

CARACTERIZACIÓN PSICOSOCIAL DE UNA MUESTRA DE CUIDADORES
FORMALES E INFORMALES DE ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LOS
DEPARTAMENTOS DE CUNDINAMARCA Y SANTANDER.

Directora
Ps. ARA MERCEDES CERQUERA CÓRDOBA

SINDI JOHANA ACEVEDO GÓMEZ.
WILLIAM DÍAZ REY.

Proyecto de grado para optar el título de psicólogo



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
FLORIDABLANCA
2013

Agradecimientos

De manera cordial a la Ps. Ara Mercedes Cerquera Córdoba por su entrega, dedicación, apoyo y orientación en la realización y ejecución del presente proyecto; ella quien con su profesionalismo y calidad humana ha sabido transmitirnos la disciplina y el amor por la investigación.

A nuestras familias que con su apoyo no solo moral sino económico han participado de manera constante en la realización de nuestros logros personales y profesionales, gracias por permitirnos contar con ustedes a lo largo de este recorrido, por la confianza que han depositado y sus esfuerzos por hacer de nosotros unos excelentes seres humanos.

A todas aquellas personas y organizaciones que con su apoyo y ejecución de los diferentes protocolos permitieron la recolección de datos, aspecto vital para culminar con éxito la realización del proyecto.

Por último a todas aquellas personas que de una u otra manera contribuyeron en la culminación de este gran logro.

Tabla de contenido

Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Objetivos	12
Marco teórico	13
Método	25
Diseño	25
Participantes	25
Criterios de inclusión	25
Procedimiento	25
Consideraciones éticas	27
Instrumento	27
Definición de variables	29
Resultados	30
Discusión	37
Conclusiones	43
Recomendaciones	44
Referencias	45

Índice de tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los cuidadores formales e informales de adultos mayores.	30
Tabla 2. Funcionalidad familiar que presentan los cuidadores formales e informales de adultos mayores.	33
Tabla 3. Sobrecarga que presentan los cuidadores formales e informales de adultos mayores.	33
Tabla 4. Apoyo social percibido que presentan los cuidadores formales e informales de adultos mayores.	34
Tabla 5. Conocimiento de la enfermedad por parte de los cuidadores formales e informales de adultos mayores.	34
Tabla 6. Datos de los pacientes de los cuidadores formales e informales.	35

Índice de Anexos.

Anexo 1. Consentimiento informado.	55
Anexo 2. Entrevista estructurada de datos sociodemográficos cuidadores informales.	56
Anexo 3. Entrevista estructurada de datos sociodemográficos cuidadores formales.	59
Anexo 4. Cuestionario de función familiar APGAR	62
Anexo 5. Escala de sobrecarga del cuidador ZARIT – Informal	63
Anexo 6. Escala de sobrecarga del cuidador ZARIT – Formal	68
Anexo 7. Cuestionario MOS de apoyo social.	73

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TÍTULO: CARACTERIZACIÓN PSICOSOCIAL DE UNA MUESTRA DE CUIDADORES FORMALES E INFORMALES DE ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LOS DEPARTAMENTOS DE CUNDINAMARCA Y SANTANDER.

AUTOR (ES): SINDI JOHANA ACEVEDO GÓMEZ.

WILLIAM DÍAZ REY.

FACULTAD: FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIRECTOR: ARA MERCEDES CERQUERA CÓRDOBA

RESUMEN:

La investigación descriptiva de enfoque cuantitativo transversal, de diseño no experimental; cuya muestra fue de corte no probabilístico y se captó por conveniencia, estuvo constituida por 200 cuidadores, 100 formales y 100 informales, para los cuales se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: ser cuidador formal o informal, entre las edades de 20 a 84 años, tener mínimo 3 meses de cuidado con el Adulto Mayor, pertenecer a los departamentos de Cundinamarca y Santander y para el caso de los cuidadores informales, no recibir ningún tipo de remuneración económica. El objetivo fue caracterizar a nivel psicosocial una muestra de cuidadores formales e informales de adultos mayores pertenecientes a los departamentos de Cundinamarca y Santander, a través del Cuestionario De Función Familiar APGAR, con un índice de fiabilidad del 0,77 y validez del 0,64. Escala de Sobrecarga Del Cuidador Zarit, con una consistencia interna del 0,88 validez del 0,71 y el cuestionario MOS de Apoyo Social con una validez del 0,97 y confiabilidad del 0,58. Los resultados sociodemográficos indican que un 82% son mujeres informales y un 89% son mujeres formales, la edad del cuidador informal fue de 51 a 60 años con el 32% y el cuidador formal osciló en edades menos de 40 años de edad con un 64%, el 56% de los informales son casados, el 43% de los formales son solteros, el 51% y el 48% de los cuidadores informales y formales respectivamente reciben más de un salario mínimo legal vigente, el 35% de los informales viven en estrato 4 y el 44% de los cuidadores formales viven en estrato 2 y llevan al cuidado del paciente más de un año. Los resultados de la prueba Apgar demostraron un 57% de funcionalidad familiar para los informales y un 83% de funcionalidad familiar para los formales, La prueba Zarit muestra no sobrecarga con un 45% para los informales y un 41% para los formales, el apoyo social percibido es adecuado en un 83% para los informales y un 89% para los formales.

PALABRAS CLAVES. Cuidador formal, cuidador informal, Adulto Mayor, sobrecarga, apoyo social, funcionalidad familiar.

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: CHARACTER PSYCHOSOCIAL OF A SAMPLE OF FORMAL CAREGIVER AN INFORMAL OF ELDERLY BELONG TO DEPARTMENTS OF CUNDINAMARCA AND SANTANDER

AUTHOR (S): SINDI JOHANA ACEVEDO GÓMEZ.

WILLIAM DÍAZ REY.

FACULTY: PSYCHOLOGY

DIRECTOR: ARA MERCEDES CERQUERA CÓRDOBA

ABSTRACT

The descriptive research of transversal quantitative approach of design no experimental; whose sample was cut not probabilistic and it got for convenience, was consisted of 200 caregivers. 100 formal and 100 informal which took into account the following criteria for inclusion: be informal o formal caregiver, ages range from 20-84 years old, to have at least three months of care with the elderly, belong to the departments of Cundinamarca and Santander and in the case of informal caregivers don't receive any financial remuneration. The objective was to characterize a sample of psychosocial level formal and informal caregivers of elderly belonging to the departments of Cundinamarca and Santander through the family function questionnaire APGAR with a reliability rate of 0.77 and a validity of 0.64 caregiver's burden scale Zarit with an internal consistency of 0.88 validity of 0.71 and the questionnaire Mos of social support with a validity of 0.97 and reliability of 0.58. The sociodemographic results indicate that 82% are informal women and 89% are formal women, the age of informal caregiver was 51 to 60 years old with 32% and the formal caregiver ranged in ages below 40 years old with 64%, the 56% of informal are married, 43% of the formal are single, 51% an 48% of informal caregivers and formal respectively receive more than a legal minimum wage, the 35% of the informal live in stratum 4 and 44% of formal caregivers live in stratum 42 parent cared more than one year. The APGAR test results showed 57% of family functionality for informal and 83% of family functionality for formal caregivers, the sample Zarit shows non-overload with 45% for informal and 41% for formal, the support social perceived is adequate in a 83% for the informal and 89% for the formal

KEY WORDS: Formal Caregivers, Informal Caregivers, Elderly, Overloading, Social Support, Family Functioning

Introducción.

Las situaciones de enfermedad crónica, los procesos de enfermedades terminales, el envejecimiento de la población colombiana y los cambios en las formas de los servicios de salud han abierto la puerta al cuidado familiar y formal, creando la necesidad de un personal preparado en el campo de la gerontología, lo que implica cambios de actitud hacia el adulto mayor (Hernández, 2006).

La sociedad vive el reto de responder al cuidado en situaciones de enfermedad en la tercera edad, convirtiéndose así en un problema progresivo y prioritario de salud pública (Sánchez, 2002). Las implicaciones, las necesidades asistenciales y los retos que ocasionan estas enfermedades han sido ampliamente documentadas (Moreno, Náder, & López, 2004., Sánchez, 2004).

En el caso de la cultura latina, el cuidador familiar de una persona con enfermedad crónica se comporta diferente frente a sus compromisos de cuidado, ve afectada su calidad de vida en especial su salud, ve comprometido su núcleo familiar y por lo general no cuenta con un apoyo social satisfactorio (Pinzón, 2001., Lucke, Coccia, Goode, & Lucke 2004).

