Wagnild & Young 1993, citados por Novella, 2002, p.10)

Consideraciones éticas

Para la realización de esta investigación se tendrán en cuenta los lineamientos de la Ley 1090 de 2006, artículo 2 numeral 9, referido a la investigación con humanos y el respeto de la dignidad y el bienestar de las personas que participan con pleno conocimiento de la investigación. Igualmente, se asumió lo indicado en el artículo 50, el cual señala que las investigaciones realizadas por los profesionales de la psicología deben estar basadas de los principios éticos de respeto y dignidad, y salvaguardar el bienestar de los derechos de los participantes.

Además, los sujetos firmaron un consentimiento informado en el cual se autorizó su participación en el presente estudio, con la posibilidad de retirarse cuando así lo quisieran, sin revelar su identidad.

Procedimiento

Fase I – Elaboración del marco teórico y estado del arte

Inicialmente se realizó la revisión del marco teórico y estado del arte, en el cual se indagó acerca de investigaciones realizadas sobre el tema que contribuyeran como soporte teórico para el desarrollo del presente estudio.

Fase II – Selección de la muestra

Se procedió a la consecución de los cuidadores informales de adultos mayores realizando visitas domiciliarias, apoyados en la base de datos suministrada por la línea de investigación “Calidad de Vida en la Tercera Edad” del semillero de investigación calidad de vida en la tercera edad y búsqueda de referidos.

Fase III – Selección y aplicación del instrumento

A continuación se seleccionó el instrumento “Escala de Resiliencia de Wagnild y Young”, adaptación de Novella (2002), el cual es empleado para determinar el nivel de Resiliencia de los cuidadores, a continuación se realizó la selección de la unidad de análisis de la población de la cual se recolectan los datos, escogida por conveniencia, de acuerdo con los criterios de inclusión establecidos. Se hizo la aplicación del instrumento Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, (1993), adaptación de Novella, (2002) durante los meses

de abril a julio de 2013 en las residencias de los cuidadores, concertando previamente por parte de las investigadoras la cita correspondiente.

Fase IV – Análisis de resultados

Finalmente se ingresaron los datos al software SPSS 18 y se realizó un análisis descriptivo, donde se consiguió mantener un orden y asociación de los datos.

RESULTADOS

A continuación se describen los resultados obtenidos de la aplicación de la Escala de Resiliencia y los datos sociodemográficos.

Tabla 3. Datos sociodemográficos de los cuidadores.

CUIDADORES INFORMALES		
		Porcentaje
Sexo	Hombre	19%
	Mujer	81%
Edad	Menos de 40	27%
	41 a 50	23%
	51 a 60	27%
	61 a 70	16%
	Más de 71	7%
Estado Civil	Soltero	36%
	Casado	41%
	Divorciado	3%
	Viudo	10%
	Unión libre	10%
Escolaridad	Sin escolaridad	4%
	Primaria	19%
	Secundaria	51%
	Universitario	26%
Situación laboral	Activo	33%
	Jubilado	10%
	Hogar	41%
	Desempleado	16%
Ingresos	Menos del mínimo	17%
	Mínimo	36%
	Más del mínimo	47%

Estrato	Estrato 1	1%
	Estrato 2	30%
	Estrato 3	36%
	Estrato 4	30%
	Estrato 5 o superior	3%
<hr/>		
Parentesco con el adulto	Hijo/a	53%
	Esposo/a	13%
	Sobrino/a	3%
	Nieto/a	10%
	Otro/a	21%
<hr/>		

En la tabla 3 se observa que la mayoría de los cuidadores de adultos mayores son mujeres (81%) ubicadas en los rangos de edad de menos de 40 y 51 a 60 años, con 27% cada uno. El 41% están casadas, el 41% se dedican al hogar, el 37% tienen escolaridad secundaria, cuentan con ingresos superiores al salario mínimo (47%), y pertenecen al estrato 3 (36%). También se evidencia que son las hijas las que cuidan a sus padres (53%).

