

**ESTUDIO COMPARATIVO DEL NIVEL DE SOBRECARGA EN UNA  
MUESTRA DE CUIDADORES FORMALES E INFORMALES DE PACIENTES CON  
ENFERMEDAD TIPO ALZHEIMER EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA**

Ricardo Alfonso Pérez Canónigo  
Diana Carolina Silva Polanía

Esp. Ara Mercedes Cerquera Córdoba  
**DIRECTORA DE PROYECTO**

TRABAJO DE GRADO PARA ASPIRAR AL TÍTULO DE: PSICÓLOGO/A

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA, SECCIONAL BUCARAMANGA**



**JULIO 2014**

## **AGRADECIMIENTOS:**

*Agradezco a Dios y a mi familia por el acompañamiento constante  
Y el amor incondicional experimentado en toda Mi vida.*

*De manera especial agradezco a mi asesora Ara y*

*Katherine Pabón, Joven investigadora*

*Por su fraterno y provechoso acompañamiento*

*En el proceso investigativo.*

*Tan sólo resta, agradecimientos totales. Diana*

*C. Silva Polanía.*

*A Dios, por permitirme un vivir esta etapa de mi vida, no ha sido fácil, pero jamás había  
aprendido tanto, a toda mi familia, y a mi novia, que han hecho de mí*

*Lo que hoy soy, a todas esas personas que en su momento resultaron*

*Incondicionales, y hacen que este proyecto que duró seis años Culmine y se convierta en mi  
sueño, a mi docente Ara Cerquera y Katherine Pabón la joven*

*Investigadora, por el tiempo, paciencia y dedicación.*

*Solo puedo decir: Gracias Infinitas.*

*Ricardo A. Pérez Canónigo*

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>06</b>
<b>I: MARCO TEORICO</b> .....	<b>08</b>
<b>II: METODO</b> .....	<b>24</b>
2.1 Diseño .....	24
2.2 Población .....	24
2.3 Muestra .....	24
2.4 Instrumento .....	25
2.5 Variables .....	27
2.6 Procedimiento.....	30
<b>III RESULTADOS</b> .....	<b>31</b>
<b>IV DISCUSIÓN</b> .....	<b>34</b>
<b>V CONCLUSIONES</b> .....	<b>41</b>
<b>VI REFERENCIAS</b> .....	<b>43</b>
<b>VII ANEXOS</b> .....	<b>50</b>
7.1 Ficha de datos sociodemográficos informal.....	50
7.2 Escala de sobrecarga del cuidador informal.....	53
7.3Escala de sobrecarga del cuidador formal.....	57
7.4 Ficha de datos sociodemográficos formal .....	61

## RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: ESTUDIO COMPARATIVO DEL NIVEL DE SOBRECARGA EN UNA MUESTRA DE CUIDADORES FORMALES E INFORMALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TIPO ALZHEIMER EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA

AUTOR(ES): Diana Carolina Silva Polanía  
Ricardo Alfonso Pérez Canónigo

FACULTAD: Facultad de Psicología

DIRECTOR(A): Ara Mercedes Cerquera Córdoba

## RESUMEN

La labor de cuidado de pacientes con Alzheimer genera síntomas, como desgaste físico, emocional y cognitivo, generando un estado denominado sobrecarga. Ésta hace referencia al malestar emocional y físico que experimenta el individuo, cuyo resultado se evidencia en limitaciones. Este fenómeno es experimentado, tanto por cuidadores formales, quienes ejercen servicios de cuidado de carácter profesional, como en cuidadores informales, que hacen parte del núcleo familiar del enfermo. Por tal razón, el presente estudio realizó una comparación del nivel de sobrecarga experimentado por 40 cuidadores formales y 40 informales, escogidos aleatoriamente de una base de datos de la entidad Projection life S.A. Se utilizó la escala de sobrecarga Zarit validada por Martin et al. (1996). Y cuestionario de datos sociodemográficos, diseñado por el grupo de investigación calidad de vida en la tercera edad, (2013), cuyos resultados arrojaron en variables sociodemográficas una tendencia a cuidadores de género femenino, en formales como informales, la edad promedio en cuidadores formales es menor a 40 años y en informales los menores de 40 años como los de 51 a los 60 años. En cuanto a la comparación del nivel de sobrecarga, se encontró que, 22,5% de cuidadores formales presentan sobrecarga leve y 32.5% sobrecarga intensa, a diferencia del cuidador informal con porcentaje de 22.5% en sobrecarga leve y 50 % en sobrecarga intensa, una media para cuidadores formales de 50.35 (leve), con una desviación típica de 13.079 y para los informales de 58,50 (intensa), una desviación típica de 19.749. La prueba T realizada a la diferencia medial, arroja un valor de -2.336 con significancia de 0.025, un valor de correlación de -0.002, una significancia de 0.991, por último se encuentra una diferencia medial de -8,150. Según los resultados, el cuidador informal presenta mayor sobrecarga, lo que hace importante generar programas de intervención para esta población.

## PALABRAS CLAVES:

sobrecarga, cuidador formal, cuidador informal, Alzheimer.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

## GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Comparative study of the overload level in a sample of formals and informals caregivers of patients with alzheimer type disease in Bucaramanga city.

AUTHOR(S): Diana Carolina Silva Polanía  
Ricardo Alfonso Pérez Canónigo

FACULTY: Facultad de Psicología

DIRECTOR: Ara Mercedes Cerquera Córdoba

## ABSTRACT

The work of caring for an Alzheimer's patient generates multiple symptoms, such as physical, emotional and cognitive degaste, creating a condition called overload. This refers to the emotional and physical stress experienced by the individual; the result is evident in certain limitations. This phenomenon is experienced both by formal caregivers, those who exercise care services in a professional and specialized nature, such as informal caregivers, who are part of the nuclear family of the patient. For this reason, in this study a comparison was made at the level of overload experienced by 40 formal and 40 informal caregivers will chosen randomly from a database entity life Projection SA The Zarit burden scale validated by Martin et al. (1996) and socio-demographic questionnaire designed by the research group quality of life in old age was used as a central instrument, (2013), the results showed in sociodemographic variables a tendency for female caregivers, both formal and informal, the average age of formal caregivers is less than 40 years and in both informal under 40 years as the range of 51 to 60 years 30% belong at this age. As for comparing the level of overload, it was found that 22.5% of formal caregivers with mild and 32.5% severe overload, unlike the informal caregiver with a percentage of 22.5% in mild overload and 50% in severe overload with a mean for formal caregivers of 50.35 (mild) with a standard deviation of 13,079 and informal 58,50 (intense) and a standard deviation of 19,749. The t-test gives a value of 2336 with a significance of 0.0025, well worth the correlation of -0.002 with a significance of 0.991. According to the results, the informal caregiver has higher levels of overload, making it important to create intervention programs for this population.

## KEYWORDS:

Overload, Formal caregivers, Informal caregiver, Alzheimer.

## **Introducción**

La enfermedad de Alzheimer es una de las enfermedades que ataca la población de la tercera edad con mayor frecuencia, esta es concebida como “una demencia progresiva que tiene el déficit de memoria como uno de sus síntomas más tempranos y pronunciados.” (Romano, Nissen, Del Huerto, & Parquet 2007, p.2). Por lo general, el paciente empeora progresivamente, generando así, una gran dependencia; dicho estado tiene las siguientes características principales: “la limitación física, psíquica o intelectual que disminuye determinadas capacidades personales, la incapacidad para realizar una o varias de las actividades de la vida diaria y la necesidad de cuidados y asistencia por parte de terceros” (Lorenzo, Maseda & Millán, 2008, p.35).

Tal como lo mencionan estos autores, se hace necesario, la figura de una persona denominada cuidador, que se haga cargo de las necesidades demandadas por el sujeto dependiente, el término cuidador, hace referencia a toda persona que lleva por lo menos tres meses prestando el servicio de cuidado. Así mismo, es quien dedica gran parte del tiempo a tareas de cuidado de una persona o un grupo de personas (Roig, Abengózar & Serra, 1998).

Existe una clasificación de los cuidadores acorde al tipo de cuidado que prestan y sus capacidades personales y profesionales para realizarlo, por tanto se encuentra la figura del cuidador formal, que hace referencia según Casado (2009) a “los servicios de carácter profesional y especializado que son prestados por instituciones públicas, por entidades privadas sin ánimo de lucro (organizaciones no gubernamentales), o mecanismos de mercado (entidades privadas con ánimo de lucro y profesionales autónomos)” (p.61); y el cuidador informal según Aparicio et al. (2008).”No disponen de capacitación, no son remunerados y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. El apoyo informal es brindado principalmente por familiares, participando también amigos y vecinos” Dichas labores,

generan en el cuidador diferentes síntomas como estrés, deterioro físico, desgaste emocional y sobrecarga, esta última entendida según Roig et al. (1998), como un conjunto, conformado por el trabajo físico, el desgaste emocional y limitaciones, generando un estado psicológico en quien atiende a un enfermo o en este caso a un adulto mayor.

Una forma frecuente de medir la presencia de este fenómeno es mediante la aplicación de la escala de sobrecarga Zarit, instrumento que según Breinbauer et al. (2009), consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones (1-5 puntos), cuyos resultados se suman en un puntaje total

(22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (46), "sobrecarga ligera" (47-55) o "sobrecarga intensa" (56). Para efectos del presente estudio se toma la validación realizada por Martín et al. (1996), en versión española, manifestando una consistencia interna satisfactoria, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.91. Esta escala se ha aplicado con resultados importantes en estudios como el de Pérez y Llibre (2010), quienes encontraron que el sentimiento de carga experimentado por el cuidador es proporcional al tiempo que lleve el geronte con la enfermedad; de igual manera en un estudio realizado por Alonso et al. (2004), se encuentra en una muestra de 245 cuidadores principales, después de la aplicación del instrumento (escala sobrecarga Zarit), que existe una elevada sobrecarga entre los cuidadores y es

mayor a medida que aumenta la edad.

Se evidencia según los estudios anteriores, la utilidad de este instrumento para la evaluación adecuada de la sobrecarga experimentada por los diferentes cuidadores.

A pesar de que se ha utilizado este instrumento y se ha aplicado a cuidadores informales hay poca evidencia de estudios comparativos y de medición de carga en cuidadores formales, es por esto que la presente investigación tiene como objetivo general comparar el nivel de sobrecarga de una

muestra de cuidadores formales e informales de pacientes con enfermedad tipo Alzheimer y como objetivos específicos se pretende medir y evaluar el nivel de sobrecarga de la muestra.

De acuerdo a estos objetivos y para llevar a cabo el presente estudio se plantea la siguiente pregunta problema: ¿Existe diferencia significativa en el nivel de sobrecarga de una muestra de cuidadores formales e informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer en la ciudad de

Bucaramanga?