La experiencia de ser cuidador modifica la vida de las personas de manera importante, va más allá de tener una tarea o responsabilidad por otra persona para generar una forma de vida y relación diferente consigo misma, con la persona cuidada y con el mundo (Sánchez, 2001).

El estudio de los cuidadores y especialmente de los factores de riesgo en éstos, empieza a tomar relevancia en el momento que se encuentran resultados que apuntan a una afectación en dicha población en otros contextos, como España (Martínez & Khachaturian, 2001), Cuba (Espín, 2009) y México (Arango-Laspriella, Rogers, & Fernández-Guinea, 2003).

El nivel de afectación de los cuidadores, especialmente los de pacientes con enfermedad de Alzheimer, es mayor, presentan agotamiento físico y psicológico importante, transformándose así el cuidado, en una carga diaria (Pérez, 2008).

Estudios como el de Moreno, Arango-Lasprilla & Rogers (2010), han identificado que los cuidadores reportan tener altos niveles de sobrecarga, depresión y problemas de salud, y Ávila-Toscano, García-Cuadrado, y Gaitán-Ruiz (2010).

Dentro de los estudios existentes, se ha encontrado que son los cuidadores informales quienes presentan en mayor medida niveles altos de ansiedad que los cuidadores formales, y aunque tienen una visión positiva de la vida, su nivel de afectación a nivel emocional en comparación con los cuidadores formales, es mayor (Aparicio, 2008), de igual manera se ha hallado que los cuidadores de familiares dependientes muestran mayor disfunción familiar que otros cuidadores (15,9% vs 7,8%) (López, et., al., 2009).

Cuando en una familia se presenta un integrante que precisa cuidados, la situación familiar genera cambios importantes dentro de su estructura, en los roles y patrones de conducta de sus integrantes. Dichos cambios pueden provocar crisis que ponen en riesgo la estabilidad de la familia, afectando a todos los integrantes especialmente al cuidador principal, quien soporta la mayor parte de sobrecarga física, emocional y psicológica (López, et., al. 2009).

Por otra parte, la literatura científica también da cuenta de cómo el ser cuidador trae consecuencias negativas a nivel social, emocional, físico y de salud para las personas que proveen este cuidado; en este sentido, hace referencia a la sobrecarga, carga emocional, estrés y depresión, fatiga, pérdida del apetito, insomnio, trastornos del ciclo circadiano y aislamiento social, entre otros (Sánchez, 2001., Soldo, Agree, & Wolf, 1998., Montoro, 1999., Artaso, Goñi, Huici, & Gómez, 2002).

Igualmente, se han encontrado como factores causantes del deterioro psicosocial del cuidador de adultos mayores, la enfermedad, la discapacidad, el deterioro funcional y cognitivo o los problemas de conducta de los mayores a quienes cuidan, que constituyen posibles antecedentes de estrés del cuidador. Justamente, los problemas de salud son

percibidos como la principal amenaza, tanto por el cuidador como por el anciano, y esto es más complejo, cuando ambos son de edad avanzada (Montoro, 1999).

Son múltiples las propuestas para intervenir con los cuidadores formales e informales a nivel mundial, pero muy pocas las que se han adelantado en el contexto colombiano (Sörensen, Pinguart, & Duberstein, 2002., Jeon, Brodaty, & Chesterson 2005., Cerquera, Pabón & Uribe, 2012., Cerquera, Granados & Buitrago, 2011).

El objetivo del presente estudio es caracterizar a nivel psicosocial una muestra de cuidadores formales e informales pertenecientes a los departamentos de Cundinamarca y Santander, una investigación desarrollada para determinar un perfil característico de los cuidadores primarios y secundarios de personas Adultas Mayores, por medio de la aplicación de la batería de pruebas: Cuestionario De Función Familiar APGAR, Escala de sobrecarga del cuidador Zarit y el Cuestionario MOS de apoyo social y la entrevista estructurada para la recolección de datos sociodemográficos.

Por otra parte se tuvieron en cuenta los departamentos de Santander y Cundinamarca puesto que el primero es la zona de influencia de la Universidad y es donde se puede generar mayor impacto, ya que se estaría dando respuesta a las problemáticas propias de la región, así mismo el segundo fue seleccionado gracias a que allí se pudo captar gran cantidad de personas debido a la apertura que tuvo la investigación y la influencia de cuidadores que cumplían con los criterios de inclusión

Así mismo la muestra se captó por el método de muestreo intencional o de conveniencia ya que para efectos de la investigación se necesitaba contar con personas dispuestas, disponibles y que cumplieran los criterios de inclusión para ser estudiados; de igual manera se buscó tener una equidad en el número de cuidadores formales e informales de adultos mayores con el fin de promocionar mayor validez científica en la investigación.

Además la importancia de trabajar con los cuidadores formales e informales radica en que esta población presenta características psicosociales que ameritan ser estudiadas, debido al grado de dificultad que representa la labor del cuidado, aspecto que repercute en su calidad de vida. De igual manera el estudio será un aporte importante a la Psicología, ya

que se permitirá contar con material científico que servirá de base para investigaciones futuras, esto debido a que en el contexto cundinamarqués y santandereano no existen investigaciones que apunten a profundizar en el tema.

Finalmente, por medio de este estudio, se determinó la posibilidad de aportar al campo clínico, pues en la medida que se reconozcan afecciones en los cuidadores, se abren opciones en cuanto a medidas de promoción, prevención e intervención, reduciendo de esta forma las consecuencias negativas presentadas en dicha población.

De acuerdo con lo anteriormente descrito se evidencia la necesidad de conocer ¿Cuáles son las características psicosociales de una muestra de cuidadores formales e informales de adultos mayores pertenecientes a los departamentos de Cundinamarca y Santander?

Objetivos

Objetivo General:

Caracterizar a nivel psicosocial una muestra de cuidadores formales e informales de adultos mayores pertenecientes a los departamentos de Cundinamarca y Santander.

Objetivos Específicos:

Identificar las características sociodemográficas de la población de cuidadores de adultos mayores pertenecientes a los departamentos de Cundinamarca y Santander.

Identificar el tipo de funcionalidad familiar que presenta una muestra de cuidadores de adultos mayores a través de la prueba Apgar Familiar.

Establecer el nivel de sobre carga que presentan los cuidadores formales e informales de adultos mayores a través de la prueba ZARIT.

Determinar el apoyo social que presenta la muestra de cuidadores formales e informales de adultos mayores a través de la prueba MOS.

Marco Teórico.

El envejecimiento y la vejez representan una situación de atención, ya que se ha considerado el aumento significativo de la población mayor de 60 años en una tendencia epidemiológica mundial. (Carrasco, Martínez, Foradori, Hoyl, Valenzuela, Quiroga, et al., 2010). El número de personas que en el mundo rebasa la edad de 60 años, aumentó en el siglo XX de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1207,6 millones de ancianos (Guerrero, Rodríguez, & Ramírez, 2004). También se ha incrementado el grupo de los "muy viejos", esto quiere decir los mayores de 80 años de edad, que en los próximos 30 años constituirán el 30 % de los adultos mayores en los países desarrollados y el 12 % en los llamados en vías de desarrollo (Alonso, Sansó, Díaz-Canel, Carrasco, & Oliva, 2007., Cardona, & Segura, 2011).

Colombia como país en vía de desarrollo presenta algunas tendencias que son similares a nivel internacional, debido a los avances culturales, científicos y tecnológicos en diferentes campos del saber, que se dieron durante el siglo XX (Carvajal, Dulcey-Ruiz, & Mantilla, 2002).

Según las Estadísticas Mundiales Online de la Index Mundi (2012), Colombia cuenta con 45.239.079 habitantes, de los cuales un 6.1% de población es mayor a 65 años, distribuidos en 1.159.691 hombres y 1.587.277 mujeres, lo cual nos da a entender que existe un incremento de la población mayor en comparación con los años anteriores. En el año 2050 el número de colombianos mayores de 60 años será de 15.000.000 aproximadamente, es decir se quintuplicará. La relación entre mayores de 60 y menores de 5 años será de 3 a 1, esto quiere decir que por cada menor de 5 años habrá tres adultos mayores de 60 años de edad (Rueda, 2000). Del total de la población adulta mayor el 63.12% se concentra en Boyacá, Tolima, Bogotá, Cundinamarca, Caldas, Antioquia, Valle del Cauca, Quindío, Santander, Atlántico y Bolívar; de este el 9% se agrupan en Bogotá y el 8.2% en Santander (Dulcey, 2007).