Tabla 4. Edad del paciente y tiempo en el cuidado

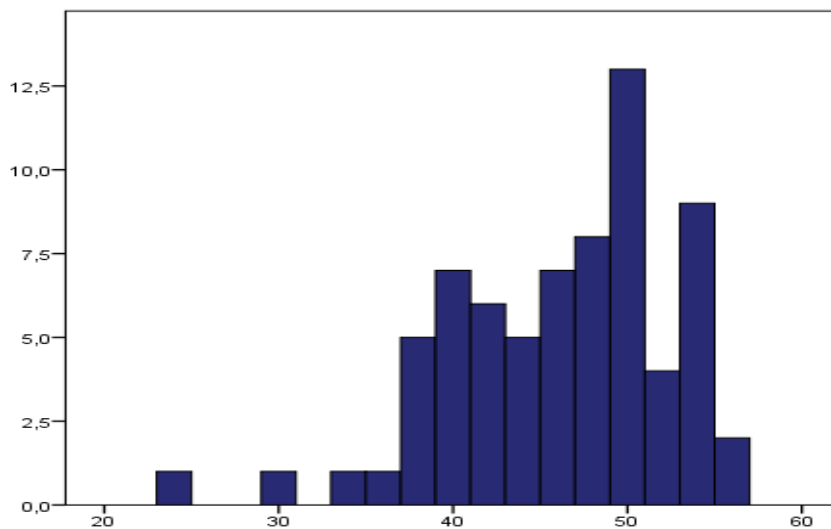
CUIDADORES INFORMALES		
Porcentaje		
Edad de la persona bajo cuidado	51 a 60	6%
	61 a 70	29%
	Más de 71	65%
Tiempo de cuidado del paciente	3 a 6 meses	4%
	6 meses a 1 año	13%
	Más de un año	83%

En la tabla 4, se observa que el 83% de los cuidadores llevan más de un año en esta labor y que el 65% de los adultos que están bajo su cuidado tienen más de 71 años de edad.

Tabla 5. Variables asociadas al cuidado

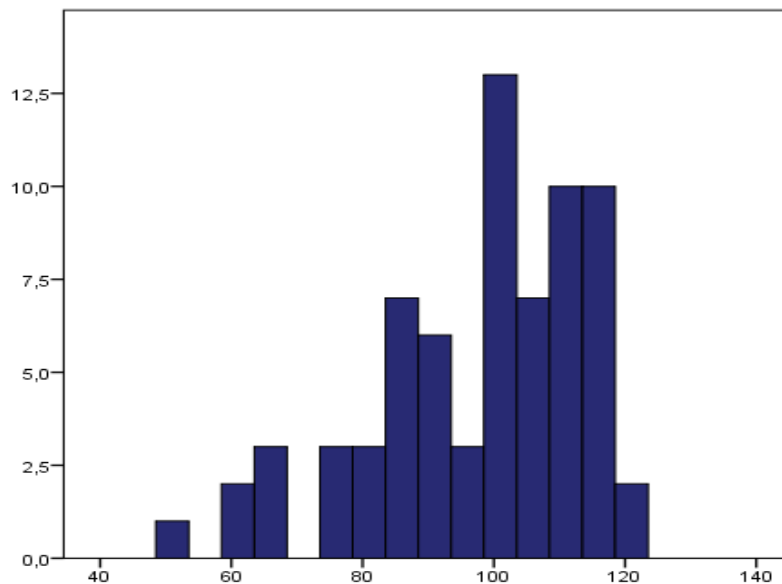
CUIDADORES INFORMALES		
		Porcentaje
Motivación	Cariño	60%
	Obligación	40%
Redes de apoyo	Si	13%
	No	87%
Capacitación	Si	23%
	No	77%

En la tabla 5, se observa que el 60% de la muestra manifiesta realizar su labor por cariño, el 87% no cuenta con una red de apoyo, y el 77% refiere no recibir capacitación alguna sobre la enfermedad ni el cuidado.