### **Marco teórico**

El envejecimiento es una realidad que abarca todo tipo de territorio, población y género, pues tiene su inicio desde su propio nacimiento, dicho fenómeno no solo genera cambios fisiológicos en el transcurrir de los años, sino que así mismo se producen cambios sociales y psicológicos (Nieto & Alonso, 2007).

Es así como se encuentra que la etapa de la vejez es una realidad próxima para muchos, lejana para otros, pero realidad.

Dicha realidad en la población Colombiana va en aumento, según Nieto y Alonso (2007), en el 2005, fecha en que se realizó el último censo de población, Colombia contaba con 3'777.900 adultos mayores de 60 años, esto es, cerca del 9% de los 42'090.500 habitantes del país; esta cifra sobrepasa en más de 1.5% las proyecciones del Centro Latinoamericano y Caribeño de

Demografía (CELADE), que en julio de ese mismo año publicó en su *Boletín Demográfico* No 76 un cálculo cercano al 7.4% de personas mayores de 60 años para Colombia en el 2005. “Es decir que la población colombiana está envejeciendo más rápido de lo proyectado y más rápido que los demás países de la región” (p. 295).

El aumento de la población A.M y el desgaste normal que se genera en el transcurrir de los años, son directamente proporcionales a un incremento de patologías, pues dicho desgaste no solo presenta manifestaciones a nivel fisiológico, tiene a su vez una implicación en el área cognitiva en consecuencia al desgaste neuronal que se genera por la edad.

Tal como se mencionaba anteriormente, dicho desgaste neuronal, produce diferentes patologías que alteran el transcurso normal de la vejez, entre estas enfermedades que alteran el área cognitiva, se encuentra la demencia tipo Alzheimer (EA).

Romano et al. (2007), definen esta enfermedad como “una demencia progresiva que tiene el déficit de memoria como uno de sus síntomas más tempranos y pronunciados, por lo general, el paciente empeora progresivamente, mostrando problemas perceptivos, del lenguaje y emocionales a medida que la enfermedad va avanzando” (p. 9).

Dicha enfermedad ataca a toda región sin distinción de ningún tipo, según Lopera (2012), “actualmente se estima que más de 35 millones de personas en el mundo están afectadas, la prevalencia de la demencia varía según la región, siendo mayor en los países desarrollados de América del Norte y Europa occidental, seguida por los países en desarrollo en Asia y América Latina” (p.165).

Se evidencia entonces que los países pertenecientes a Latinoamérica, se encuentran altamente vulnerables a padecer esta enfermedad (EA), por su parte en Colombia, según (Ruiz, Nariño, & Muñoz, 2010), “se ha determinado una prevalencia de 1.8 y 3.4% en grupos de pacientes mayores a 65 y 75 años respectivamente, de manera similar los datos de EPINEURO fueron extraídos de poblaciones mayores de 50 años determinándose una prevalencia general para demencias de 1,3% ascendiendo esta cifra a 3.04% en mayores de 70 años” (p. 88).

De igual manera, Lopera (2012), determina que las principales manifestaciones que caracterizan la enfermedad son la pérdida progresiva de memoria y deterioro de otras funciones cognitivas. En esta misma línea de pérdidas significativas en el área neurológica, Bernhardt, (2005) manifiesta que en la E.A se encuentran pronunciadamente la pérdida selectiva de neuronas en el hipocampo y la corteza.

Por otra parte, según Fontán, (2012) “el paciente desarrolla algunos trastornos conductuales: se torna apático, con disminución del interés por actividades que antes realizaba y tendencia a la retracción social” (p.38).

Como se evidencia en lo anteriormente manifestado, los síntomas propios de esta enfermedad, el deterioro físico y mental progresivo e irreversible incapacitan al paciente para valerse por sí mismo, produciendo en él un grado de dependencia.

De igual manera lo manifiesta Navarro, (2012) “nos enfrentamos a una enfermedad progresiva e irreversible, que se caracteriza por la pérdida de diversas capacidades intelectuales y cognitivas que conducen a un comportamiento alterado y a una pérdida de autonomía e independencia en la ejecución de las actividades básicas” (p. 5).

Esta situación implica un aumento de la demanda de ayuda médica y familiar (Méndez, Giraldo, Aguirre & Lopera, 2010), generando un estado conocido como dependencia en el geronte; dicho estado corresponde en general, a un proceso temporal en el cual, los individuos van perdiendo sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales. También se encuentran casos de individuos cuya dependencia no corresponde con este proceso temporal, sino más bien con malformaciones congénitas o problemas de salud mental. Por otra parte, también se encuentra que existen individuos que no habiendo nacido con problemas físicos o mentales, producto de accidentes pierden dichas

capacidades, transformándose en individuos dependientes (Superintendencia de salud: Chile, 2008).

Dorantes, Ávila, Mejía y Gutiérrez (2007), manifiestan que la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la dependencia como la “disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales”. (p.12)

De igual manera estos autores manifiestan que estas definiciones implican la necesidad de otra persona que intervenga directamente en el cuidado de la persona dependiente e incluso en la satisfacción de sus necesidades básicas.

Tal como se menciona anteriormente, este estado demanda la labor exhaustiva de otra persona, quien es denominada como cuidador.

Al hacer mención del término cuidador se hace referencia, a toda persona que lleva por lo menos tres meses prestando el servicio de cuidado. Así mismo, el cuidador es quien dedica gran parte del tiempo a tareas de cuidado de una persona o un grupo de personas, y en la mayoría de las ocasiones recibe un pago por sus servicios (Roig et al., 1998).

Frente al rol de cuidador, se encuentran unos patrones y características específicas. Según Blanca, Linares, Grande, Jiménez, y Hidalgo, (2012), existe un perfil específico para el cuidador, cuyas características deben girar en torno al respeto, que supone una actitud de consideración y ausencia de maltrato; seguido por la competencia, para estar atentos a las necesidades, la amabilidad y la bondad.

De igual manera de acuerdo a los aspectos bioéticos en la práctica del cuidado a un paciente con demencia tipo Alzheimer, según Cerquera y Galvis, (2013), para garantizar que tanto cuidadores formales como informales puedan llevar a cabo su labor de forma ética y en beneficio del paciente

con EA, se hace necesario, además de la aplicación de los principios bioéticos (autonomía, beneficencia y justicia), la práctica de valores como el respeto a la dignidad de la persona, la solidaridad y la responsabilidad.

Acorde al vínculo que se tenga con el paciente, existen dos clasificaciones de cuidadores: formal e informal.

“Los conceptos *cuidador formal* y *cuidador informal* se diferencian básicamente en el ámbito donde se desempeñan las tareas del cuidado y en el vínculo relacional que se establece con la persona cuidada” (Torres, 2008, p.22).

Para Tartaglini y Stefani (2006)

La figura del cuidador informal de un paciente con demencia, refiere a un individuo (familiar, amigo o vecino) que pertenece a la red de apoyo social del enfermo y que dedica la mayor cantidad de tiempo a su cuidado. No recibe retribución económica alguna por las tareas que realiza (p. 221).

Por otra parte para Flórez, Flórez-Villaverde y Rodríguez (2003), el cuidado denominado informal es otorgado a un familiar pues según manifiestan estos autores,

“la familia, llena las lagunas del sistema o completa los cuidados y los servicios que proporciona la red pública de salud, pero es también la que más contribuye a mantener la calidad de vida, la seguridad y el bienestar psicológico y físico de los ancianos” (p. 34).

De acuerdo a las posturas anteriores, Cruz (2013), expresa que “el cuidador principal asume las principales tareas y responsabilidades de cuidar, sin percibir remuneración económica, y este papel es aceptado por el resto de los familiares” (p. 19)

En esta misma línea, Wilson (1989) citado por Roig, Abengózar y Serra (1998), el cuidador informal procede del apoyo informal, es decir un miembro familiar del enfermo quien se denomina como cuidador principal, dicho cuidador debe tener las siguientes características: asumir las principales tareas de cuidado con la responsabilidad que ello acarrea, es percibido por los restantes miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo; no es remunerado económicamente por la realización de dichas tareas de cuidado y debe haber realizado un mínimo de 6 semanas a 3 meses en tareas de cuidado.

En el estudio de Osorio, (2011) manifiesta que, “el cuidador llega a convertirse indirectamente en una víctima de la enfermedad por la gran dependencia del enfermo y la sobrecarga en las actividades básicas, esto puede generar alteraciones físicas, psicológicas, sociales y espirituales en la persona que realiza las actividades propias del cuidador” (p. 17).

Por otra parte existe otro tipo de cuidado y es denominado Formal, según Rogero (2009), “se ha definido como aquellas acciones que un profesional oferta de forma especializada, y que va más allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas o de los demás” (p. 394).

Así mismo lo manifiesta Casado (2009), quien define el cuidado formal como “los servicios de carácter profesional y especializado que son prestados por instituciones públicas, por entidades privadas sin ánimo de lucro (organizaciones no gubernamentales), o mecanismos de mercado

(entidades privadas con ánimo de lucro y profesionales autónomos)” (p.61).

Se proponen dos tipos de cuidado formal, el que se provee desde las instituciones públicas, y el que se contrata a través de las familias (Rogerero, 2009).

En consideración de las condiciones psicológicas y físicas de los A.M, cabe destacar que los cuidadores tenderán a alterar su cotidianidad por cuestión del cuidado de personas con alteraciones físicas o mentales (Robine, Michael & Herrmann, 2007).

Tal cual lo manifiesta Garrido y Tamai, (2006),

el cuidar a una persona con Demencia tipo Alzheimer (DTA), implica una gran variedad de actividades y responsabilidades altamente demandantes y estresantes, inclusive en mayor escala que en los casos de cuidado de pacientes con retardo en el desarrollo, pacientes con cáncer, con accidentes cerebro-vasculares y con depresión.

La alteración de las labores cotidianas mencionadas anteriormente, de quienes ejercen como cuidadores, conlleva a otro término principal que es la sobrecarga, donde, como lo menciona Roig et al. (1998), confluyen el trabajo físico, el desgaste emocional y las limitaciones sociales, generando un estado psicológico en quien atiende a un enfermo o en este caso a un adulto mayor. Adicional a esto, el bienestar físico puede verse afectado, en la medida que se genera cansancio emocional, y agotamiento físico.

Esta carga mencionada, depende de las repercusiones del hecho de cuidar y de las estrategias de afrontamiento y apoyo con que se cuenta (Alonso, et al., 2004).