Cabe señalar, que dicha concentración es debida principalmente a fenómenos como el desplazamiento interno, las migraciones de los más jóvenes, la incorporación cada vez

mayor de las mujeres al trabajo, que contribuye al envejecimiento del país. Adicionalmente, la evolución de las culturas, el desarrollo social de los países, el descenso acelerado de la fecundidad, el desarrollo y descubrimiento en aspectos relacionados con la salud de las poblaciones, han permitido contar con nuevas técnicas y procedimientos para influir en la evolución y aumento rápido de la esperanza de vida (Álvarez, Rodríguez, & Salomón 2008).

Sin embargo, esta situación trae como consecuencia una mayor preocupación, ya que el aumento de la edad se acompaña de mayor vulnerabilidad y fragilidad, hecho que genera la necesidad de la figura del cuidador, quien al dedicarse la mayor parte del tiempo a la labor de cuidado ve menoscabada su calidad de vida (López, Orueta, Gómez, Sánchez, Carmona, & Alonso, 2009).

Envejecimiento y vejez, definiciones y contextos

Desde la psicología del desarrollo, la edad se plantea como un marcador de cambio y transformación de la conducta humana, tanto en sus aspectos externos y visibles como en los internos y no directamente perceptibles. Así, la edad se convierte en una variable básica a lo largo de la cual pueden ordenarse e investigarse los cambios evolutivos relacionados con el período del desarrollo humano en el que la persona se encuadra (Meléndez, Tomás, & Navarro, 2008).

El término envejecimiento se asocia comúnmente al proceso biológico que experimenta una persona cuando va ganando años. Sin embargo el comienzo y la percepción de la vejez tiene que ver no sólo con la evolución cronológica sino también con fenómenos de naturaleza biopsíquica y social (Schaie, & Willis, 2003), que antecede al nacimiento y termina con la muerte (Bonilla, 1998).

De acuerdo con Carvajal, Dulcey-Ruiz, y Mantilla, (2002), el envejecimiento es inevitable e irreversible, es un proceso dinámico y enormemente diferencial. No solo depende de factores genéticos, biológicos o hereditarios, sino de una buena parte del contexto y, de las condiciones en las cuales se vive, así como de los estilos o hábitos de comportamiento durante toda la vida; implica pérdidas y ganancias, disminuciones y

logros; sin embargo, hay notables diferencias individuales y es posible afirmar que entre más vivimos, menos nos parecemos los unos a otros, así la población más heterogénea que existe es la de quienes más han vivido (Canal, 1999., Aristizábal-Vallejo, 2008., *Psicología Gerontológica*, 2002).

Es necesario reconocer que el concepto de vejez, está relacionado con la edad cronológica del individuo y viene acompañado de una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales, los cuales no siempre son positivos (Schaie, & Willis, 2003). De acuerdo con Guijarro, (1999) la enfermabilidad es una de las notas características de la vejez y viene condicionada por vulnerabilidad de la edad avanzada; las vivencias de la enfermedad están constituidas por invalidez, molestia, amenaza, soledad y muerte.

Las enfermedades de mayor prevalencia son enfermedades del sistema esquelético, hipertensión arterial, problemas cardiacos, reumáticos y respiratorios (Yanguas, 2006). Así como las enfermedades degenerativas, las tumorales, las infecciosas, las autoinmunitarias, las disregulativas, las traumáticas y las iatrogénicas. (Guijarro, 1999). Otras patologías que requieren cuidados paliativos (Gort, Mazarico, Ballesté, Barberá, Gómez, & De Miguel, 2003) la artritis (Brouwer, Van-Exel, Van-Berg, Dinant, Koopmanschap, & Van- Bos, 2004), reumatoidea (Martín, Salvadó, Nadal, Miji, Rico, Lanz, & Taussig, 1996., Amenábar, García-López, Robles, Saracho, Pinilla, Gentil, et al., 2002). Los problemas de salud crónicos frecuentemente terminan teniendo consecuencias en el estado emocional del adulto mayor (Pinto, & Ramos, 2007).

Es así como en la actualidad predominan enfermedades que constituyen problemas de salud en los adultos mayores; las enfermedades crónicas, demencias, entre las cuales se destaca la enfermedad de Alzheimer (EA) la cual representa la primera causa de demencia (50% a 70%) en el mundo (García, Coral, Meza, Lucino, Martínez, & Villagómez, 2009., Turró, Soler, Lopéz, Vilalta, & Monserrat, 2008., Hughes, & Ganguli, 2010 Pinto & Ramos, 2007., Llibre, Guerra, & Perera, 2008., Llibre, 2008 Ardila, & Roselli, 2007., Romano, Nissen, Huerto, & Parquet, 2007., *Alzheimer's Disease International*, 2009), y las incapacidades son el elemento de mayor importancia (Ham-Chande, 2009).

Caracterización psicosocial de los cuidadores formales e informales de adultos mayores.

Es en este punto donde el interés debe recaer no solo en los adultos mayores sino en el funcionamiento psicosocial de los cuidadores.

El funcionamiento psicosocial (Reig, 2003., Izal, 1999) comprende componentes tanto objetivos como subjetivos (Birren, & Schaie, 2001) que son evaluados bajo el concepto multidimensional de Calidad de Vida (Yanguas, 2006), se deben tener en cuenta la satisfacción vital y los factores ambientales, es decir, la percepción que tiene la persona de estas dimensiones (Terol, López-Roig, Pastor, Mora, & Martín- Aragón, 2006., Iglesias-Souto, & Dosil, 2005). Los aspectos psicosociales dan a conocer la formas de cómo los individuos enfrentan las condiciones personales que le toca vivir y responder a ellas, buscando solución a los problemas, aceptando y asumiendo pérdidas inevitables, para seguir sintiéndose satisfechos e interesados en su existencia (Redondo, 1990).

Uno de estos aspectos psicosociales es cuidar, que representa para la persona que lo ejerce, (cuidador), un curso complejo de difícil manejo y de altas exigencias (Stefani, Siedmann, Pano, Acrich, & Bail- Pupko 2003). El cuidador se ha definido como “La persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, por lo general su esposo/a, hijo/a, un pariente cercano o alguien que le es significativo económicamente. Es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta al adulto” (Astudillo, & Mendinueta, 1999, p. 238); sin embargo, no es raro que los cuidadores sean víctimas de una depresión leve o incluso más grave, como resultado de las exigencias permanentes del cuidar (Fundación Acción Familiar Alzheimer Colombia, 2002).

Estas exigencias del cuidar, han tomado importancia en las investigaciones relacionadas con la sobrecarga, funcionalidad familiar, apoyo social, estrés, ansiedad, depresión y demás posibles efectos negativos que se pueden generar en el cuidador (Pérez, 2008., Galeano, Guardiola, Linares, Munevar, & Rojas, 2009).

Estos efectos negativos pueden precipitar crisis que ponen en peligro su calidad de vida ya que tienen que soportar la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados, dado que el paciente necesita una mayor vigilancia (Barrera, 2006., Rivera, Dávila, & González, 2011), evidenciada en el promedio de horas de atención en que se ejerce el cuidado, siendo éstas, como mínimo, 16 horas de permanencia (Roca, & Blanco, 2007).

Según Benjumea (2009) cada vez son más las personas que cuidan; el cuidado se está convirtiendo en una experiencia común en la vida de los seres humanos, sin embargo, ser cuidador expone a la persona a sufrir dificultades económicas y lo hace vulnerable al aislamiento y la exclusión social (Blackburn, Read, & Hughes, 2005).

Investigaciones recientes están concluyendo que los cuidadores sufren desigualdades en salud comparados con la población general (Benjumea, 2009), presentan mayor morbilidad (López, 2005) y se ocupan menos de promover su calidad de vida (Barrera, 2006., Fernández-Puebla, 2004).

De igual manera, la labor del cuidado repercute en la dinámica familiar, del cuidador, en el nivel económico, espiritual, social, psicológico y de salud, creando conflictos y desequilibrios en éste (Salcedo, 2006) que a su vez, tienen incidencia en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor (Bellón, Delgado, Luna, & Lardelli, 1996., Sánchez-Guevara, Gómez-Gómez, Gutiérrez-Herrera, Riquelme-Herras, & Garza-Elizondo, 2006).

De acuerdo con Rodríguez (1995), los cuidadores pueden ser clasificados en dos grupos: el primero, cuidadores informales correspondientes a los familiares o personas cercanas al adulto quienes son los principales proveedores del cuidado (Stuyck, 2000); y el segundo, cuidadores formales, personas profesionales fuera del ámbito familiar, a quien se les remunera por asumir este papel, ya sea en instituciones geriátricas, organizaciones del estado, religiosas o particulares (Reyes, 2001).