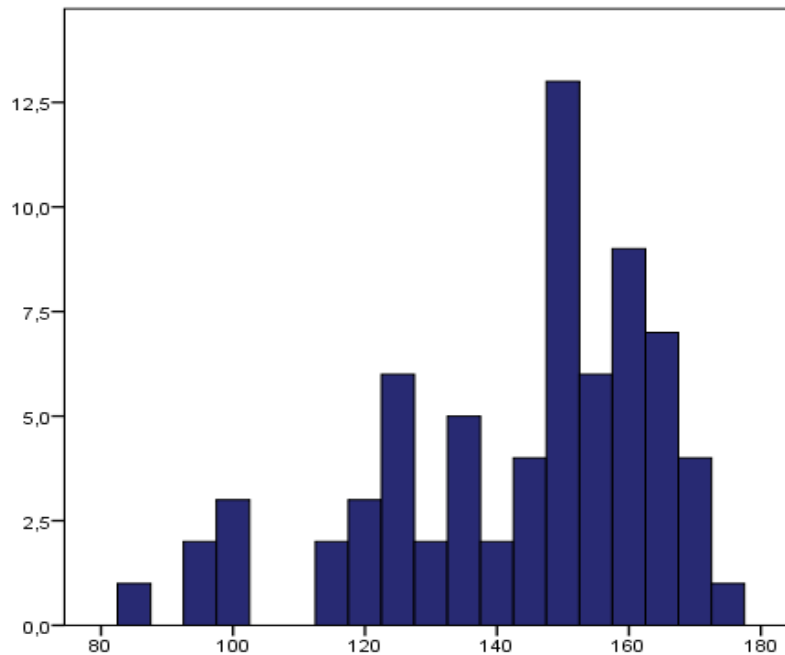
Gráfica 1. Distribución de puntajes en la escala de Competencias Personales

En la Gráfica 1 se observa que el puntaje de Competencia Personal es bajo, debido a que la mayoría de valores se encuentran por debajo de la media del puntaje del instrumento ($\bar{X}=95$), indicando el bajo nivel de la dimensión mencionada.



Gráfica 2. Distribución de los puntajes en la escala de aceptación de sí mismo y de la vida.

En la Gráfica 2 se muestra la distribución de los puntajes en la escala de Aceptación de sí mismo y de la vida, en donde se observa una puntuación por debajo de la media de la escala, lo cual significa que la dimensión puntúa bajo en la muestra evaluada ($\bar{X}=45,7$).



Gráfica 3. Distribución de los puntajes en la Escala Total de Resiliencia

En la gráfica 3 se muestra la distribución de los puntajes en la Escala Total de Resiliencia, en donde la mayoría de valores se encuentran por debajo de la media ($X=130$), indicando que la mayoría de las personas poseen un puntaje bajo de resiliencia.

Se debe mencionar los puntajes de Competencia Personal y Escala Total de Resiliencia presentan unas desviaciones estándar de $s = 16,45$ y $s = 24,35$ lo cual indica una alta variabilidad en la muestra, es decir, sus puntajes son muy diferentes entre sí y altamente dispersos. Por otro lado, los puntajes en Aceptación de Sí mismo y de la vida presentan una desviación estándar de $6,45$; siendo la mas homogénea de todas las pruebas analizadas.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de Resiliencia en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores diagnosticados con Alzheimer en la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana. Se encontró que de la muestra evaluada, el nivel de Resiliencia fue bajo en un 80%, reportando por cada componente que evalúa la prueba, una puntuación por debajo de la media, lo que coincide con los resultados de los estudios de Vinaccia et al. (2007) y Morales (2013), en donde la mayor parte de los cuidadores 63% y 45% respectivamente también presentan baja Resiliencia.

En cuanto a los dos componentes que evalúa la prueba se encontró una puntuación por debajo de la media. En el primer componente referido a la aceptación de sí mismo y de la vida, se indica que los cuidadores poseen poca capacidad para adaptarse, ser flexibles, tener una perspectiva de la vida estable, es decir, presentan dificultades para ver las situaciones desde diferentes puntos de vista, dar significado a su vida y sentirse orgullosos de sus logros. Por otro lado en el segundo componente denominado competencias personales, se evidencia que existen bajos niveles de autoconfianza, independencia y poca perseverancia, lo que indica que presentan poco interés en las cosas que realizan, no encuentran una pronta solución a los problemas, ni creen en sí mismos, y no realizan actividades por sí solos ni tienen continuidad en sus proyectos, lo cual les dificulta atravesar tiempos difíciles.

Estos hallazgos llevan a inferir que el cuidado del adulto con demencia tipo Alzheimer conlleva a un inadecuado desarrollo del rol como cuidador, debido a las implicaciones que esto genera a nivel personal, afectándolo en las áreas de salud, trabajo

extradoméstico, economía, uso del tiempo o en las relaciones familiares y sociales como lo indican los estudios de García, 1999 (citado por Aparicio et al., 2008).