Por una parte se encuentra que en los cuidadores existe sobrecarga, que repercute en el futuro cuidado del geronte, pues este cuidador se ve en la obligación de abandonar su estilo de vida para

encargarse tan solo del cuidado. Dicha labor constante, produce una cierta frustración, posiblemente evidenciada en el cuidado inadecuado al adulto mayor, tal cual lo manifiesta

Montorio et al. (1998), citado por Alpuche, Ramos, Rojas y Figueroa (2008), “La percepción de carga del CPI (Cuidador principal informal) afecta de manera significativa la prestación de servicios de larga estancia, así como la calidad de vida de los cuidadores” (p. 238).

De igual manera, Breinbauer et al. (2009), manifiestan que asumir el rol de cuidador no es inocuo.

“Es posible desarrollar un fenómeno de "sobrecarga" por la tarea asumida, conjugando diversas variables: 1) Desatención de la propia salud, proyecto vital y vida social; 2)

Deterioro familiar, relacionadas a dinámicas culposas, rabiosas y manipuladoras; 3) Ansiedad o frustración por falta de preparación y conocimiento técnico en el cuidado de pacientes dependientes” (p.658).

El fenómeno de la sobrecarga mencionado anteriormente, se puede denominar de acuerdo a tres aspectos mencionados por Camacho, YokebedHinostrosa y Jiménez (2010),

1) La relación sobrecarga del cuidador con el tipo específico de deterioro y necesidades del paciente, según las dificultades que se presentan para resolverlas; 2) el empleo de instrumentos no específicos, que miden dimensiones como calidad de vida, o presencia de síndromes psicopatológicos, como ansiedad, depresión o escalas de calidad de vida; 3) el derivado de la teoría general del estrés, donde el cuidador tiene que enfrentarse a

determinados factores de tensión y su respuesta a los mismos se ve mediada por procesos psicológicos, especialmente el impacto emocional (p.37).

Por último Jofré y Sanhueza (2010), manifiestan que existen dos tipos de sobrecarga,

“Sobrecarga objetiva, conceptualizada como el grado de dedicación a los cuidados y como impacto de los cuidados en la vida de la cuidadora; y sobrecarga subjetiva, que se refiere a la forma en la que la cuidadora responde a la situación de cuidados, se define como el sentimiento psicológico que se asocia al hecho de cuidar y se relaciona con el grado en que la cuidadora se siente agotada y percibe dificultades para manejar la situación de cuidados” (p.112).

En cuanto a las investigaciones en relación al tema, se ha estudiado la condición de los cuidadores de personas con demencia tipo Alzheimer, respecto a ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga, tanto en cuidadores formales como en informales, (Cerquera, Granados & Buitrago, 2012; Cerquera, Pabón & Uribe, 2012; Méndez et al., 2010; Roig, et al., 1998), sin embargo, se han realizado pocos estudios una comparación directa del nivel de sobrecarga que presentan ambas clases de cuidadores frente a las demandas de sus atendidos.

Por tanto para hacer efectiva dicha comparación se hace de utilidad, el uso de un instrumento, que el conjunto de sus ítems evalúen a cabalidad los aspectos a revisar de la sobrecarga en cuidadores de paciente con Alzheimer.

Este instrumento se denomina Escala de sobrecarga Zarit, según Breinbauer et al. (2009),

La "Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit" (EZ) logra aunar consistentemente todas estas dimensiones. Siendo la más utilizada a nivel internacional, ha sido validada en diversos idiomas incluyendo español.

En cuanto a la validez y confiabilidad de este instrumento, Pedraza, Rodríguez y Acuña (2013), relatan que:

Se ha considerado que la escala de Zarit abarca todas las dimensiones del síndrome del cuidador y ha sido validada en varios idiomas, incluyendo el español (...), tanto en su estudio original como en sus validaciones internacionales, brinda una gran confiabilidad entre observadores (con valores de coeficiente de correlación intraclase que varían entre 0,71 y 0,85) y una adecuada validez interna (con valores de alfa de Cronbach que varían entre 0,85 y 0,93).

Por otra parte, Martín et al. (1996), acreedores de la validación en versión española de la escala de sobrecarga Zarit, manifiestan que la prueba arrojó una consistencia interna satisfactoria, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.91.

La aplicación de la última versión de la prueba mencionada anteriormente, permite dimensionar los aspectos que se encuentran alterados en las personas que ejercen la labor como cuidadores, dando paso a posibles intervenciones para la mejora de los mismos y por otra parte permite llevar a cabo la comparación de sobrecarga entre los cuidadores formales e informales de A.M con demencia tipo Alzheimer.

Los sentimientos negativos desencadenantes de la sobrecarga que puede experimentar el cuidador, conducen a indagar en estudios relacionados, Dentro de los estudios que han investigado la sobrecarga en cuidadores se encuentra Espín (2012), quien caracterizó a 192 cuidadores informales de la Habana Cuba, encontrando que estos eran en su mayoría hijas de edad mediana, con afectaciones de salud, elevado consumo de fármacos y limitaciones económicas, no tenían experiencia previa y no contaban con conocimientos acerca de la enfermedad y su manejo. Así mismo se encontró que a más edad del cuidador, menor es la carga. Por otro lado Roig et al. (1998), midió la sobrecarga experimentada, por los principales cuidadores enfermos de Alzheimer con una muestra compuesta por 52 sujetos de ambos sexos, evidenciando en su resultados que las mujeres mayores de 56 años casadas y con hijo, con el nivel de estudios bajo, que cuidaban al enfermo alrededor de 10 a 12 años experimentaban mayor sobrecarga.

De igual manera en el estudio de Fernández et al. (2011), cuyo objetivo fue conocer cómo percibe su estado de salud una muestra 1257 de cuidadores familiares de la provincia de Vizcaya y comparar los resultados con datos referidos a población general española. Además se pretende comprobar si existe relación entre la salud percibida y el nivel de sobrecarga.

Para realizar la evaluación de sobrecarga, se utilizó el instrumento (Zarit Burden Inventory), los resultados muestran que la percepción general de salud de las personas cuidadoras que han participado en el estudio es peor que la de la población general española y que esta percepción es especialmente acusada en lo que se refiere al componente de salud mental. Además, las correlaciones muestran que cuanto peor es la salud percibida mayor es la sobrecarga.

Otro estudio, que llevó a cabo una valoración de sobrecarga en una muestra de 75 cuidadores informales, Pérez y Llibre (2010), encontraron que el sentimiento de carga experimentado por el

cuidador es directamente proporcional al tiempo que lleve el geronte con la enfermedad, para la obtención de estos resultados se llevó a cabo la aplicación de la escala de sobrecarga Zarit.

De igual manera, Alonso et al. (2004), en su estudio encuentran en una muestra de 245 cuidadores principales, después de la aplicación del instrumento (escala sobrecarga Zarit), que existe una elevada sobrecarga entre los cuidadores que es mayor a medida que aumenta la edad.

Por otra parte, en el estudio de, Ginsberg, Martínez, Mendoza y Pabón (2005), se encuentra que existe una relación significativa y alta entre el nivel de deterioro del paciente con diagnóstico de Demencia y la carga percibida por el cuidador, aunque la correlación no fue estadísticamente significativa. De la misma manera se observó que a mayor edad del cuidador, mayor sensación de carga, además se elaboró un perfil característico para cada tipo de cuidador y finalmente se concluyó que no existen diferencias entre los niveles de carga percibidos por los cuidadores formales o informales. Para llevar a cabo el estudio, específicamente la evaluación de sobrecarga con los cuidadores, se utilizó, la escala Zarit para evaluar la carga subjetiva, en una muestra de 19 cuidadores, 11 informales y 8 formales.

En cuanto a estudios directamente relacionados con la comparación de sobrecarga entre cuidadores formales e informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer, son escasos los artículos que se encuentran, sin embargo en un estudio realizado por Aldana y Guarino (2012), en el cual relacionaron las variables sobrecarga del cuidador y los estilos de afrontamiento con la salud general, se encontró que las cuidadoras informales presentan mayores niveles de sobrecarga, en comparación con las cuidadoras formales no profesionales, estos resultados fueron encontrados después de la aplicación de la escala de sobrecarga Zarit, en la valoración de una muestra de 300 cuidadoras, distribuidas, en 220 cuidadoras informales y 80 formales.

Por otra parte, en un estudio piloto comparativo y observaciones de corte transversal, realizado por Ocampo et al. (2007), en una muestra de 35 pacientes adultos mayores con sus respectivos cuidadores, cuyo promedio de edad fue 49.4, siendo el 91% mujeres, evaluados en el área social, por la escala de APGAR familiar, para determinar la carga del cuidado la escala de Zarit y para la valoración funcional se utilizó el índice de Barthel, observaron que existe una asociación significativa entre el grado de dependencia en las actividades básicas cotidianas (ABC) en el aspecto físico, con la presencia de sobrecarga para el cuidador.

Tal como se mencionaba anteriormente, aunque existe poca evidencia de la comparación directa de la sobrecarga experimentada en cuidadores formales e informales, Hernández y Ehrenzweig, (2008), presentan un estudio relacionando la variable sobrecarga con el síndrome de Burnout, en una muestra de 56 trabajadores de la salud de un asilo para personas mayores, así como la relación que estos guardan con otras variables sociodemográficas, medidos a través de un cuestionario general auto aplicado. Los resultados indican que la sobrecarga del cuidador está ligada estrechamente a la presencia de burnout en un mismo trabajador, y que son idénticas variables las que influyen en este síndrome y en el nivel de sobrecarga percibida.

Pabón, Galvis y Cerquera (2014), realizan un estudio comparativo entre cuidadores formales e informales, estudio es de tipo no experimental transversal comparativo, cuyo objetivo fue identificar las diferencias de apoyo social percibido entre cuidadores informales y formales de la ciudad de Bucaramanga (Colombia) y su área metropolitana. Se evaluaron 53 informales y 62 cuidadores formales de pacientes con demencia tipo Alzheimer por medio del cuestionario MOS de apoyo social percibido, los resultados arrojaron que los cuidadores formales presentan mayor puntuación, lo que denota una mejor percepción del apoyo social que reciben.

Es evidente según lo mencionado anteriormente, que existen estudios que miden la sobrecarga en cuidadores formales e informales de manera particular, y pocos hacen una comparación de la sobrecarga experimentada en las dos clases de cuidadores sin ser su principal objetivo; por tanto se hace útil un estudio que lleve a cabo una comparación directa entre estos, permitiendo dimensionar cuáles son las variables con más significado en todo lo relacionado con la experiencia de sobrecarga.

Por lo anteriormente planteado, el presente estudio tiene como fin encontrar las diferencias entre cuidadores respecto a la sobrecarga que perciben debido a la labor que ejercen como cuidadores de un paciente con demencia tipo Alzheimer.