Estos cuidadores suelen presentar una serie de alteraciones físicas y de su salud como son las quejas somáticas, el dolor crónico del aparato locomotor, la cefalea tensional, la astenia y la fatiga crónica, la alteración del ciclo sueño-vigilia, el deterioro de la función inmune y una mayor predisposición a úlcera péptica y a enfermedades cardiovasculares

(Espín, 2009), síntomas depresivos (Lladó, Antón-Aguirre, Villar, Rami, & Molinuevo, 2008), ansiedad (Ferrara, Langiano, Brango, Vito, Cioccio, & Bauco 2008., Paleo, & Rodríguez, 2005), sentimientos de culpa (Sander, Ott, Kelber, & Noonan, 2008), sentimientos de impotencia y resignación (Arango-Lasprilla, Fernández-Guinea, & Rogers, 2003), alteraciones del sueño (Creese, Bedard, Brazil, & Cambers, 2008., Donaldson, Terrier, & Burns, 1998., McCurry, Logsdon, Teri, & Vitiello, 2007), sobrecarga (McCurry et al., 2007), aislamiento social (Sander et al., 2008., Vega, 2011), alteraciones sexuales (Simonelli, Tipoldi, Rossi, Fabrizi, Lembo, Cosmi, et, al., 2008), altos niveles de estrés (Paleo & Rodríguez, 2005), problemas económicos (Arango-Lasprilla et al., 2003), bajos niveles con satisfacción con la vida (Garre-Olmo, Hernandez-Fernandiz, Lozano-Gallego, Vilalta-Franch, Turon-Estrada, Cruz- Reina et al, 2000), y problemas laborales y legales (Arango-Lasprilla et al., 2003).

Sin embargo la actividad del cuidar también conlleva una experiencia emocional positiva y muy satisfactoria; logrando establecer vínculos de apoyo y reafirmación de la fraternidad entre cuidador- cuidado (Pérez, 2006).

A lo largo de la trayectoria investigativa se han estudiado las características generales de los cuidadores informales de personas que sufren algún grado de dependencia por diferentes tipos de enfermedades, (Teixidó, Tartas, Arias, & Cosculluela, 2006) encontrado coincidencias en que son mujeres (Pérez, Garcia, Rodriguez, Losada, Porras, & Gomez, 2009., Lizarraga, Artetxe, & Pousa, 2008., Cervera, Hernández, Pereira, & Sardiñas, 2008., Babarro, Garrido, Díaz, Casquero, & Riera, 2004., Cerquera, et al., 2011., Cerquera, et al., 2012., López, 2005., Aguglia, Onor, Trevisiol, Negro, Saina, & Maso, 2006., Larrañaga, Martin, Bacigalupe, Begiristain, Valderrama, & Arregi, 2008), entre 40 y 59 años (Samele, & Manning, 2000., Takase, Mendes, Martins, Modesto, & Zunino, 2011., Lopez, Orueta, Gómez, Sánchez, Carmona, & Alonso, 2009., Babarro, et al, 2004., Cerquera, et al., 2011., Cerquera, et al., 2012), amas de casa (García-Calvente, Mateo-Rodríguez, Eguiguren, 2004., Babarro, et al, 2004) y Sánchez-Guevara, et al., 2006., Cerquera, et al., 2011., Cerquera, et al., 2012), hijas del enfermo que conviven generalmente con éste, casadas y con hijos (Espín, 2009., Larrañaga, et al., 2008., Crespo, & López, 2008., Pérez, 2006., Babarro, et al, 2004., Cerquera, et al., 2011., Cerquera, et al., 2012) sin estudios o con estudios primarios (Babarro, et al, 2004., Lopez, et al, 2009.,

Galvis, Pinzón, & Romero, 2004) no son remunerados económicamente (Samale et al, 2000., Espín, 2009., Cerquera, et al., 2011., Cerquera, et al., 2012) y el cuidado es por iniciativa propia, ocho horas al día (Cardona, Segura, Berberí, Ordoñez, & Agudelo, 2011). También se ha descrito que sufren afectaciones físicas, psicológicas y sociales, lo cual conlleva un sentimiento de sobrecarga (Weitzner, Jacobsen, Wagner, Friedland, & Cox, 1999).

De igual manera se han caracterizado a los cuidadores formales como aquellas personas capacitadas a través de cursos teórico-prácticos de formación dictados por equipos multi e interdisciplinarios de docencia para brindar atención preventiva asistencial y educativa al anciano (Valderrama, 1999), se considera que son personas que oscilan entre los 25 y 50 años de edad (Partezani, Guimarães, & Guimarães, 2001), son mujeres (Kawasaki, & D'Elboux, 2001., Partezani et al, 2001), están casados y viven con su cónyuge (Rogerio-García, 2009), sus estudios son primarios y en algunos estudios universitarios no acabados (Kawasaki et al, 2001), nivel socioeconómico bajo (Hernández, 2006), el nivel de ingresos es un salario mínimo legal vigente (Rogerio-García, 2009., Sánchez, Díaz, Cuéllar, Castellanos, Fernández, & Detena, 2007), en cuanto a su salud física y emocional tienen tendencia a estar deprimidos (Escuredo-Rodríguez, 2006., Kawasaki, & D'Elboux, 2001., Cabré, & Serra-Prat, 2004., Cerquera, Gradados, & Buitrago, 2012).

Variables de estudio

Funcionalidad familiar.

La funcionalidad familiar es el modo como se comportan unos miembros de la familia con otros y la calidad de relaciones entre éstos. Se considera el componente más importante para determinar la “salud de la familia” (Reyes, Valderrama, Ortega, & Chacón, 2010). El estudio realizado por Pérez, García, Rodríguez, Losada, Porras, & Gómez, (2009) *función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia* cuyo objetivo fue analizar la influencia de la función familiar en la salud mental percibida por los cuidadores de familiares con dependencia, la edad fue de 63.8 años; (72.5%) eran mujeres,

el 57% tenía estudios primarios y el 37.1% tomaba psicofármacos, más del 40% de los familiares dependientes presentó deterioro cognitivo importante y el grado de dependencia funcional total fue del 49.7%. Un 27% de los cuidadores presentaba deterioro de la salud mental, las familias se percibían como disfuncionales en un 31.3% y un 32.7% tenía escaso apoyo social.

Siguiendo esta línea de investigación, se encuentra el *impacto de la discapacidad en la familia de pacientes con diferentes patologías*, realizado por Reyes, Chamorro, Montaña, Olmos, y Torres, (2009), las enfermedades crónicas como la enfermedad de Alzheimer o accidentes graves sucedidos a una persona, necesariamente afectan de diferentes formas la vida de quienes pertenecen a su núcleo familiar. De igual manera Turró, et al. (2008), afirman que la prestación de esta asistencia produce un fuerte impacto en el entorno del paciente y especialmente en su cuidador; las familias por ser núcleo de la sociedad, tienen un alto grado de responsabilidad sobre sus miembros, los seres humanos no estamos preparados para ciertas situaciones de emergencia (Galeano, et al., 2009). Por lo tanto, el manejo de este síndrome conlleva un proceso de adaptación forzosa, requiere modificaciones en el estilo y en los hábitos de vida de toda la familia (Flórez, 2002 citado por Gómez, & Margarita, 2004).

De hecho, el cuidado de una persona enferma implica afrontar una serie de situaciones estresantes, entre ellas (Stefani, et al., 2003) la pérdida del ser amado, incapacidad para comunicarse con el paciente como lo era en el pasado, frustración, ansiedad, impotencia ante un problema que no puede resolver el cuidador y por último la pérdida de libertad del cuidador.

En la investigación *Los cuidadores de pacientes con Alzheimer y su habilidad de cuidado*, realizado por Montalvo (2007), a 84 cuidadores de la ciudad de Cartagena, los resultados mostraron que el rol del cuidador sigue siendo en mayor medida un trabajo feminizado, dado que si bien hoy día existen hombres que se encuentran al cuidado de este tipo de pacientes, todavía es una labor predominantemente femenina.

Por otra parte se visualiza la importancia de implementar organizaciones que orienten sobre aspectos básicos de la enfermedad, que permitan una mayor comprensión del

comportamiento del paciente y cómo los cuidadores a través de un mayor conocimiento de la enfermedad podrían generar mejoras en el cuidado y mejoras en sí mismos.

Sobrecarga

El concepto de sobrecarga hace referencia al agotamiento mental, ansiedad y dificultades en la salud física que se presentan en el individuo, debido a una acumulación de situaciones estresantes frente a los que el ser humano se encuentra desprovisto. (Zambrano & Caballos, 2007). Pérez-Perdomo, y Llibre (2010) en su estudio *Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con enfermedad de Alzheimer* tuvieron como propósito describir las características sociodemográficas y el nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores con demencia leve y moderada; su estudio incluyó 75 cuidadores, y obtuvieron como resultado la predominancia del sexo femenino, entre 40-49 años, con grado de consanguinidad con el adulto, estado civil casado, con vínculo laboral, y en cuanto a sobrecarga, evidenciaron un nivel mayor.