Con respecto a la edad de los cuidadores, se evidencia que prevalecen los rangos menores de 40 y entre 50 y 61 años. Esto coincide parcialmente con el estudio de Espín (2008), en donde se encuentra que la mayoría de los cuidadores pertenecen al rango de edad entre 50 y 59 años.

Según Garcés et al. (2012), el 83% de los encuestados mayores de 50 años presentan un nivel de resiliencia alto; en ese mismo estudio se correlacionó la variable edad con el nivel de resiliencia y los resultados obtenidos afirman que a mayor edad del cuidador, mayor es su nivel de resiliencia. Esto puede explicarse por la experiencia y la adecuada resolución de las adversidades de forma efectiva a lo largo de su vida, hecho que en cuidadores de menor edad no se ve reflejado, coincidiendo con los resultados presentados en esta investigación, en donde el 27% tienen menos de 40 años y el 80% presenta baja resiliencia. De acuerdo con lo anterior, Espín (2012) indica que los cuidadores mayores tienen menos roles de otro tipo que deben cumplir, así como menos responsabilidades laborales y sociales, es decir, pueden presentar menos estrés y mayor tiempo para el cuidado, mientras que la persona joven, asume un nuevo rol que debe armonizar con otras tareas y se expone a una fuente incesante de estrés, por lo que la carga a la hora de realizar su labor es mayor.

Otro resultado encontrado es que la mayoría de cuidadores informales pertenecen al sexo femenino, lo que indica que son las mujeres las que han asumido el rol de cuidadoras; éstas, según Morales (2013) se consideran más aptas para desempeñar dicho rol. El anterior

resultado coincide con la investigación de Islas, Ramos del Río, Aguilar y García (2006) en donde el 76,1% de los cuidadores en México son mujeres. En el estudio de Flórez, Montalvo y Romero (2012) el 95,3 % son las mujeres las encargadas de esta labor y el estudio denominado Eurocare, incluyó 14 países europeos, donde también se muestra que en la población evaluada, las mujeres constituyeron el 71% de los cuidadores.

En la muestra del presente estudio, la relación de parentesco que mas prevalece es la de hijo (57%), lo que coincide con el estudio realizado por Morales (2013) con un porcentaje de (65%), seguido de otro vínculo (que puede no ser de consanguinidad sino jurídico, como el cuñado o el yerno). Este resultado no coincide con lo reportado por Gaugler, Kane, Clay y Newcomer (2003); Goncalves et al. (2011), quienes observan en sus estudios que la mayoría de sujetos que ejercen el rol de cuidadores informales son sus esposos. Es importante mencionar que en la muestra estudiada el 27% tienen menos de 40 años, lo que lleva a suponer que son los hijos quienes se dedican a la labor del cuidado.

En cuanto al estado civil se observó que el 41% de las cuidadoras son casadas, resultados que concuerdan con el estudio del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2005), donde el 76% también lo son. Espín (2008), en su estudio caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia, afirma que la edad en la que se encuentran las cuidadoras es suficiente para haber formado su propia familia, y por lo tanto se multiplican sus responsabilidades familiares, generándose de esta forma una mayor carga en el desarrollo de su labor.

El tiempo que los cuidadores llevan desempeñando esta labor, corresponde más de 1 año (83%), resultados que coinciden con el estudio de Morales (2013), donde el 55% se

han desempeñado como cuidadores entre 1 y 4 años presentando baja Resiliencia. Por consiguiente cuando el cuidador presta el servicio por un largo periodo de tiempo, sin contar con el apoyo que le permita amortiguar el efecto del estrés sobre su estado emocional (Wilks & Croom, 2008 citado por Fernández & Crespo, 2011), podría generar sobrecarga y dificultades en su desarrollo personal y social (Aparicio et al., 2008) factores que explicarían el bajo nivel de Resiliencia del presente estudio.

Dado que la muestra fue elegida por conveniencia, se reporta que los cuidadores pertenecen a los estratos medios (2, 3 y 4), no encontrándose cuidadores en el estrato 1 y 6, ya que en el estrato 6 los pacientes pueden pagar los servicios de un cuidador formal o usar otras estrategias de ayuda como institucionalizar al familiar. En el estrato 1, por no tener acceso al sistema de salud, no se reportan en la base de datos de instituciones prestadoras de este servicio. Sin embargo, independiente del estrato a que pertenezca el cuidador, Redín (1999) señala que la preocupación por los aspectos económicos puede hacer más difícil la experiencia de cuidar.