Dentro de los estudios que han investigado la sobrecarga en cuidadores se encuentran Espín (2012), quien caracterizó a 192 cuidadores informales de la Habana Cuba, encontrando que estos eran en su mayoría hijas de edad mediana, con afectaciones de salud, elevado consumo de fármacos y limitaciones económicas, no tenían experiencia previa y no contaban con conocimientos acerca de la enfermedad y su manejo. Así mismo se encontró que a más edad del cuidador, menor es la carga.

Por otro lado Roig et al. (1998), midió la sobrecarga experimentada, por los principales cuidadores enfermos de Alzheimer con una muestra compuesta por 52 sujetos de ambos sexos, evidenciando en su resultados que las mujeres mayores de 56 años casadas y con hijo, con el nivel de estudios bajo, que cuidaban al enfermo alrededor de 10 a 12 años experimentaban mayor sobrecarga.

De igual manera en el estudio de Fernández et al. (2011), cuyo objetivo fue conocer cómo percibe su estado de salud una muestra 1257 de cuidadores familiares de la provincia de Vizcaya y comparar los resultados con datos referidos a población general española. Además se pretende comprobar si existe relación entre la salud percibida y el nivel de sobrecarga.

Para realizar la evaluación de sobrecarga, se utilizó el instrumento (*Zarit Burden Inventory*), los resultados muestran que la percepción general de salud de las personas cuidadoras que han participado en el estudio es peor que la de la población general española y que esta percepción es especialmente acusada en lo que se refiere al componente de salud mental. Además, las correlaciones muestran que cuanto peor es la salud percibida mayor es la sobrecarga.

Otro estudio, que llevó a cabo una valoración de sobrecarga en una muestra de 75 cuidadores informales, Pérez y Llibre (2010), encontraron que el sentimiento de carga experimentado por el cuidador es directamente proporcional al tiempo que lleve el geronte con la enfermedad, para la obtención de estos resultados se llevó a cabo la aplicación de la escala de sobrecarga Zarit.

De igual manera, Alonso et al. (2004), en su estudio encuentran en una muestra de 245 cuidadores principales, después de la aplicación del instrumento (escala sobrecarga Zarit), que existe una elevada sobrecarga entre los cuidadores que es mayor a medida que aumenta la edad. Por otra parte, en el estudio de Ginsberg et al. (2005), se encuentra que existe una relación significativa y alta entre el nivel de deterioro del paciente con diagnóstico de Demencia y la carga percibida por el cuidador, aunque la correlación no fue estadísticamente significativa. De la misma manera se observó que a mayor edad del cuidador, mayor sensación de carga, además se elaboró un perfil característico para cada tipo de cuidador y finalmente se concluyó que no existen diferencias entre los niveles de carga percibidos por los cuidadores formales o informales.

Para llevar a cabo el estudio, específicamente la evaluación de sobrecarga con los cuidadores, se utilizó, la escala Zarit para evaluar la carga subjetiva, en una muestra de 19 cuidadores, 11 informales y 8 formales.

En cuanto a estudios directamente relacionados con la comparación de sobrecarga entre cuidadores formales e informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer, son escasos los artículos que se encuentran, sin embargo en un estudio realizado por Aldana y Guarino (2012), en el cual

relacionaron las variables sobrecarga del cuidador y los estilos de afrontamiento con la salud general, se encontró que las cuidadoras informales presentan mayores niveles de sobrecarga, en comparación con las cuidadoras formales no profesionales, estos resultados fueron encontrados después de la aplicación de la escala de sobrecarga Zarit, en la valoración de una muestra de 300 cuidadoras, distribuidas, en 220 cuidadoras informales y 80 formales.

Por otra parte, en un estudio piloto comparativo y observaciones de corte transversal, realizado por Ocampo et al. (2007), en una muestra de 35 pacientes adultos mayores con sus respectivos cuidadores, cuyo promedio de edad fue 49.4, siendo el 91% mujeres, evaluados en el área social, por la escala de APGAR familiar, para determinar la carga del cuidado la escala de Zarit y para la valoración funcional se utilizó el índice de Barthel, observaron que existe una asociación significativa entre el grado de dependencia en las actividades básicas cotidianas (ABC) en el aspecto físico, con la presencia de sobrecarga para el cuidador.

Tal como se mencionaba anteriormente, aunque existe poca evidencia de la comparación directa de la sobrecarga experimentada en cuidadores formales e informales, Hernández y Ehrenzweig, (2008), presentan un estudio relacionando la variable sobrecarga con el síndrome de Burnout, en una muestra de 56 trabajadores de la salud de un asilo para personas mayores, así como la relación que estos guardan con otras variables sociodemográficas, medidos a través de un cuestionario general auto aplicado. Los resultados indican que la sobrecarga del cuidador está ligada estrechamente a la presencia de burnout en un mismo trabajador, y que son idénticas variables las que influyen en este síndrome y en el nivel de sobrecarga percibida.

Pabón et al. (2014), realizan un estudio comparativo entre cuidadores formales e informales, estudio es de tipo no experimental transversal comparativo, cuyo objetivo fue identificar las diferencias de apoyo social percibido entre cuidadores informales y formales de la ciudad de Bucaramanga

(Colombia) y su área metropolitana. Se evaluaron 53 informales y 62 cuidadores formales de pacientes con demencia tipo Alzheimer por medio del cuestionario MOS de apoyo social percibido, los resultados arrojaron que los cuidadores formales presentan mayor puntuación, lo que denota una mejor percepción del apoyo social que reciben.

Es evidente según lo mencionado anteriormente, que existen estudios que miden la sobrecarga en cuidadores formales e informales de manera particular, y pocos hacen una comparación de la sobrecarga experimentada en las dos clases de cuidadores sin ser su principal objetivo; por tanto se hace útil un estudio que lleve a cabo una comparación directa entre estos, permitiendo dimensionar cuáles son las variables con más significado en todo lo relacionado con la experiencia de sobrecarga.

Por lo anteriormente planteado, el presente estudio tiene como fin encontrar las diferencias entre cuidadores respecto a la sobrecarga que perciben debido a la labor que ejercen como cuidadores de un paciente con demencia tipo Alzheimer.

## **METODOLOGÍA**

### **Diseño**

Se realiza un estudio comparativo, transversal.

### **Población**

Para llevar a cabo la comparación de la sobrecarga experimentada por los cuidadores formales e informales, se contó con una población de 200 sujetos que ejercen la labor como cuidadores, y se encuentran registrados en la base de datos de la entidad promotora de salud, Project Life Colombia S.A., dicha información es obtenida, gracias al convenio establecido entre dicha entidad y el grupo de investigación “calidad de vida en la tercera edad” de la Universidad Pontificia Bolivariana.

## **Muestra**

Se trabajó con una muestra aleatoria de 40 cuidadores formales (6 hombres y 34 mujeres) y 40 informales (32 mujeres y 8 hombres). Para ser o no incluidos en la muestra se tuvieron en cuenta los siguientes criterios.

### *Criterios de inclusión:*

El cuidador debe ser mayor de edad y llevar como mínimo 12 semanas o tres meses ejerciendo la labor de cuidador, de igual manera se hace importante que la persona sea considerada el cuidador principal del paciente con Alzheimer.

Por otra parte, en el caso del cuidador informal, debe encontrarse prestando la labor constante de cuidado al paciente, es decir con un horario regular, viviendo en el domicilio del paciente. En cuanto a los cuidadores formales, deben tener un soporte técnico y académico en la labor como cuidador y llevar tres meses como mínimo ejerciendo el rol.

El cuidador acepte voluntariamente participar en el estudio, una vez firmado el consentimiento informado.

### *Criterios de exclusión:*

Ningún cuidador debe ser menor de edad, de la misma forma no está permitido tener menos de 12 semanas o 3 meses desarrollando la labor de cuidado.

## **Instrumentos:**

Ficha de datos sociodemográficos Cuidadores Informales: consta de 9 preguntas cerradas con opción única de respuesta la cual permite explorar características importantes de los participantes respecto al cuidado a su familiar. Esta ficha fue diseñada por el grupo de investigación de psicología clínica y de la salud, en la línea calidad de vida en la tercera edad (Anexo 1).

*Escala de sobrecarga del cuidador Zarit*, validada por Martín et al. (1996), en España. Según estos mismos autores dicha escala tiene una consistencia interna satisfactoria, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.91 (Anexo 2). consta de 22 preguntas tipo Likert de 5 opciones (1-5 puntos), cuyos resultados se suman en un puntaje total (22-110 puntos). Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (46), "sobrecarga ligera" (47-55) o "sobrecarga intensa" (56). "Sobrecarga ligera" representa un factor de riesgo para generar "sobrecarga intensa". Esta última se asocia a mayor morbimortalidad médica, psiquiátrica y social del cuidador. (Anexo 2).

*Escala de sobrecarga del cuidador Zarit adaptada para cuidador formal* (línea calidad de vida en la tercera edad, 2013) para dar soporte de la validez y confiabilidad de la adaptación se realizó un análisis de consistencia interna por medio del alfa de Crombach. La escala total del alfa de Crombrach, arrojó una validez de 0.917, lo cual indica que la escala tiene un comportamiento adecuado con la muestra de cuidadores formales. (Anexo 3).

Ficha de datos sociodemográficos Cuidadores Formales: consta de 9 preguntas cerradas con opción única de respuesta la cual permite explorar características importantes de los participantes respecto al cuidado del paciente. Esta ficha fue diseñada por el grupo de investigación de psicología clínica y de la salud, en la línea calidad de vida en la tercera edad. (Anexo 4),

Respecto a la correlación total de elementos corregidos, no se encuentra la necesidad de eliminar ninguno de los ítems ya que todos indican una adecuada validez.

Esta prueba tiene una calificación que corresponde a las opciones de: nunca (1), rara vez (2), algunas veces (3), bastantes veces (4) y casi siempre (5), según la frecuencia con la que la persona se sienta identificada con las afirmaciones que se le irán proporcionando.

La Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (EZ), según lo aportado por Zarit, Reever, y BachPeterson (1980), logra aunar consistentemente todas estas dimensiones. Siendo la más utilizada a nivel internacional, ha sido validada en diversos idiomas incluyendo español. Los puntos de corte de esta prueba son:

Tabla 1. **Puntuación ZARIT formal e informal.**

<b>SOBRECARGA</b>	<b>PUNTOS DE CORTE</b>
<i>Ausencia de sobrecarga</i>	<b>46</b>
<i>Sobrecarga ligera</i>	<b>47-55</b>
<i>Sobrecarga intensa</i>	<b>56</b>

*Fuente: Zarit, Reever y Bach-Peterson (1980)*

## **VARIABLES**

**Variable dependiente:** Nivel de sobrecarga

**Variables independientes:** Características sociodemográficas del cuidador (edad, género, escolaridad, ingresos, estado civil, parentesco, estrato).