Los sentimientos negativos son uno de los desencadenantes de la sobrecarga que puede experimentar el cuidador. En el estudio *La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos con Alzheimer* realizada por Roig, Abengózar, y Serra (1998) en la Universidad de Valencia, con el fin de medir la sobrecarga experimentada por los principales cuidadores de enfermos de Alzheimer con una muestra compuesta por 52 sujetos de ambos sexos, los resultados evidencian que las mujeres mayores de 56 años, casadas, con un hijo, con nivel de estudios bajo-medio, de bajo nivel socioeconómico, que cuidaban al enfermo alrededor de 10-12 años y que cuidan enfermos en 3ª fase experimentan mayor sobrecarga.

Por otro lado la investigación *sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer* realizada por Cerquera, Granados, y Buitrago (2012) cuyo objetivo fue determinar los niveles de sobrecarga que presenta una muestra de cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer, se evaluaron 52 cuidadores de ambos sexos y se aplicó la Escala de sobrecarga del cuidador Test de Zarit, los resultados arrojaron que el 65.4% no presenta sobrecarga, el 17.3% presenta sobrecarga leve y el mismo porcentaje presenta

sobrecarga intensa. Se determinó que los datos sociodemográficos como el alto nivel de escolaridad, el elevado estrato socioeconómico y el parentesco están relacionados con la no sobrecarga.

Siguiendo esta línea, el estudio *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*, realizado por Espinoza, Méndez, Laray, y Rivera, (2009), en Chile, tuvo como objetivo determinar el nivel de sobrecarga del cuidador informal y relacionarla con características del cuidador y del adulto mayor. En los resultados se observó que los cuidadores eran 79% mujeres, 56% tenían entre 20 y 50 años, 49% presentaba escolaridad básica, 55% tenía pareja y 75% hijos. El 85% realizaba cuidados día y noche, 90% percibió su estado de salud buena o regular, 20% tenía sobrecarga leve y 38% sobrecarga intensa, y en relación con los adultos mayores, 62% eran mujeres, 82% tenían entre 70 y 84 años, 54% sin escolaridad y 44% escolaridad básica, 87% controlaba esfínteres, 24% presentaba patologías cardiovasculares. Además la relación entre sobrecarga y presencia de hijos y entre sobrecarga y existencia de otra actividad laboral del cuidador resultó significativa. La conclusión del estudio mostró que tener hijos y desarrollar otra actividad laboral influyen negativamente en el nivel de sobrecarga del cuidador informal.

Apoyo social.

La mayoría de personas mayores viven en la comunidad con vínculos familiares, si esto conlleva apoyo social eficaz, éste hecho influiría positivamente sobre la salud, longevidad, y capacidad para relacionarse. Pero la pérdida del rol familiar y lazos afectivos, aumentan el riesgo de aislamiento y depresión. Así, el apoyo social es fundamental en la adaptación e integración de éste, al medio residencial (Gómez, Martos, & Castellón, 2005).

Se conoce como apoyo social un patrón duradero, de lazos continuos o intermitentes, que desempeña un rol significativo en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona a través del tiempo (Bravo, & Serrano, 1992). De acuerdo con Vega, & González, (2009) el apoyo social es una práctica de cuidado que se da en el intercambio de relaciones entre las personas y se caracteriza por expresiones de afecto,

afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona, entrega de ayuda simbólica o material a otra persona. En la investigación *El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer*, realizada por Molina, Láñez, y Láñez, (2005), cuyo objetivo fue analizar la relación que existe entre determinadas variables sociodemográficas y el apoyo social en la percepción de sobrecarga que experimentan los cuidadores de enfermos con Alzheimer, compuesta por 46 cuidadores, los instrumentos utilizados fueron el Índice de Katz, cuestionario de apoyo social percibido y la entrevista de carga del cuidador, los resultados indican que experimentan mayor sobrecarga los cuidadores, hombres jóvenes, con estudios superiores, que trababan fuera del hogar, sin cónyuge, sin hijos propios o a su cargo y con escaso apoyo social.

Por otra parte la investigación *La capacidad funcional y el apoyo social informal en un grupo de personas mayores institucionalizadas*, realizada por Gómez, Martos, y Castellón, (2005) cuyo objetivo fue analizar la relación entre las condiciones funcionales y la percepción del apoyo social informal en un grupo de personas mayores institucionalizadas, compuesta por 59 cuidadores, los resultados demostraron una estrecha relación entre la capacidad de dependencia funcional con el estado civil, número de visitas, y patologías predominantes ($P < 0,05$), y diferentes tipos de apoyo social percibidos, presentaron vínculos con el número de visitas, patología predominante, número de hijos e índice de Barthel ($P < 0,05$).

Por este mismo hecho complejo que es el cuidar, para Barrera, Donolo, y Rinaudo (2010), se requiere elaborar planes y proyectos tendientes a potencializar las capacidades del cuidador. Es una actitud que debe tomarse desde las mismas políticas de estado y ha de ser una preocupación constante de todos los profesionales interesados en la salud, educación y calidad de vida de un país.

Por último, como lo menciona Gaugler, Roth, Haley, y Mittelman (2008), es importante hacer un seguimiento a la salud física y emocional del cuidador, lo cual ha demostrado que esto beneficia y mantiene los resultados de bienestar a largo plazo.

A pesar de que las enfermedades de la tercera edad tienen una alta prevalencia en el país (Arango-Lasprilla, Rogers, & Fernández-Guinea, 2003), los estudios relacionados con esta población y sus cuidadores son escasos, estos se han enfocado más en las características de la enfermedad, su evolución y su intervención.

Es por esta razón, que el objetivo de la presente investigación consiste en caracterizar a nivel psicosocial una muestra de cuidadores formales e informales de adultos mayores pertenecientes a los departamentos de Cundinamarca y Santander, por medio de la aplicación de una batería de pruebas, la Escala de Sobrecarga del cuidador Zarit, Cuestionario MOS de apoyo social y el cuestionario de funcionalidad familiar APGAR.

Metodología

Diseño:

El presente estudio corresponde a una investigación descriptiva de enfoque cuantitativo transversal, de diseño no experimental, de corte no probabilístico y cuya muestra se captó por conveniencia.

Participantes:

La muestra está compuesta por 200 cuidadores de adultos mayores, distribuidos de la siguiente manera: 100 cuidadores formales de los cuales 11 son hombres y 89 mujeres y 100 cuidadores informales de los cuales 18 son hombres y 82 mujeres.

Criterios de inclusión

La muestra se captó por conveniencia dado que para Hernández, Fernández & Baptista (2007), el investigador selecciona directa e intencionadamente los individuos de la población y se caracteriza por la obtención de muestra representativa mediante la inclusión de la muestra de grupos típicos.

Por otra parte se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: cuidadores formales e informales de ambos sexos, que llevaran más de 3 meses en el cuidado del Adulto y que pertenecieran a los departamentos de Cundinamarca y Santander y en el caso de los cuidadores informales no recibir ningún tipo de remuneración económica por su labor.

Procedimiento:

Fase I. Búsqueda de muestra

Se procedió a la consecución de los cuidadores formales e informales de adultos mayores por diferentes medio de comunicación, entre ellos—redes sociales, la visita domiciliaria, llamadas a instituciones que brindan el servicio de enfermería como Projection life relacionadas con la problemática y solicitudes a geriátricos correspondientes a los departamentos de Cundinamarca y Santander . Los lugares llamados y visitados correspondieron a la ciudad de Bogotá, en la Fundación acción familiar Alzheimer Colombia, y Bucaramanga, Floridablanca, El Playón, Lebrija, Girón, Rionegro y Piedecuesta).

Fase II. Aplicación del protocolo

Después de localizar o contactar a los cuidadores, se realizaban visitas domiciliarias a cada uno de ellos para realizar la lectura y firma del consentimiento informado, el diligenciamiento de la entrevista estructurada de los datos sociodemográficos, la aplicación del Cuestionario De Función Familiar APGAR, con un índice de fiabilidad del 0,77 y validez del 0,64 la Escala De Sobrecarga Del Cuidador ZARIT con una consistencia interna del 0,88 validez del 0,71 y en el caso de los cuidadores formales una fiabilidad del 0,90 y el Cuestionario MOS De Apoyo Social, con una validez del 0.97 y confiabilidad del 0,58. Para esto se contó con la asesoría permanente de los investigadores del proyecto de forma presencial.