Con relación a la situación laboral, el 41% se dedican al hogar, resultados que coinciden con los presentados por Crespo y López (2006) en donde se evidencia que el 44% también se dedican al hogar, lo que lleva a concluir que el cuidado del adulto mayor es asumido por el familiar (Luzardo & Ferreira, 2004).

En cuanto a las motivaciones que señalaron los cuidadores para hacer su tarea, se encontró que un 60% la realizan por cariño, lo que concuerda con el estudio presentado por Espín (2008) donde el 73,8 %, lo hace por afecto, lo cual indica que el cuidar para algunas personas representa una satisfacción, en cuanto a la ayuda que prestan a la otra persona, el

aumento en la seguridad propia, el fortalecimiento de la relación con el individuo enfermo y el desarrollo de la empatía; a su vez valoran la experiencia de cuidar como un “aprendizaje vital” (Cerquera & Galvis, 2013; Rogero- Garcia, 2010). Por el contrario, en el estudio de repercusiones del cuidador del adulto mayor con Alzheimer de Oliveira y Lima (2012) se observó que las personas que asumen el cuidado del adulto mayor lo realizan como un deber moral, por ende al desarrollar la función del cumplimiento de dicha labor dentro del papel social, genera presión al desempeñarse en un rol que no desea.

El estudio de Morales (2013), evidencia en los resultados de su investigación diferencias en relación a lo encontrado con respecto a la red de apoyo; ésta se observa en un nivel bajo en el presente estudio. Este resultado llama la atención sobre las políticas de protección tanto a la Adulter Mayor como a sus cuidadores, que parecen ser escasas dentro del contexto colombiano; es importante considerando que la red social y la calidad en el vínculo son factores que tienen una función reparadora en caso de existir situaciones adversas, y por lo tanto puede influir en el desarrollo de la resiliencia de los cuidadores informales (Sivak et al., 2007). Así mismo, según Redin (1999), la red de apoyo es un factor determinante en la prevención de las enfermedades en los cuidadores y de acuerdo con Álvarez et al. (2001), brinda una mayor protección contra los efectos mas severos del cuidado. Asi mismo Faur (2005), indica que las redes funcionan como un gran soporte social, donde se desarrolla un fuerte sentimiento de solidaridad y se contribuye en la disminución de la sensación de culpa por el agobio o la irritabilidad que produce la convivencia con el enfermo.

Finalmente, el 77% de la muestra estudiada de cuidadores informales no han recibido ningún tipo de capacitación. De acuerdo con Cerquera et al. (2012), la falta de

capacitación está relacionada con la sobrecarga, lo cuál es uno de los causantes de las problemáticas de salud de los mismos.

CONCLUSIONES

Segun los resultados de la prueba aplicada se pudo evidenciar, que tanto a nivel general, como en sus dos componentes: aceptacion de si mismo y de la vida y competencias personales, el nivel de resiliencia fue bajo, lo que puede indicar que se incrementa la posibilidad de que los cuidadores experimenten en mayor medida las consecuencias que su labor implica, presentando mayor vulnerabilidad ante sintomatologias fisicas o psicologicas.

De acuerdo con los resultados de los componentes evaluados por la prueba se puede decir que los cuidadores de la muestra, debido a su bajo nivel de autoconfianza y perseverancia, presentan dificultad para poner en juego su capacidad de encarar las situaciones difíciles y aceptar nuevas realidades que implican cambios inmediatos.

En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra evaluada se evidencia que en su mayoría los cuidadores informales son mujeres, hijas de la persona que se encuentra bajo cuidado, con edades comprendidas entre 18 y 40 años, pertenecientes a los estratos 2, 3 y 4 y que además de cumplir el rol de cuidadoras tienen un compromiso como esposas. Estos resultados coinciden con otros estudios y dan una pauta de referencia para futuras investigaciones, ya que en Colombia los estudios relacionados con esta población son escasos.