Tabla 2. **Variables sociodemográficas del cuidador informal**

	<b>ESCALA/MEDICIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
<b>Edad</b>	Menos de 40 41-50 51-60 61-70 Más de 70	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.

<b>Género</b>	Masculino Femenino	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.
<b>Estado Civil</b>	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.
<b>Nivel socioeconómico</b>	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.
<b>Proyecto de vida</b>	Si y No	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.
<b>Tiempo de cuidado</b>		Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.
<b>Edad del paciente</b>	41-50 51-60 61-70 70 o más	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.
<b>Motivación</b>	Cariño Obligación Cariño y obligación Otra Gusto por la labor	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.
<b>Escolaridad</b>	Sin estudio Primaria Bachillerato Técnico Universitario Posgrado Otro	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.
<b>Situación laboral</b>	Activo Jubilado Hogar Desempleado	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.
<b>Red de Apoyo</b>	Si No	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.

<b>Asesoría</b>	Si No	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.
<b>Parentesco</b>	Hijo/a Esposo/a Sobrino/a Nieto/a Otro/a	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.

*Fuente: Cerquera, Pabón (2014)*

**Tabla 3. Variables Sociodemográficas Cuidadores Formales**

<b>VARIABLE</b>	<b>ESCALA/MEDICIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
<b>Edad</b>	Menos de 40 41-50 51-60 61-70 Más de 70	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.
<b>Genero</b>	Masculino Femenino	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.
<b>Estado Civil</b>	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.
<b>Nivel socioeconómico</b>	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.
<b>Proyecto de vida</b>	Si y No	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.
<b>Tiempo de cuidado</b>		Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.

<b>Edad del paciente</b>	41-50 51-60 61-70 70 o más	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.
<b>Motivación</b>	Cariño Obligación Cariño y obligación Otra Gusto por la labor	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.
<b>Escolaridad</b>	Sin estudio Primaria Bachillerato Técnico Universitario Posgrado Otro	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.
<b>Ingresos</b>	Menos del Salario mínimo Salario Mínimo Más del salari Mínimo	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.
<b>Experiencia Previa</b>	Si No	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.
<b>Capacitación</b>	Si No	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.
<b>Etapas de la Enfermedad</b>	Leve Moderada Grave	Se obtiene de la entrevista semiestructurada realizada a los cuidadores.

*Fuente: Cerquera, Pabón (2014).*

**Definición de variable dependiente:** Según Jofré y Sanhueza (2010), existen dos tipos de sobrecarga, sobrecarga objetiva, conceptualizada como el grado de dedicación a los cuidados y como impacto de los cuidados en la vida de la cuidadora; y sobrecarga subjetiva, que se refiere a la forma en la que el cuidador responde a la situación de cuidados, se define como el sentimiento psicológico que se asocia al hecho de cuidar y se relaciona con el grado en que el cuidador se siente agotado y percibe dificultades para manejar la situación de cuidados.

---

Para efectos del presente estudio se tiene en cuenta la definición de sobrecarga subjetiva, es decir el sentimiento experimentado por el cuidador referente a la labor de cuidado ejecutada por éste, utilizando así mismo, un instrumento cuyos ítems refieren a manifestaciones subjetivas (escala sobrecarga Zarit).

### **Procedimiento**

*Fase I. Capacitación en manejo de pruebas:* En primera instancia se realiza un acercamiento a la prueba a aplicar, es decir, la escala de sobrecarga del cuidador Zarit, validada por Martín et al.

(1996), en España. Seguido de esto se procede a indagar y profundizar en lo referente a sus aplicaciones anteriores, su validez y confiabilidad. También se realizó el adecuado proceso de capacitación, manejo e interpretación de la escala de sobre carga del cuidador.

*Fase II. Selección de la muestra:* En la segunda fase se procede a realizar contacto con la entidad prestadora de servicios Projection Life S.A., la cual mantiene un convenio con la Universidad Pontificia Bolivariana Bucaramanga, específicamente con la facultad de Psicología y el grupo de investigación calidad de vida en la tercera edad. Dicha entidad, brinda la base de datos, de la cual se eligió la muestra de cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer.

*Fase III. Contacto con la muestra:* En esta etapa se procede a acordar el cronograma de visitas para la apertura de aplicación del instrumento a cuidadores, dichas citas se concertan por vía telefónica, en horario tal que sea propicio y adecuado tanto para el investigador como para el cuidador.

*Fase IV. Aplicaciones:* En la cuarta fase se realiza la aplicación del instrumento a los cuidadores, durante el periodo de Enero a Junio del 2014. Se llega al domicilio del cuidador, se busca un lugar cómodo y adecuado para la aplicación del protocolo, se procede a la firma del consentimiento informado, la explicación del protocolo y aplicación del mismo.

*Fase V. Análisis de datos:* Se elaboró una base de datos obtenida de la aplicación de los instrumentos, utilizando para su procesamiento el programa estadístico SPSS Versión 21. En el análisis estadístico se contemplaron métodos descriptivos univariados: Distribución de frecuencias absolutas y relativas, y bivariados, la prueba T, para comparar las medias del nivel de sobrecarga experimentado.

## Consideraciones éticas:

Se siguieron los lineamientos del numeral 9 del artículo 2, de la ley 1090 del 2006, 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. De igual manera, se asumió lo indicado en el artículo 50, el cual señala que las investigaciones científicas realizadas por profesionales de la psicología deben estar basada en los principios éticos de respeto y dignidad, y salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

## RESULTADOS

Tabla 4. Datos sociodemográficos cuidadores

VARIABLE	FORMAL			INFORMAL			
	Género	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER		
		2.5%	97.5%	20%	80%		
Proyecto	SI	FORMAL		INFORMAL		NO	
		SI	NO	SI	NO		
vida		92.5%	7.5%	62.5%		37.5%	
Tiempo Cuidado	3-6 meses	FORMAL			INFORMAL		
		7 meses - 1 año	Más de un año	3-6 meses	7 meses – un 1 año	Más de año	
		27.5 %	15%	57.5%	5%	12.5%	82%

Fuente: Propia Autoría.

En la tabla 4 se observa una marcada tendencia en cuidadores de género femenino, en cuidadores formales con un 97.5% y en cuidadores informales con un 80%; en cuanto al proyecto de vida el 92.5% de cuidadores formales y 62.5% en cuidadores informales afirmaron si tenerlo, en el tiempo de cuidado predomina el cuidado de más de un año en cuidadores formales con un 57.5% y en cuidadores informales con un 82%.

Tabla 5. Datos sociodemográficos cuidadores continuación.

		FORMAL				INFORMAL								
Edad	41-50	51-60	61-70	70 o mas	41-50	51-60	61-70	71 o mas						
	Pte.	2.5%	5.0%	5.0%	0%	7.5%	27.5%	65%						
		87.5%												
		FORMAL				INFORMAL								
Edad cuidador	Menos de 40	41-50	51-60	61-70	Más de 70	Menos de 40	41-50	51-60	61-70	Más de 70				
		75%	15%	2.5%	2.5%	5%	30%	17.5%	30%	17.5%	5%			
		FORMAL				INFORMAL								
Estado civil	Soltero	Casado	Divorcio	Viudo	U. libre	Soltero	Casado	Divorcio	Viudo	U. libre				
		45%	25%	2.5%	5%	22.5%	40%	42.5%	5%	2.5%	10%			
		FORMAL				INFORMAL								
Estrato	Uno	dos	Tres	Cuatro	Cinco	Uno	Dos	Tres	cuatro	cinco				
		15%	35%	35%	10%	5%	2.5%	30%	30%	35%	2.5%			
		FORMAL				INFORMAL								
Motivación	Cariño	Obligación	Cariño y obligación	Otra	Gusto por la labor	Cariño	Obligación	Cariño y obligación	otra	Gusto por la labor				
		15%	5%	5%	22.5%	52.5%	40%	2.5%	0%	0%				
						57.5%								
		FORMAL				INFORMAL								
Educativo	Sin estudios	Primaria	Bachillerato	Técnico	Universitario	Postgrado	Otros	Sin estudios	Primaria	Bachillerato	Técnico	Universitario	Postgrado	Otros

2.5	7.5	17.5	55	15	2.5	0	5%	15	42.	12.	22.	2.5	0%
%	%	%	%	%	%	%		%	5%	5%	5	%	

Fuente: Propia Autoría

En la tabla 5 se evidencia que los cuidadores formales son en su mayoría menores de 40 años con un 75% y los informales el 52,5% son mayores de 50 años respectivamente. Su estado civil, cuando se habla de cuidadores formales el 45% son solteros, mientras que en los cuidadores informales el 42.5% son casados; su nivel de estudios un 55% en nivel técnico en los cuidadores formales y por otro lado en los cuidadores informales el 42.5% tienen estudios de bachillerato, el estrato socioeconómico en cuidadores formales es del 35% en estrato tres y en los cuidadores informales el 35% son estrato cuatro. También se encuentra una similitud en lo referente a la edad de los pacientes, puesto que en ambos casos, es decir, cuidador formal y cuidador informal, predomina el cuidado a pacientes mayores de 71 años con 87.5% en cuidadores formales y 65% en cuidadores informales. Por último cuando se habla de motivación, a los cuidadores formales tiende a ser el gusto por la labor con un 52.5% y en el cuidadores informales el cariño con un 57.5%.

Tabla 6. **Variables del cuidador formal.**

VARIABLE	FORMAL		
	Menos del mínimo	Salario Mínimo	Más del Mínimo
<b>Ingresos</b>	15%	50%	35%
<b>Experiencia Previa</b>	<b>Si</b> 42.5%		<b>No</b> 57.5%
<b>Capacitación</b>	<b>SI</b> 32.5%		<b>No</b> 67.5%

<b>Etapa de Enfermedad</b>	<b>la</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	<b>Grave</b>
		12.5%	52.5%	35%

*Fuente: Propia autoría.*

En la tabla 6, en cuanto a los cuidadores formales, se observa predominio de salario mínimo, con un valor de 50%, falta de experiencia previa 57.5%, capacitación 67.5%; y sus pacientes están en etapa moderada de la enfermedad en un 52.5%. **Tabla 7. Variables del cuidador informal**

<b>VARIABLE</b>	<b>INFORMAL</b>				
	<b>Situación Laboral</b>	<b>Activo</b>	<b>Jubilado</b>	<b>Hogar</b>	<b>Desempleado</b>
		32.5%	20%	35%	12.5%
<b>Red de Apoyo</b>		<b>Si</b>		<b>No</b>	
		7.5%		92.5%	
<b>Asesoría</b>		<b>Si</b>		<b>No</b>	
		40%		60%	
<b>Información</b>		<b>Si</b>		<b>No</b>	
		15%		85%	
<b>Parentesco</b>	<b>Hijo</b>	<b>Esposo/a</b>	<b>Sobrino/a</b>	<b>Nieto/a</b>	<b>Otros</b>
	60%	10%	7.5%	7.5%	15%

*Fuente: Propia autoría.*

En la tabla 7 se presentan las características del cuidador informal, donde la mayor tendencia es situación laboral activa 32.5% y hogar 35%, también un mayor porcentaje en hijos como cuidadores 60% y una marcada carencia de red de apoyo 92.5%, asesoría con un 60% e información 58%.