Fase III. Análisis y sistematización de datos.

Se tomaron los datos recolectados en los cuidadores formales e informales y se registraron en el programa estadístico SPSS 1.9 con el cual se consiguió mantener un orden y asociación de datos importante.

Consideraciones éticas

Esta investigación tuvo en cuenta los lineamientos requeridos por la Ley 1090 de 2006, en cuanto a las disposiciones generales del Artículo 2, en el numeral 9 que trata de la investigación con humanos, respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participaron con su pleno conocimiento de la investigación. De la misma forma en el Capítulo VII se refiere a la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones, donde el Artículo 50 nos habla de los principios éticos, respeto y dignidad de salvaguardar los derechos de los participantes. Estos aspectos se tuvieron en cuenta en el desarrollo de la investigación, con la firma correspondiente del comité de ética de las instituciones.

Instrumentos:

Entrevista estructurada diseñada por los investigadores y validada por jueces especialistas en el área de psicogerontología, con el objetivo de identificar las características sociodemográficas de una muestra de cuidadores de adultos mayores pertenecientes a los departamentos de Cundinamarca y Santander; compuesta por 17 preguntas para los cuidadores formales y 15 para los informales.

El Cuestionario de Función Familiar APGAR, elaborado por Smilkestein (1978) y adaptado por Pérez-Peñaranda, (2008). Explora la funcionalidad familiar (Bellón, Luna, & Lardelli, 1999) y la percepción de un miembro de la familia sobre su funcionamiento familiar examinando su satisfacción con las relaciones familiares. Es un instrumento de autoaplicación tipo Likert, cuyo objetivo de la prueba es de tamizaje para obtener una revisión rápida de los componentes del funcionamiento familiar, está conformada de 5 cuestiones, con tres posibles respuestas cuyos valores son: 0 (“casi nunca”), 1 (“a veces”), 2 (“siempre”). El rango de su puntuación total oscila entre 0 y 10. En relación a las propiedades psicométricas, los valores Alpha de Cronbach se ha hallado una fiabilidad test-retest superior a 0,77 y una validez del 0,64 (Bellón, Luna, & Lardelli, 1999).

Respecto a la interpretación de esta escala, se establece que cuanto mayor es el puntaje total, mayor es la satisfacción con el funcionamiento familiar. La escala se mide, superior a 7 puntos indica funcionalidad familiar, e igual o inferior a 6 puntos indica disfunción familiar.

La *Escala de Sobrecarga del Cuidador Test de Zarit* (Lanz et ál., 1996). El objetivo de la prueba es medir la sobrecarga de los cuidadores de pacientes con alguna discapacidad o trastorno mental, es un instrumento de tipo Likert. Esta escala fue adaptada al español y validada por Martín, Salvadó, Nadal, Miji, Rico, Lanz, y Taussig (1996). La prueba consta de 22 ítems se puntúa en una frecuencia que va desde 1 (nunca), 2 (rara vez), 3 (algunas veces), 4 (bastantes veces) y 5 (casi siempre), con esto se obtiene una suma total de los puntos que están entre 22 y 110, que se puede interpretar según los resultados haciendo una aproximación al grado de sobrecarga observando si hay o no hay sobrecarga: no sobrecarga (menor de 46), sobrecarga leve (47 a 56), y sobrecarga intensa (mayor de 57). Esta herramienta presenta validez del 0.71, con una consistencia interna del 0,88 de apariencia contenido y constructo en las diferentes adaptaciones (Ocampo, Herrera, Torres, Rodríguez, Lobo, García, 2007).

En el caso de los cuidadores formales se realizó una adaptación de la escala *Sobrecarga del Cuidador Test de Zarit* por el semillero de investigación calidad de vida en la tercera edad, posteriormente se realizó el análisis de confiabilidad con el alfa de Cronbach arrojando un índice de 0.90, lo que indica que el instrumento es confiable para medir el constructo que se quiere.

Cuestionario de apoyo social MOS creado por Sherbourne y Stewarten 1991 en su versión adaptada y validada en España con una validez del 0.97 y confiabilidad del 0,58; permite investigar el apoyo global y sus cuatro dimensiones: 1) emocional (posibilidad de asesoramiento, consejo, información): 2) instrumental (posibilidad de ayuda doméstica): 3) relaciones sociales de ocio y distracción (posibilidad de contar con personas para comunicarse), y 4) afectivo (demostración de amor, cariño y empatía). Está constituido por 20 ítems: el primero, dimensiona el número de amigos íntimos y familiares cercanos que

tiene el entrevistado: los demás se estructuran de acuerdo a escala de Likert que puntúa de 1 (nunca) a 5 (siempre).

Definición de variables

Funcionamiento familiar: se define de acuerdo a las diversas pautas de interrelación que se establecen entre los miembros del grupo familiar. Estas se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí y en relación con el grupo en su conjunto (Pérez-Peñaranda, 2008).

Sobrecarga: proceso en el que existe un desequilibrio entre las demandas del ambiente y los recursos que las personas poseen para hacer frente a esas demandas (Martín, Salvadó, Nadal, Miji, Rico, Lanz, & Taussig, 1996).

Apoyo social: cuidado y atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares y allegados, pero también por otros agentes y redes distintos de los servicios formalizados de atención. Se clasifica en tres categorías: apoyo afectivo, material interacción social y apoyo afectivo (Sherbourne & Stewart, 1991).

Resultados

A continuación se describen los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba APGAR, ZARIT y MOS, con la que se pretendía evaluar la funcionalidad familiar el nivel de sobrecarga y el apoyo social de los cuidadores formales e informales de adultos mayores pertenecientes a la Región Andina, y los datos sociodemográficos identificados en la muestra de cuidadores.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 1.9 en el cual se lleva a cabo un análisis descriptivo, arrojando las frecuencias de cada una de las variables.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los cuidadores formales e informales de adultos mayores

		Cuidador informal		Cuidador formal	
		Porcentaje		Porcentaje	
Sexo	Hombre	18,0	Hombre	11,0	
	Mujer	82,0	Mujer	89,0	
Edad	Menos de 40	24,0	Menos de 40	64,0	
	41 – 50	23,0	41 – 50	28,0	
	51 – 60	32,0	51 – 60	6,0	
	61 – 70	15,0	61 – 70	2,0	
	Más de 71	6,0	Más de 71	0	
Estado Civil	Soltero	22,0	Soltero	43,0	
	Casado	56,0	Casado	27,0	
	Divorciado	6,0	Divorciado	8,0	
	Viudo	6,0	Viudo	5,0	
	Unión libre	10,0	Unión libre	17,0	
Escolaridad	Sin estudios	2,0	Sin estudios	2,0	
	Primarios	19,0	Primarios	19,0	
	Secundario –	44,0	Secundario –	22,0	
	Bachillerato		Bachillerato		

	Técnico –	21,0	Técnico –	48,0
	Tecnólogo		Tecnólogo	
	Universitarios	11,0	Universitarios	8,0
	Posgrados	1,0	Posgrados	1,0
	Otros	2,0	Otros	0
Situación			Enfermería -	
Laboral	Activo	34,0	auxiliar de	50,0
			Enfermería	
	Jubilado	21,0	Oficios varios	33,0
	Hogar	25,0	Otros	17,0
	Desempleado	20,0		
Situación			Enfermería -	
Laboral	NA	NA	auxiliar de	30,0
Anterior			Enfermería	
	NA	NA	Oficios varios	30,0
	NA	NA	Otros	40,0
Ingreso	Menos del		Menos del	
Económico	mínimo	20,0	mínimo	9,0
	Mínimo	29,0	Mínimo	43,0
	Más del mínimo	51,0	Más del mínimo	48,0
Estrato	Estrato 1	8,0	Estrato 1	13,0
	Estrato 2	20,0	Estrato 2	44,0
	Estrato 3	27,0	Estrato 3	34,0
	Estrato 4	35,0	Estrato 4	9,0
	Estrato 5 o	10,0	Estrato 5 o	0
	Superior		Superior	
Tiempo De				
Cuidado Del			3 – 6 meses	
Paciente	3 – 6 meses	8,0		21,0
	7 meses a 1 año	18,0	7 meses a 1 año	28,0

	Más de un año	74,0	Más de un año	51,0
Parentesco	Hijo/a	59,0	NA	NA
	Esposo/a	24,0	NA	NA
	Sobrino (a)	5,0	NA	NA
	Nieto (a)	3,0	NA	NA
	Otro	9,0	NA	NA
Proyecto De Vida	Si	58,0	Si	83,0
	No	42,0	No	17,0
Motivación En El Cuidado	Cariño	17,0	Cariño	23,0
	Obligaciones	18,0	Obligaciones	27,0
	Cariño y obligaciones	61,0	Cariño y obligaciones	15,0
	Otra motivación	4,0	Otra motivación	35,0

La mayoría de los cuidadores informales de adultos mayores, son mujeres (82%) con edades entre 51 a 60 años (32%), que están casadas (56%) y se encuentran trabajando (34%), pero que tienen ingresos económicos superiores al salario mínimo legal vigente (51%), además también se encontró que son las hijas las que cuidan a sus padres con un 59% y que solamente tienen estudios secundarios (44%). También se observó que el estrato económico en donde viven es de estrato 4 (35%).