Asi mismo, se reporta que los sujetos evaluados en su mayoría se dedican al hogar, en cuanto al nivel academico han realizado su secundaria, llevan mas de un año realizando la labor de cuidado y su motivacion principal para hacerlo es el cariño.

Los pacientes con enfermedad de Alzheimer se encuentran en aumento y por ende la cantidad de familias cuidadoras, y según los resultados se evidencia que estas no se encuentran preparadas para asumir esta función, por lo tanto se pueden ver afectadas diferentes áreas de su vida, generando situaciones problemática en el desarrollo de su labor.

Finalmente, los resultado arrojan que los cuidadores evaluados no cuentan con capacitación alguna ni red de apoyo eficiente, lo que les hace mas difícil el desempeño de su rol como cuidadores y los conduce a tener una mayor probabilidad de presentar problemáticas asociadas al estrés psicológico y al malestar físico. Es importante tener en cuenta, para estudios posteriores la creación de programas educativos, preventivos y psicológicos que ayuden a las familias a desarrollar características resilientes de la personalidad.

RECOMENDACIONES

Para posteriores estudios se recomienda realizar una comparación entre cuidadores informales que reciben capacitación y tienen una red de apoyo y los que no cuentan con este soporte, para corroborar la importancia de estos factores en el desarrollo de conductas resilientes.

Del igual forma, sería interesante establecer relaciones entre el género, edad, tiempo de cuidado y estrato socioeconómico con el fin de profundizar en los factores explicativos de los bajos niveles de resiliencia.

Además, para futuros estudios, se recomienda tener en cuenta la fase de la enfermedad en la cual se encuentra el paciente, para determinar si los niveles de resiliencia de los cuidadores aumentan o disminuyen de acuerdo con esta variable.

Finalmente es importante resaltar que éste es uno de los primeros estudios realizados en Bucaramanga sobre Resiliencia en cuidadores informales, lo cual justifica la necesidad de seguir profundizando sobre este tema y de manera especial sobre la capacitación y apoyo a los cuidadores informales.

REFERENCIAS.

Alzheimer's Disease International: world Alzheimer report ADI. (2013). Background and context. Disponible en <http://www.alz.co.uk/research/world-report-2013>

Ahern, N., Kiehl, E., Sole, L., & Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in comprehensive. Pediatric nursing*, 29(2), 103-125.

Alvarez, J., Cimas, E., Masa, J., Miravittles, M., Molina, J., Naberan, K., Simonet & Viejo., J. (2001). Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Archivos de Bronconeumología*, 37 (7), 269-278.

Alzheimer's Association (2013). Guidelines for managing Alzheimer's disease. *American Family Physician*, 65(12), 2525-2534.

Aparicio, M., Sanchez, M., Díaz, J., Cuéllar, B., Castellanos. B., Fernández, M. & De Tena, A. (2008). *La Salud Física y Psicológica de las Personas Cuidadoras: Comparación entre Cuidadores Formales e Informales*. (Tesis para optar el título de doctor). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Artaso, B., Goñi, A., & Biurrun, A. (2003). Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38(4), 212-218.

Baruth, K. & Carroll, J. (2002). A formal assessment of resilience: The Baruth Protective Factors Inventory. *Journal of Individual Psychology*, 58 (3), 235-244.

- Billig, N. (1988). Alzheimer's disease. A psychiatrist's perspective. *The Nursing clinics of North America*, 23(1), 125-133.
- Campos, F. R. (2001). Salud y Calidad de Vida en las personas mayores. *Revista pedagógica*, 16, 83-104.
- Castañeda, P., Guevara, A., & Rodríguez, M. (2005). *Estudios de casos sobre factores resilientes en menores ubicados en hogares sustitutos* (Tesis para optar el título de maestría). Universidad Javeriana, Bogotá.
- Cerqueira, A. & Oliveira, N. (2002). Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Revista Psicologia. USP*, 13 (1), 133-150.
- Cerquera, A., Granados, F., & Buitrago, A. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psychologia: avances de la disciplina*, 6 (1), 35-45.
- Cerquera, A. & Galvis, M. (2013). Aspectos bioéticos en la atención al enfermo de Alzheimer y sus cuidadores. *Persona y Bioética*, 17 (1), 85-95.
- Crespo, M. & Lopez, J. (2006). El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Como mantener su bienestar”. Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/apoyocuidadores.pdf>
- Delicado, V., Garcia, M., López, M., & Sánchez, P. (Diciembre, 2000). Cuidadoras informales; una perspectiva de género. En Federación de organizaciones feministas

del estado español (FOFEE). Simposio llevado a cabo en las jornadas feministas, Córdoba.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (2005). Proyecciones poblacionales. Recuperado desde <http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/proyecpoblacion.pdf> el 5 de Agosto de 2013.