**Tabla 8. Nivel de sobrecarga cuidadores**

	<b>FORMAL</b>			<b>INFORMAL</b>		
	<b>No sobrecarga</b>	<b>sobrecarga a leve</b>	<b>sobrecarga intensa</b>	<b>No sobrecarga</b>	<b>sobrecarga a leve</b>	<b>sobrecarga intensa</b>
Total Zarit.	45%	22.5%	32.5%	27.5%	22.5%	50%
Medias	50.35%		58.50			

*Fuente: Propia Autoría.*

En la tabla 8 en relación al test de Zarit, predomina en cuidadores formales un 45% de no sobrecarga y en informales un 50% de sobrecarga intensa, de igual manera la sumatoria de la sobrecarga leve e intensa en cuidadores formales es de 55% y en cuidadores informales 72.5%.

Así mismo se establecen las medias con valores de 50.35 y una desviación típica de 13.079 en cuidadores formales y 58.50 con una desviación típica de 19.749 en cuidadores informales. La prueba T arroja un valor de -2.336 con una significancia de 0.0025, además un valor de la correlación de -0.002 así como también la significancia de 0.991.

## **DISCUSIÓN:**

El presente estudio se centró en la comparación del nivel de sobrecarga experimentada por una muestra de cuidadores formales e informales y la descripción de los datos sociodemográficos de los mismos. Respondiendo a esto, las características sociodemográficas, más relevantes se puede observar que tanto cuidadores informales (80%) como formales (97.5%) son mujeres. Así, se corrobora la tendencia de la labor de cuidado, otorgada al género femenino (Roig et al., 1998).

De igual manera, Espín (2008), con 70,5 %; Cerquera, Pabón et al. (2012) con 82,7%; Yonte, Uríen, Martín y Montero, (2010); con 86%; Cerquera, Granados y Galvis (2014), con 83%; Bertel, (2012), con 88, 5%; Cerquera y Galvis (2013), con 81.1% y Jofre y Sanhueza (2010), con 88.5% hallaron la misma tendencia de feminización del cuidado en los cuidadores informales.

En los cuidadores formales Aparicio et al. (2008) observó en su muestra 105 mujeres y 10 hombres, así mismo, Cerquera y Galvis (2014) encontraron que el 88,7% de la muestra mujeres y 11,3% hombres. De acuerdo con los resultados mencionados anteriormente, es posible manifestar que

existe una clara y demarcada tendencia a la feminización del rol como cuidador, posiblemente debido a las características que se le otorgan a la mujer como la persona idónea para realizar las labores de cuidado y a su vez asumir diferentes tareas, atendiéndolas de manera satisfactoria, de igual manera lo manifiesta en su estudio Rivera, Dávila y González, (2011), las mujeres, no solo asumen el papel de ser cuidadoras, sino que también se responsabilizan de tareas más pesadas y dedican más tiempo al cuidado del hogar y su familia.

En lo referente a la variable edad, el cuidador informal se encuentra entre 51-60 años edad y menos de 40 años, representando el 60% de la muestra, este resultado es congruente con lo hallado en el estudio de Pabón et al. (2014), donde el 23,1% de los cuidadores informales tienen entre 51- 60 años de edad y 36,5% menos de 40 años, representando el 59,6%, así mismo, el estudio de Cerquera, Granados et al. (2012) donde el 36,5% de los cuidadores tenían entre 51-60 años de edad; este resultado se hace importante porque a medida que el cuidador aumenta en edad, también prevalece en fragilidad; siendo esta entendida como un concepto relativamente nuevo, descrito como un síndrome, producto de la disminución en la reserva homeostática y de la resistencia que el individuo presenta frente al estrés (Ávila & Aguilar, 2007, p.3).

La fragilidad es considerada como: un síndrome geriátrico que aun, no se ha difundido en el ámbito de la medicina en general. En término práctico el paciente frágil es conocido como aquel que se encuentra delicado de salud, débil y no es robusto. (Abellán et al., 2010). De igual manera, García (2012), la presenta como el síndrome de fragilidad caracterizado por la disminución de la reserva fisiológica, como aviso de mayor morbilidad y mortalidad para el adulto.

Esto lleva a considerar un mayor cuidado no solo del otro sino de sí mismo, pues como se manifiesta anteriormente a mayor edad del cuidador, posiblemente mayor fragilidad, por tanto

supone, una mayor sobrecarga,

En cuanto a la edad del cuidador formal, el estudio de Aparicio et al. (2008) halló que 72,6% tienen menos de 40 años, representando una población más joven, fuerte, con mejor estado de salud y menor probabilidad de sufrir enfermedades originadas por el cuidado, a diferencia de los cuidadores informales, lo que se puede reflejar en la sobrecarga experimentada en cada tipo de cuidador.

En lo referente al nivel socioeconómico, no se identifican diferencias, pues los dos tipos de cuidadores pertenecen en porcentajes similares al estrato 2, 3 y 4, es decir, la existencia o aparición de la enfermedad de Alzheimer no tiene ninguna relación con el estrato socioeconómico, ya que en cualquier clase y estrato social se hace presente la enfermedad; de igual manera, esta variable no discierne en la presencia o no de sobrecarga, esto se evidencia en el estudio realizado por Cerquera et al. (2012), en donde se presenta que, los cuidadores viven en estrato 2, 3 y 4 con porcentajes de 23%, 28% y 33% respectivamente, indicando que no hay relación entre estas dos variables; se considera que el vivir en estrato 4 o superior, no es un factor determinante para que se presente o no sobrecarga en los cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer, resultado que puede estar relacionado con la fuente de consecución de la muestra, una entidad privada prestadora de servicios de salud y no un sistema público, como el sisbén, en Colombia.

Es evidente entonces que la aparición de la demencia tipo Alzheimer, y la sobrecarga experimentada por el cuidador, no distingue ni raza, ni estrato socioeconómico, pues sus orígenes son de diversos tipos como el genético.

Así mismo, lo manifiestan Cerquera et al. (2014), la relación entre el nivel socioeconómico o estrato social y el nivel de sobrecarga que presentan los cuidadores informales de

pacientes con demencia tipo Alzheimer, no es significativa, ya que dentro de los resultados los valores arrojados no son representativos para que se establezca una relación, indicando que pueden existir otros factores, que influyen en los niveles de sobrecarga que presentan (p. 135).

Por otra parte, en cuanto a las características de los cuidadores formales, se encontró que en su mayoría, devengan un salario mínimo legal vigente (50%), así mismo, se encuentra en el estudio realizado por Cerquera y Galvis (2013), donde el 46% de los cuidadores formales obtienen como ingresos, el salario mínimo; el estudio de Pabón et al. (2014) donde el 46.8% de los cuidadores, reciben dicha remuneración.

En relación a lo anterior cabe resaltar que el 57.5% de ellos no tenían experiencia previa en la labor de cuidador, ni una capacitación especializada en Alzheimer con un 67.5%, lo que explica tal vez la remuneración, ante la labor.

En cuanto a las características específicas del cuidador informal, se halla que la mayoría (35%), se encuentran dedicados al hogar y al cuidado del familiar, de la misma manera se encuentra la prevalencia de esta labor en el estudio de Cerquera y Galvis (2013), en donde el 52.8% de cuidadores informales se encuentran en el hogar atendiendo los múltiples quehaceres; así mismo lo manifiestan Yonte et al. (2010), El 86% se encuentran con estudios primarios, sin trabajo fuera del hogar, en el estudio de Cerquera et al. (2012) donde 36,5% se dedica al hogar.

Este resultado es llamativo, pues dedicarse a los quehaceres del hogar y al cuidado del enfermo de Alzheimer al mismo tiempo, supone aún más un trabajo exhaustivo, pues en un mismo espacio debe atender diversas obligaciones, que interfieren posiblemente en un cuidado asertivo al familiar enfermo, pues la presión de atender de manera adecuada todas las labores, genera un estado poco favorable para el cuidador (López & Crespo 2007).

En lo referente al parentesco de los cuidadores con los pacientes de la enfermedad de Alzheimer se halló que un 60% son hijos que se encuentran al cuidado de sus padres, en concordancia al presente estudio, Cerquera y Galvis, (2013) manifiestan que el 60.4% son hijos, así mismo, Espín (2008) encontró que el 73, % de los cuidadores eran los hijos de los enfermos y Cerquera, Pabón et al. (2012), hallaron que 58,5% eran hijos del paciente. Estos porcentajes, permiten divisar que esta labor es ejecutada en su mayoría por los hijos del paciente, en un gesto y manifestación no solo de afecto sino de gratitud por todo lo recibido en el transcurso de su vivir.

Ante esto, García-Feréz (2004) afirma que la familia, y más en concreto los hijos, tienen una obligación filial ineludible y que ésta debe llevarse a cabo de una manera éticamente justa. Dicha obligación filial, tiene unas motivaciones; Cerquera et al. (2012) encontró en su estudio que el 67,3% de los cuidadores que evaluó referían como motivación principal la obligación y el cariño, lo que confirma que el imperativo ético que prima más en la obligación de los hijos para con los padres es la reciprocidad.

También es importante recalcar que el 60% de cuidadores informales no han recibido una asesoría, por consiguiente la falta de información predomina, interfiriendo de igual manera en el mejor cuidado del paciente con Alzheimer, pues tal como lo manifestaban, al no tener conocimiento de los diferentes comportamientos que presentan los pacientes, en las distintas etapas de la enfermedad, los cuidadores toman actitudes poco tolerantes, ante dichas situaciones.

El 92.5% de los cuidadores informales manifiestan, no tener una red de apoyo estable, especialmente haciendo referencia al núcleo familiar, dicho apoyo se hace un factor determinante para experimentar o no el fenómeno de sobrecarga, de igual manera lo manifiesta Espín (2012),

cuando la familia es disfuncional es más probable en un 13,48% que el cuidador tenga carga que cuando no es disfuncional.