En cuanto a los resultados de los cuidadores formales de adultos mayores, son mujeres (89%) con edades menos de 40 años (64%), que están solteras (43%) y se encuentran trabajando actualmente como enfermeras o auxiliares de enfermería (50%) y antes de ser cuidadores se dedicaban a otro oficio (40%), pero que tienen ingresos económicos superiores al salario mínimo legal vigente (48%), además también se encontró que tienen estudios técnicos o tecnológicos (48%). Se observó que el estrato económico en donde viven es de estrato 2 (44%).

Tabla 2. Funcionalidad familiar que presentan los cuidadores formales e informales de adultos mayores.

		Cuidador informal			Cuidador formal		
		Porcent aje	Media	Desviac ión típica	Porcent aje	Media	Desviac ión típica
Funcio nalida d	Funcio nal	57,0			Funcio nal	83,0	
	Disfun cional	43,0	6,66	2,683	Disfun cional	17,0	8,01
	Total	100,0			Total	100,0	1,883

En el análisis de resultados en los cuidadores informales y formales se encontró que el 57% y el 83% respectivamente de la muestra tienen una familia funcional. Con una media de 6,66 y 8,01 en cuidadores informales y formales y desviación típica del 2,683 y 1,883 para los cuidadores informales y formales.

Tabla 3. Sobrecarga que presentan los cuidadores formales e informales de adultos mayores

		Cuidador informal			Cuidador formal		
		Porcent aje	Media	Desviac ión típica	Porcent aje	Media	Desviac ión típica
Sobrec arga	No sobrec arga	45,0			No sobrec arga	41,0	
	Leve	15,0	52,89	20,381	Leve	19,0	54,60
	Intens	40,0			Intens	40,0	17,986

a		a	
Total	100,0	Total	100,0

El nivel de sobrecarga presentado en los cuidadores informales y formales es bajo 45% y 41 % respectivamente no presentando sobrecarga. Con una media de 52,89 y 54,60 en cuidadores informales y formales y desviación típica del 20,381 y 17,986 para los cuidadores informales y formales.

Tabla 4. Apoyo social percibido que presentan los cuidadores formales e informales de adultos mayores

		Cuidador informal			Cuidador formal		
		Porcent	Media	Desviac	Porcent	Media	Desviac
		aje		ión	aje		ión
				típica			típica
Apoyo Global	Adecuado	83,0			Adecuado		
	Escaso	17,0	74,84	18,994	Escaso	11,0	77,77
	Total	100,0			Total	100,0	14,699

El apoyo social encontrado es adecuado con un 83% en los cuidadores informales y un 89% para los cuidadores formales. Con una media de 74,84 y 18,994 en cuidadores informales y formales y desviación típica del 77,77 y 14,699 para los cuidadores informales y formales.

Tabla 5. Conocimiento de la enfermedad por parte de los cuidadores formales e informales de adultos mayores.

		Cuidador informal	Cuidador formal
		Porcentaje	Porcentaje

Redes De Apoyo	Si	24,0	NA	NA
	No	76,0	NA	NA
Asesoría Del Médico	Si	51,0	NA	NA
	No	49,0		
Capacitación	Si	34,0	Si	53,0
	No	66,0	No	47,0
Experiencia Previa	NA	NA	Si	46,0
	NA	NA	No	54,0

Tabla 6. Datos de los pacientes de los cuidadores formales e informales

	Cuidador informal		Cuidador formal	
		Porcentaje		Porcentaje
Edad	41 – 50	1,0	41 – 50	2,0
	51 – 60	7,0	51 – 60	4,0
	61 – 70	19,0	61 – 70	24,0
	71 ó Más	73,0	71 ó Más	70,0

En cuanto a los cuidadores informales de adultos mayores se encontró que el tiempo de cuidado que han llevado con el paciente corresponde a un periodo superior al año (74%) y la edad promedio del paciente es superior a los 71 años (73%), (Ver tabla 1 y 6). Se pudo encontrar que los cuidadores no han tenido ninguna red de apoyo (76%) ni han recibido capacitación sobre el cuidado de las personas mayores (66%), pero demostraron sí haber recibido asesoría por parte del médico en cuanto a la enfermedad (51%). También se encontró que aún tienen un proyecto de vida (58%) y consideran el cuidado como cariño y obligación (61%) (Ver tabla 1 y 5).

En los cuidadores formales se evidenció que el tiempo de cuidado que han llevado con el paciente corresponde a un periodo superior al año (51%) y la edad promedio del paciente es superior a los 71 años (70%), (Ver tabla 1 y 6). Se pudo encontrar que los cuidadores si han recibido capacitación sobre el cuidado de la enfermedad (53%), pero demostraron no haber tenido experiencia previa (54%). También se encontró que aún tienen un proyecto de vida (83%) y poseen otra motivación con el adulto a la hora de cuidar (35%). (Ver tabla 1 y 5).

Discusión

Con el progresivo envejecimiento de la población y el incremento en las tasas de supervivencia a enfermedades crónicas y discapacidades aumenta el número de personas que necesitan cuidados; esto, además, se acompaña de una mayor complejidad y exigencia. Diversas investigaciones confirman que la familia es la principal proveedora de cuidados de salud, y que el cuidado se basa en relaciones afectivas y de parentesco. (Pérez, 2006), por otra parte Krassoievitch, (1993) menciona que existen tres tipos de instituciones geriátricas o asilares destinadas a la tercera edad: las del estado, las religiosas y las particulares, de igual manera se están aumentando las instituciones que se encargan en el cuidado de las personas mayores (Reyes, 2001).

El funcionamiento familiar, los bajos niveles de sobrecarga y el apoyo social, son factores determinantes en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad en los cuidadores. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones (Rangel, et al., 2004), los altos niveles de exigencia en los cuidadores aumenta el nivel de sobrecarga (Cerquera, et al., 2012), por otro lado es importante que los cuidadores dispongan de una red amplia y diversificada de recursos sanitarios y sociosanitarios que les permita, mientras sea posible atender al enfermo (Molina, et al., 2005).

En la primera fase de esta investigación se hizo una revisión en la literatura, encontrando varios instrumentos disponibles para valorar el funcionamiento familiar, la sobrecarga del cuidador y el apoyo social. Entre estos se encontró la escala de Apgar Familiar, explora la funcionalidad familiar. Los estudios realizados por Forero, Avendaño, Duarte, y Campos-Arias, (2006), Lizarraga, et al., (2008) y Takase, et al., (2011) sugieren que el Apgar familiar puede ser una herramienta útil en la exploración de la funcionalidad familiar. La Escala de Sobrecarga del Cuidador Test de Zarit, en estudios realizados por Ocampo, et al., (2007), Cerquera, et al., (2012) y Espinoza, et al., (2009) dan a conocer que esta escala es una herramienta eficaz y ha demostrado gran validez de apariencia, contenido y constructo. De igual manera el cuestionario MOS de apoyo social, el cual permite investigar el apoyo social percibido, en investigaciones realizadas por Robison-Whelen, Tada, MacCallum, McGuire & Kiecolt-Glaser, (2001)., Rodríguez y Enrique (2010)

mencionan que este cuestionario, es una de las pruebas más aplicadas y con mayor validez y confiabilidad a la hora de medir el apoyo social percibido.

Para llevar a cabo la presente investigación se trabajó con una muestra de 200 cuidadores tomada por conveniencia, distribuida en 100 cuidadores formales y 100 cuidadores informales. Para el caso de los cuidadores informales se obtuvo una variable de género de 18% hombres y 82% mujeres, para los cuidadores formales la variable género estuvo conformada por 11% hombres y 89% mujeres, cifra cercana al 84.1% encontrado por Crespo y López (2008). Otros investigadores como Pérez (2006) y Larrañaga, et al., (2008) reportaron 79% y 61%, respectivamente, lo cual indica que sigue la prevalencia de la mujer como principal miembro que posee el rol de cuidado predominado así la feminización en el mismo (Aristizábal-Vallejo, 2008).