Espín, A. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_3_08/spu08308.htm el 13 de marzo de 2014

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

Espín, A. (2012). Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38 (3), 393-402.

Faur, P. (2005). ¿Quién cuida a los que cuidan? Codependencia y sobrecarga en familiares de enfermos crónicos. Recuperado de http://www.patriciafaur.com.ar/revista_alzheimer6.PDF el 20 de marzo de 2014.

Fernández, V., & Crespo, M. (2011). Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: Una revisión. *Clínica y salud*, 22(1), 21- 40.

- Ferreira, C., Alexandre, T., & Lemos, N. (2011). Factores asociados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. *Saúde e Sociedade, 20*(2), 398-409.
- Fiorentino, M. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica, 15* (1), 95-114.
- Florez, I., Montalvo, A., & Romero, E. (2012). Soporte social con tecnología de la información y la comunicación a cuidadores. Una experiencia en Cartagena, Colombia. *Investigación y educación en enfermería, 30* (1), 55-65
- Galasko, D., Bennett, D., Sano, T., Ernesto, C., & Thomas, R. (1997). An Inventory to Assess Activities of Daily Living for Clinical Trials in Alzheimer's Disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders, 11*(2), 33-39.
- Garcés, S., Krug, R., Hansen, D., Brunelli, A., Costa, F., Rosa, C., & Seibel, R. (2012). Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 15*(2), 335-352.
- Gaugler, J., Kane, R., Clay, T. & Newcomer, R. (2003). Caregiving and institutionalization of cognitively impaired older people: utilizing dynamic predictors of change. *The Gerontologist, 43*(2), 219-229.
- Ginsberg, J., Martínez, M. F., Mendoza, A., & Pabón, J. L. (2005). Carga subjetiva percibida por el cuidador y su relación con el nivel de deterioro de pacientes con diagnóstico de demencia. Influencia de edad, estilo de personalidad y tipo de cuidador. *Archivos Venezolanos Psiquiatría y Neurología, 51*(104), 7-11.

Goncalves, L., Takase, H., Costa, M., Martins, M., Nassar, S., & Zunino, R. (2011). The family dynamics of Elder elderly in the contexto f Porto, Portugal. *Revista Latino-Americana de fnermagem*, 19(3), 458-466.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2005). Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles, en el entorno familiar. Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/cuidadosppmmhogares.pdf>

Isla, N., Ramos Del Rio, B., Aguilar, m., & Garcia, M. (2006). Perfil psicosocial Del cuidador primário informal Del paciente com EPOC. *Instituto nacional de enfermidades respiratórias*, 19 (4), 266-271.

Lemos, N. D., Gazzola, J. M., & Ramos, L. R. (2006). Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. *Saúde e sociedade*, 15(3), 170-179.

Ley 1090. *Diario oficial*, N° 46.383 (2006).

Lopez, M., Orueta, R., Gómez, S., Oropesa, A., Carmona, J. & Moreno, F. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Revista Clinica de Medicina Familiar*, 2(7), 332-334.

Luzardo, A., & Ferreira, B. (2004). Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. *Acta Scientiarum., Health Sciences*, 26 (1), 135-145.

Manzano, G. (2002). Bienestar subjetivo de los cuidadores formales de Alzheimer: Relaciones con el burnout, engagement y estrategias de afrontamiento. *Ansiedad y estrés*, 8(2-3), 225-244.