Dicha red de apoyo, como se menciona anteriormente, es un factor protector en lo referente a la sobrecarga ya que es un elemento fortificante al momento de manifestar la sensación de carga; Al comparar los resultados obtenidos con el referente teórico se pudo observar una similitud respecto a la relevancia de la red de apoyo, puesto que según (Alonso et al., 2004) esta carga mencionada, depende de las repercusiones del hecho de cuidar y de las estrategias de afrontamiento y apoyo con que se cuenta. En vista de lo anteriormente mencionado y de los resultados arrojados de la presente investigación, se tiene un índice preocupante en lo referente a red de apoyo, debido a la ausencia de la misma, por lo que se hace necesario un trabajo terapéutico, que contribuya con el mejoramiento de la calidad de vida del mismo.

En lo que refiere al nivel de sobrecarga, es fundamental observar que en los cuidadores formales, el mayor puntaje, es decir el 45% no presentan sobrecarga, contrario a este porcentaje, el puntaje obtenido por los cuidadores informales registra un valor de 50% del nivel denominado sobrecarga intensa, este resultado, indica la existencia de sobrecarga en los cuidadores informales, de esta manera se corrobora lo manifestado por Osorio (2011), quien asegura que el cuidador llega a convertirse indirectamente en una víctima de la enfermedad debido a la gran dependencia del enfermo generando la sobrecarga en actividades básicas, de igual manera se encuentra en el estudio realizado por Aldana y Guarino (2012), en el cual relacionaron las variables sobrecarga del cuidador y los estilos de afrontamiento con la salud general, encontrando que las cuidadoras informales presentan mayores niveles de sobrecarga, en comparación con las cuidadoras formales no profesionales; en esta misma línea en el estudio realizado por Espín, 2012, se encontró que el 52,1 % de cuidadores tenía carga y 47,9 % no presentó carga.

De aquí es posible comprobar que dicha sobrecarga afecta de manera significativa a los cuidadores informales, teniendo un gran significado pues, inherentemente cambiarán su estilo de vida, tal como lo mencionan (Robine et al. 2007), quienes proponen que los cuidadores tenderán a alterar su cotidianidad por cuestión del cuidado de personas con alteraciones físicas o mentales.

Así mismo, se observa en el estudio de Bartel (2012) donde el 42% de los cuidadores informales tenía sobrecarga intensa y el 30% sobrecarga leve. Así mismo el estudio de Espinoza, Méndez, Lara y Rivera (2009) encontraron que el 20% de los cuidadores informales se encuentra levemente sobrecargado y un 38% con una sobrecarga intensa y López et al. (2009) El 66,4% de los cuidadores informales presentaban sobrecarga.

En cuanto a los cuidadores formales, el presente estudio halló que 32,5% no presenta sobrecarga, en congruencia con Cerquera y Galvis (2014) hallaron que los cuidadores formales obtuvieron puntuaciones entre 28 y 99, con una media de 52.9 (DT = 16.1), indicando que el 33.9% de ellos indican presencia de sobrecarga intensa.

Por tanto, se hace evidente, unas diferencias importantes, respecto a la sobrecarga experimentada por los dos tipos de cuidadores, siendo una experiencia altamente negativa en los cuidadores informales, posiblemente debido al vínculo emocional con el paciente, caso contrario a lo vivenciado por el cuidador formal, cuyas motivaciones son de tipo laboral y monetario.

## **CONCLUSIONES**

- La prevalencia del género femenino en los cuidadores del presente estudio es un elemento sobresaliente, puesto que en ambos cuidadores prevalecen las mujeres, lo que podría indicar que la labor de servicio y cuidado es percibida como una labor de mujeres.

- La edad de los pacientes, es por lo general población mayor de 71 años o más, lo que puede representar para los cuidadores más atención y dedicación, debido a lo avanzado de la enfermedad y a la fragilidad de su estado.
- En lo concerniente a la motivación que impulsa a los cuidadores a realizar su labor es el gusto por la labor en cuidadores formales, apoyando lo mencionado anteriormente de su proyecto de vida, y el cariño para los cuidadores informales, dichos sentimientos de afecto pueden ser un factor protector al momento de enfrentar la sobrecarga percibida.
- Un elemento digno de resaltar, es todo lo relativo a la red de apoyo, la información y la asesoría puesto que al hablar de cuidadores informales, la mayoría no han recibido o no cuentan con ninguna de las tres variables mencionadas anteriormente, lo que inherentemente se ve reflejado en ellos al momento de enfrentar, percibir y manifestar el sentimiento de sobrecarga.
- El tema de la sobrecarga, es posible observar como los cuidadores informales presentan más índice de sobrecarga intensa; esto puede ser debido a la falta de red de apoyo, capacitación y pericia sobre el que hacer, con pacientes de demencia tipo Alzheimer, sumado a esto, es importante resaltar que en muchas ocasiones la labor de cuidador no era lo que tenían estipulado como proyecto de vida, generando así un sentimiento de frustración y malestar.

## RECOMENDACIONES

- Para posteriores estudios es necesario tener en cuenta el tiempo que el cuidador requiere para participar en la investigación, ya que la labor de cuidado implica una demanda de tiempo importante. Por tal razón, se recomienda ampliar el tiempo en la fase de recolección de datos, para obtener mayor número de cuidadores.
- Teniendo en cuenta las variables propias del cuidador: sobrecarga, estrés, trabajo y otras labores que desempeñan, es importante que el investigador cuente además de las habilidades comunicativas propias, de un sentido humano, para hacer más empática la entrevista.
- Ya que el grupo “calidad de vida en la tercera edad” ha iniciado un proceso para el cuidado del cuidador, es importante mantener este tipo de intervenciones, fortaleciendo las redes de apoyo, en pro de disminuir la sobrecarga experimentada.
- Se recomienda, incrementar los estudios acerca del proyecto de vida en cuidadores, en el cual se intervenga en el re direccionamiento en sus objetivos de vida, no solo mientras se es cuidador, sino también después del fallecimiento de su familiar.
- Es importante recoger las experiencias de los cuidadores por medio de estudios cualitativos, en donde se profundiza, la vivencia de ser cuidador.

## REFERENCIAS

Abellan van kan, G., Rolland, Y., Houles, M., Gillette, S. & Soto, M. (2010). La evaluación de la fragilidad en adultos mayores. *Clínica de medicina geriátrica*, 26 (2), 275-286.

Aldana, G. & Guarino, L. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Summa psicológica*, 9 (1), 5-14.

Alonso, A., Garrido, A., Díaz, A., Casquero, R. & Riera, M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención Primaria*, 33 (2), 35-45.

- Alpuche, V., Ramos, B., Rojas, M. & Figueroa, G. (2008). Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y salud*, 18 (2), 237-245.
- Aparicio, P., Díaz, J., Cuéllar, I., Castellanos, B., Fernández, M. & De Tena, A. (2008). Salud Física y Psicológica de las Personas Cuidadoras: Comparación entre Cuidadores Formales e Informales. Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO]. Universidad Complutense de Madrid.
- Ávila, J. & Aguilar, S. (2007). El Síndrome de fragilidad en el adulto mayor. *Antología Salud del Anciano*. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina UNAM.
- Bertel, A. (2012). Riesgo a enfermar y sobrecarga del cuidador principal del anciano dependiente. *Revista ciencias biomédicas*, 3 (2), 77-85.
- Blanca, J., Linares, M., Grande, M., Jiménez, M. & Hidalgo. (2012). Relación del cuidado que demandan las personas mayores en hogares para ancianos: metaestudio cualitativo. *Aquichan*, 12 (3), 213-227.
- Bernhardi, R. (2005). Mecanismos neurobiológicos de la enfermedad de Alzheimer. *Revista chilena Neuropsiquiátrica*, 43 (2), 123-132.
- Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayanz, S., Guerra, c. & Millán, T. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista Médica Chile*, 137, 657-665.

Camacho, L., YokebedHinostrosa, G. & Jiménez, A. (2010). Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro Cognitivo y su relación con el Tiempo de Cuidado. *Revista Enfermería Universitaria*, 7 (4), 35-41.

Casado, R. (2009). Factores Culturales y sobrecarga subjetiva en el cuidado familiar de mayores dependientes. (Tesis doctoral). Universidad de Jaén. España.

Cerquera, A. & Galvis, M. (2013). Aspectos bioéticos en la atención al enfermo de Alzheimer y sus cuidadores. *Persona y Bioética*, 17 (1), 85-95.

Cerquera, A. & Galvis, M. (2013). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento psicológico*, 12 (1), 149-167.

Cerquera, A., Granados, F. & Buitrago, A. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer, *Avances de la disciplina*, 6 (1), 35-45.

Cerquera, A., Granados, F. & Galvis, M. (2014). Relación entre estrato económico y sobrecarga en cuidadores de pacientes con Alzheimer. *Revista virtual Universidad Católica del Norte*, 42, 127-137.

Cerquera, A., Pabón, D. & Uribe, D. (2012). Nivel de depresión experimentada por una muestra de cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología desde el Caribe*, 29 (2), 360-384.

Congreso de la República de Colombia (2006). Ley 1090

Cruz, N. (2013). Enfermos de Alzheimer: La sobrecarga del cuidador. (Tesis de grado).

Universidad de Lleida. España.

Dorantes, G., Ávila, J., Mejía, S. & Gutiérrez, L. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México. *Revista Panamericana Salud Pública*, 22 (1), 1-11. Espín, A. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana Salud Pública*, 34 (3), 1-13.

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

Espinoza, E., Méndez, V., Lara, R. & Rivera, P. (2009). Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, en control en el consultorio "José Durán Trujillo", San Carlos, Chile. *Theoria*, 18 (1), 69-79.

Fernández, P., Martínez, S., Ortiz, N., Carrasco, M., Solabarrieta, J. & Gómez, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23 (3), 388-393.

Flórez L., J.A., Flórez V., I. y Rodríguez S., J. (2003). Familia y enfermedad de Alzheimer: nuevos horizontes de convivencia. *Medicina Integral*, 41, 178-182.

Fontán, L. (2012). La Enfermedad de Alzheimer: elementos para el diagnóstico y manejo clínico en el consultorio. *Biomedicina*, 7 (1), 34-43.

García, C. (2012). Evaluación y cuidado del adulto mayor frágil. *Revista médica*, 23(1), 36-4.

García, J. (2004). El problema ético de la obligación filial y/o social de cuidar a personas mayores con demencia. *Revista española de geriatría y gerontología: Organó oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, 39 (1), 35-40.

Garrido, R. y Tamai, S. (2006). Impacto Da Demencia Nos Cuidadores e Familiares: Relevancia Clínica E Escala de Avaliacao. En Bottino, C., Laks, J. y Blay, S. (eds.). *Demencia e Trastornos Cognitivos en Idosos*. Guanaba Hoogan: Rio de Janeiro.

Ginsberg, J., Martínez, M., Mendoza, A. & Pabón, J. (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. *Sociedad venezolana de psiquiatría*, 51 (104), 7-11.

Hernández, Z. & Ehrenzweig, Y. (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de Burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13 (1), 127-142.

Jofré, V. & Sanhueza, O. (2010). Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Ciencia y enfermería*, 16 (2), 111-120.

Lopera, F. (2012). Enfermedad de Alzheimer Familiar. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12 (1), 163- 188.

López, J. & Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión, *Psicothema*, 19 (1), 72-80.

López, M., Orueta, R., Gómez-Caro, S., Sánchez, A., Carmona, J & Alonso, F. (2009). El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre la calidad de vida y su salud.

*Revista clínica de medicina de familia*, 2 (7), 332-339.

Lorenzo, T., Maseda, A. & Millán, J. (2008). *La dependencia en las personas mayores:*

*Necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al hábitat.*

Ediciones Garabal: Coruña.

Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L., Rico, J., Lanz, P. & Taussig, M. (1996).

Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden interview) de Zarit. *Revista de gerontología*, 6 (4), 338-345.

Méndez, L., Giraldo, O., Aguirre, D. & Lopera, F. (2010). Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo alzheimer por mutación e280a en presenilina 1. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5 (2), 137-145.

Navarro, N. (2012). Prevención de sobrecarga en el cuidador del enfermo de Alzheimer,

Recuperado de <http://www.uned.es/intervencion->

[inclusion/documentos/Proyectos%20realizados/Noelia%20Navarro%20Lobato.pdf](http://www.uned.es/intervencion-inclusion/documentos/Proyectos%20realizados/Noelia%20Navarro%20Lobato.pdf)

Nieto, M., & Alonso, L. (2007). ¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional?. *Salud Uninorte*, 23 (2), 292-301.

Ocampo, J., Herrera, J., Torres, P., Rodríguez, J., Lobo, L. y García, A. (2007). Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colombia médica*, 38 (1), 40-46.

Osorio, M. (2011). *Calidad de vida de los cuidadores familiares de los pacientes con enfermedad de Alzheimer*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia.

Bogotá.

Pabón, D., Galvis, M. & Cerquera, A. (2014). Diferencias en el apoyo social percibido entre cuidadores informales y formales de pacientes con demencia tipo Alzheimer.

*Psicología desde el Caribe*, 31 (1), 59-77.

Pedraza, A., Rodríguez, C. & Acuña, R. (2013). Validación inicial de una escala para medir el nivel de sobrecarga de padres o cuidadores de niños asmáticos. *Biomédica*, 33 (3), 361-

369.

Pérez, M. & Llibre, J. (2010). Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 26 (3), 104-116.

Rivera, H., Dávila, R. & Gonzales, A. (2011). Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16 (1), 27-32.

Robine, J., Michael, J. & Herrmann, F. (2007). Who will care for the oldest people in our aging society? *British Medical Journal*, 334, (7593), 570-571.

Rogero, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista española Salud pública*, 83, 393-405. Roig, V.,

Abengózar, C. & Serra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología*. 14 (2), 215-227.

Romano, M., Nissen, M., Del Huerto, N. & Parquet, C. (2007). Enfermedad de Alzheimer. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*, 175, 9-12.

Ruiz, C., Nariño, D. & Muñoz, J. (2010). Epidemiología y carga de la Enfermedad de Alzheimer. *Acta Neurológica Colombiana*, 26 (3), 87-94.

Superintendencia de salud: CHILE. (2008). DEPENDENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES EN CHILE. Recuperado de [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4471\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4471_recurso_1.pdf)

Tartaglini, M.F. y Stefani, D. (2006). Cuidador Informal de Pacientes con Demencia: Avances de investigaciones en los últimos 20 años. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 52(1), 9-18.

Torres, J. (2008). Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés: (un estudio en población sociosanitaria). (Tesis doctoral).

Universidad Huelva. España.

Yonte, F., Uríen, Z., Martín, M. & Montero, R. (2010). Sobrecarga del cuidador principal. *Revista de enfermería de castilla y león*, 2 (1), 59-69.

Zarit, S., Reever, k., & Bach-Peterson, J. (1980). *Relatives of the Impaired Elderly*: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, (20), 649-55.

## ANEXOS

### Anexo 1

#### ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Fecha: \_\_\_\_\_ Encuestador: \_\_\_\_\_

#### ESTIMADO CUIDADOR:

A continuación voy a hacerle unas preguntas relacionadas con la labor que usted desarrolla como cuidador, responda de una forma tranquila y clara y recuerde que toda la información acá consignada será para fines estrictos de la investigación.

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad (años cumplidos): \_\_\_\_\_

Lugar actual de residencia \_\_\_\_\_

1. ¿Qué parentesco tiene Ud. con el adulto mayor?

<input type="checkbox"/>	Hijo/a
<input type="checkbox"/>	Esposo/a
<input type="checkbox"/>	Sobrino/a
<input type="checkbox"/>	Nieto/a

Cuál

	Otro
--	------

---

2. ¿Cuál es su estado civil?

	Soltero/a
	Casado/a
	Divorciado/a
	Viudo/a
	Unión libre

3. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

	Sin estudios
	Primaria sin terminar
	Primaria terminada
	Secundario / Bachillerato
	Técnicos / Tecnológicos
	Universitario

4. ¿Cuál es su situación laboral actual?

	Activo/a
	Jubilado/a
	Hogar
	Desempleado/a

5. ¿Cuál es su nivel de ingresos mensuales personales?

Fuente de Ingresos

---

6. ¿Cuál es su nivel socioeconómico?

	Menos del mínimo
	Mínimo (589.500)
	Más del mínimo
	Estrato 1
	Estrato 2
	Estrato 3
	Estrato 4
	Estrato 5 o superior

7. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo la actividad de cuidado de su familiar?

	Menos de 1 año
	De 1 a 5 años
	Más de 5 años

cuántos

---

8. ¿Quién o quiénes considera que son su mayor apoyo para sobrellevar las situaciones difíciles relacionadas con la enfermedad de su familiar ofrecen su apoyo?

	Pareja
	Hijos
	Otros familiares
	Amigos
	Vecinos
	Iglesia
	Otros

9. ¿Qué le motiva a cuidar de su familiar?

	Obligación
	Cariño
	Reciprocidad
	Interés económico
	Otra motivación

Cuál

---

## Anexo 2

### ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR ZARIT

Adaptación Española Martín et al. (1996)

A continuación se plantean una serie de situaciones a las que frecuentemente se enfrentan los cuidadores. En su caso, algunas de éstas puede que estén presentes y, otras, puede que no. A medida que le vaya planteando cada una de ellas quiero que me diga si en la actualidad está presente y si le produce algún malestar. De ser así, dígame en qué grado.

1- ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

2- ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

3- ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

4- ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

5- ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

6- ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

7- ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

8- ¿Siente que su familiar depende de usted?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

9- ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

10- ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

11- ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

12- ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

13- ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

14- ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

15- ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

16- ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

17- ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

18- ¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otras personas?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

19- ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

20- ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

21- ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

22- En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

### Anexo 3

#### ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR ZARIT Adaptación Española Martín et al. (1996)

A continuación se plantean una serie de situaciones a las que frecuentemente se enfrentan los cuidadores de enfermos de Alzheimer. En su caso, algunas de éstas puede que estén presentes y, otras, puede que no. A medida que le vaya planteando cada una de ellas quiero que me diga si en la actualidad está presente y si le produce algún malestar. De ser así, dígame en qué grado.

1- ¿Siente que la persona a su cuidado solicita más ayuda de la que realmente necesita?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
-------	------------	---------	--------------------	-----------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2- ¿Siente que debido al tiempo que dedica a las personas a su cuidado ya no dispone de tiempo suficiente para usted?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

3- ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a las personas a su cargo y atender además otras responsabilidades?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

4- ¿Se siente avergonzado por la conducta de las personas a su cuidado?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

5- ¿Se siente enfadado cuando está cerca de las personas a su cuidado?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

6- ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

7- ¿Siente temor por el futuro que le espera a las personas a su cuidado?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

8- ¿Siente que la persona a su cuidado depende de usted?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

9- ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a la persona a su cuidado?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

10- Siente que su salud se ha resentido por cuidar a las personas a su cargo?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

11- ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a las personas a su cuidado?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

12- ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar a las personas a su cuidado?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

13- ¿Se siente incómodo cuando llegan amigos o familiares de las personas a su cuidado?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

14- ¿Cree que las personas a su cuidado espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

15- ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

16- ¿Siente que será incapaz de cuidar a las personas a su cuidado por mucho más tiempo?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

17- ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que inició el trabajo como cuidador?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

18- ¿Desearía poder encargar el cuidado de las personas a su cuidado a otras personas?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

19- ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con las personas a su cuidado?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

20- ¿Siente Que debería hacer más de lo que hace por las personas a su cuidado?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

21- ¿Cree que podría cuidar de las personas a su cuidado mejor de lo que lo hace?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

22- En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de las personas a su cuidado?

NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1	2	3	4	5

#### Anexo 4

##### ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA CUIDADORES FORMALES

Fecha: \_\_\_\_\_

Encuestador: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad (años cumplidos): \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

Lugar actual de residencia  
\_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es su estado civil?

	Soltero/a
	Casado/a
	Divorciado/a
	Viudo/a
	Unión libre

2. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

	Sin estudios
	Primaria sin terminar
	Primaria terminada
	Secundario / Bachillerato
	Técnicos / Tecnológicos
	Universitario

3. Profesión/ ocupación actual \_\_\_\_\_

Profesión/ ocupación anterior \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es su nivel de ingresos mensuales personales?

	Menos del mínimo
	Mínimo (589.500)
	Más del mínimo

Fuente de ingresos (Especificar también si es diferente a la actividad laboral actual) \_\_\_\_\_

5. ¿Cuál es su nivel socioeconómico?

	Estrato 1
	Estrato 2
	Estrato 3
	Estrato 4
	Estrato 5 o superior

6. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo la actividad de cuidado del paciente?

Cuánto tiempo \_\_\_\_\_

7. Etapa de la enfermedad

	Leve
--	------

	3 a 6 meses
	7 meses a 1 año
	Más de 1 año
	Moderada
	Grave

8. ¿Tiene experiencia previa en el cuidado de pacientes con Alzheimer?

Si \_\_\_ de cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

9. Edad del paciente

	41-50
	51-60
	61-70
	70 o más

10. ¿Ha recibido capacitaciones sobre la enfermedad de su familiar y los cuidados que requiere?

SI \_\_\_ NO \_\_\_

11. ¿Qué le motiva trabajar con pacientes con la enfermedad de Alzheimer?

Cuál	Obligación
	Cariño
	Reciprocidad
	Interés económico
	Otra motivación

\_\_\_\_\_

12. ¿Tiene actualmente proyecto de vida?

SI \_\_\_Cuál \_\_\_\_\_ NO \_\_\_