- Mateo, I., Millan, A., Garcia, M., Gutierrez, P., Gonzalo, E., & Lopez, F. (2000). Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones e impacto de cuidar. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y comunitaria*, 26 (3), 139-144.
- Menezes, V., Fernandez, B., Hernandez, L., Ramos, F., & Contador, I. (2006). Resiliencia y el modelo de Burnout- Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18, (4), 791-796.
- Morales, M. (2013). *Caracterización de la resiliencia en cuidadores informales de ancianos con demencia del Policlínico 26 de julio*. (Tesis para optar el título de licenciado en Psicología) Universidad de la Habana, Habana.
- Novella, A. (2002). *Incremento de la resiliencia luego de la aplicación de un programa de psicoterapia breve en madres adolescentes*. (Tesis para optar el título de Magíster en Psicología). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Oliveira, A & Cardoso, C. (2012) Autopercecao do estresse em cuidadores de pessoa em sofrimento mental. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 93-101.
- Oliveira, A., & Lima, L. (2012) As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demencia de alzheimer. *Saude e sociedade*, 21(3), 675-685.
- Oliveira, A., Nunes, F., Goncalves, V., Rodrigues, S., & Dias, C. (2010). Cuidadores de idosos: precepcao sobre o envelhecimento e sua influencia sobre o ato de cuidar Recuperado de <http://www.revispsi.uerj.br/v11n2/artigos/html/v11n2a15.html>.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(2), 74-105.

- Organización Mundial de la Salud OMS (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF*. Madrid: Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.
- Orozco, M. (2011). La mirada de los cuidadores formales sobre el envejecimiento: una visión prospectiva para el sistema de formación en gerocultura. *Revista Electrónica de psicología Iztacala*, 14 (1), 222-235.
- Prince-Embury, S. (2008). The resiliency scales for children and adolescents, psychological symptoms, and clinical status in adolescents. *Canadian Journal of School Psychology*, 23(1), 41-56.
- Redín, J. (1999). Valoración geriátrica integral. Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. Recuperado de <http://www.auxis.es/index.php/valoracion-geriatrica-integral.html>
- Rogero-Garcia, J. (2010). Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: una valoración compleja y necesaria. *Index de enfermería*, 19(1), 393-405.
- Santos, S., Pelzer, M., & Rodrigues, M. (2007). Condições de enfrentamento dos familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4(2), 114 – 126.
- Simonelli, C., Tripodi, F., Rossi, R., Fabrizi, A., Lembo, D., Cosmi, V., & Pierleoni, L. (2008). The influence of caregiver burden on sexual intimacy and marital satisfaction in couples with an Alzheimer spouse. *International journal of clinical practice*, 62(1), 47-52.
- Sivak, R., Ponce, A., Huertas, A., Horikawa, C., Diaz, P., Zonis, R., & Zukerfeld, R. (Enero, 2007). Desarrollo resiliente y redes vinculares. Simposio llevado a cabo en

el 23° Congreso de Psiquiatría Resiliencia en psiquiatría y salud mental, Mar del Plata.

Villanueva, L. (2000). Sobre el envejecimiento: Una perspectiva integral. *Revista del hospital general Dr. Manuel Gea González*, 3(3), 107 – 114.

Vinaccia, S., Quiceno, J. & Moreno, E. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 16(1), 139-146.

Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.

Escala de Resiliencia de Wagnild & Young, adaptación de Novella (2002, p.150)

A la derecha de cada fila usted encontrará siete números, desde “1” (totalmente en desacuerdo) a “7” (totalmente de acuerdo). Haga un círculo el número que indica mejor sus sentimientos acerca de esa declaración. Por ejemplo, si usted está firmemente en desacuerdo con una declaración, círculo “1”. Si usted es neutral, haga un círculo en “4” y si está firmemente de acuerdo, haga un círculo en “7”, etc.

ÍTEMS	En desacuerdo				De acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Cuando planeo algo lo realizo.							
2. Generalmente me las arreglo de una manera u otra.							
3. Trato de realizar actividades por mí mismo antes que solicitar ayuda de otras personas.							
4. Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas.							
5. Puedo estar solo si tengo que hacerlo.							
6. Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida.							
7. Usualmente veo las cosas a largo plazo.							
8. Soy amigo de mí mismo.							
9. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.							
10. Soy decidido (a).							
11. Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo.							
12. Tomo las cosas una por una.							
13. Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente.							
14. Tengo autodisciplina.							
15. Me mantengo interesado en las cosas.							
16. Por lo general, encuentro algo de qué reírme.							
17. El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles.							
18. En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.							
19. Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.							
20. Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera.							
21. Mi vida tiene significado.							
22. No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.							
23. Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.							
24. Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.							
25. Acepto que hay personas a las que yo no les agrado.							