La edad promedio del cuidador informal está en el rango de 51 y 60 años y del cuidador formal en menos de 40 años, similar a lo reportado por Lizarraga, et al., (2008), que fue de 60 años. Para Takase, et al., (2011) la edad promedio fue de 58 años. Para Lopez, Orueta, Gómez, Sánchez, Carmona, y Alonso (2009), de 57 años de edad. Fernández-Puebla, (2004) encontraron que la edad promedio de los cuidadores formales es de 26 a 50 años con edad. Estos datos reflejan la complejidad con respecto a la edad del cuidador informal ya que es cercana a la del adulto mayor, trayendo consecuencias para su salud y desgaste emocional (Rivera, et al., 2011., Takase, et al, 2011).

En cuanto a la edad del cuidador formal, este aspecto influye en el cuidado, puesto que están relativamente jóvenes y no han dedicado un tiempo importante a esta labor y a conocer sus múltiples enfermedades, lo que determina que asuman el papel de cuidador más fácilmente (Kawasaki, & D'Elboux, 2001).

Siguiendo con esta línea, la principal actividad que ejerce el cuidador informal es la de activos (34%), lo que contrasta con la mayor parte de los reportes hechos por García-Calvente, et al., (2004)., Sánchez-Guevara, et al., (2006)., Cerquera, et al., (2012)., Cerquera, et al., (2011) en donde las mujeres no sólo asumen de forma mayoritaria el papel de cuidadoras principales, sino que también se responsabilizan de tareas más pesadas y

demandantes que es la del hogar, y dedican más tiempo a cuidar que los hombres, lo que genera una clara inequidad de género.

Con respecto a los cuidadores formales encontramos que antes de desempeñar la labor del cuidado se dedican mayoritariamente a otras labores, en un 40% en contraste con la ocupación actual el 50% son enfermeros o auxiliares de enfermería, similar a lo que reportan Kawasaki, y D'Elboux, (2001) en donde el 48,1% de la muestra son enfermeros, viéndose así un aumento significativo en este tipo de profesiones proveedoras del cuidado del adulto mayor, lo cual da a entender que en la actualidad hay más personas mayores lo cual genera el cuidado de terceros (Carrasco, et al., 2010).

De acuerdo con los estudios realizados por Cerquera, et al., (2011), Cerquera, et al., (2012) y Takase, et al., (2011), se esperaría que el rol lo asumiera la pareja, los resultados arrojados muestran que el 59% son hijas o hijos de adulto mayor y están casados 56%, quizás esto tenga respuesta por la edad en la que se podría encontrar su cónyuge, ya que la edad del paciente se encuentra en gran proporción en este estudio entre los 71 años de edad o más con un 73%. En los estudios de Larrañaga, et al., (2008), Crespo y López (2008), Pérez (2006), se ha comprobado el predominio de las hijas, con un 29%, 50% y 57% respectivamente como cuidadores primarios.

En cuanto a los cuidadores formales, el 43% están en el rango de solteros, con predominio de escolaridad técnico o tecnológico en un 48%, en similitud con el estudio realizado por Sánchez, et al., (2007) quien menciona que el 30% son solteros con un nivel de estudios superior con un 37%. Quizás el estado civil tenga relación con la edad que presenta el cuidador formal, y esto permita mayores niveles de capacitación y entrenamiento en el cuidado (Kawasaki, & D'Elboux, 2001).

Al considerar el nivel de estudio de los cuidadores informales, se encontró que el 44% se ubica en la categoría secundario- Bachillerato, datos similares encontrados por Cerquera, et al., (2011), Cerquera, et al., (2012) con el 44.4% y López, (2009) 47,4%, esta similitud pudiera estar dada por el bajo índice educacional que existe hoy en Colombia (Indix Mundi, 2012), siendo esto un factor negativo para la salud de los cuidadores

informales debido a que tienen menos recursos educacionales para enfrentar el cuidado y menos acceso a la información necesaria para asumir esta labor.

Teniendo en cuenta que el salario mínimo legal vigente en Colombia es de 589.500 y en relación con el nivel de ingresos de los cuidadores estos ganan más del mínimo en un 51% para los informales y un 48% para los formales. Estudios realizados por Kawasaki, et al., (2001) y Cerquera, et al., (2012) encontraron que el 53% y el 55,8% ganan más del mínimo.

Por otra parte, Montalvo (2007), menciona que el estrato socioeconómico de los cuidadores familiares y la preocupación sobre aspectos económicos pueden hacer más difícil la experiencia de cuidar, aunque se posee la información, no se cuenta con las posibilidades económicas para acceder a los servicios de salud y de capacitación, también resalta la relación que hay entre el nivel de escolaridad y la capacidad del cuidado del familiar, ya que entre menor nivel de escolaridad se dificultará las situaciones de comprensión de conceptos abstractos con respecto al cuidado.

En la presente investigación se observó relación entre las variables escolaridad, nivel socioeconómico y la funcionalidad familiar, ya que se obtuvieron resultados altos en escolaridad secundaria (44%) en cuidadores informales y técnicos o tecnológicos en un 48% para los cuidadores formales, el nivel socioeconómico de los cuidadores informales predomina en un 35% el estrato 4 y en los cuidadores formales en un 44% estrato 2, en cuanto a la funcionalidad familiar del cuidador formal es funcional en un 83% con respecto a la del cuidador informal en un 57%, lo que se puede decir que entre mayor escolaridad y mayor nivel socioeconómico, será menor la disfuncionalidad familiar (Cerquera, et al., 2011).

De acuerdo con Takase, et al., (2011), las percepciones personales de los miembros de una familia, con respecto a su calidad de vida y estilo de vida saludable, pueden influir en la dinámica familiar, haciéndola más o menos adaptable, es decir, funcional o disfuncional. Esto coincide con esta investigación, dado que el 61% de los cuidadores informales mostraron en el variable cariño y obligación un puntaje alto con respecto al cuidado. Para los autores mencionados anteriormente lo denominaron vocación para el

cuidado del anciano, dada la evaluación favorable de la dinámica familiar. De igual manera Perez, (2006) plantea que el cuidar conlleva una experiencia positiva y satisfactoria que establece vínculos de apoyo y reafirma la fraternidad entre cuidador- cuidado.

En cuanto a los resultados obtenidos en la escala de sobrecarga del cuidador Zarit en los cuidadores formales se obtuvo un 41% en la categoría de no sobrecarga, en los cuidadores informales se evidenciaron en un 45% de no sobrecarga, al igual que el estudio realizado por Ocampo et al., (2007), en donde igualmente no se presentó sobrecarga en un 54,2%; por otra parte el estudio realizado por Cerquera, et al., (2012) menciona que el 65.4% no presenta sobrecarga; esto se debe a los múltiples factores encontrados, entre ellos el buen nivel socioeconómico de la muestra, el parentesco del cuidador informal lo cual hacía que el cuidado representara una obligación filial, igualmente el género era determinante en la opción del rol como parte de su condición femenina (Cerquera, et al., 2011).

Observando el porcentaje que se presentó en cuanto a la sobrecarga intensa, que corresponde al 40% en los cuidadores formales e informales, se discutió que este porcentaje en gran medida está vinculado con el tiempo de cuidado, para el caso de los cuidadores informales y formales llevan más de un año con el 74% y 51% respectivamente, con la no vinculación de las redes de apoyo en un 76% en los cuidadores informales, y la falta de experiencia en el cuidador formal en un 54% y la no capacitación adecuada para la ejecución de su rol en los cuidadores informales con un 66% y en cuidadores formales en un 47% el no recibir una capacitación adecuada en el buen cuidado conlleva un alto grado de desinformación, lo que produce la aparición de sobrecarga (Cerquera, et al., 2011).

Finalmente, en cuanto al apoyo social que presentan los cuidadores formales e informales correspondiente a la variable de apoyo social se muestra adecuado con un 89% y un 83% respectivamente, datos similares se encontró en la investigación realizado por Molina, et al., (2005) en donde un 76% presenta un adecuado apoyo social.

El apoyo es quizás la variable moduladora e importante para el cuidador de adulto mayor, ya que es una fuente de ayuda al momento de hacer frente a su labor (Gómez, et al., 2005). Los cuidadores que tienen mayor capacidad o mayor apoyo social tienen mayores posibilidades que los que carecen de éste para evitar las consecuencias más severas del cuidado, como pueden ser los trastornos emocionales (Molina, et al., 2005), esto tiene

relación con el bajo nivel de sobrecarga que presentan los cuidadores formales e informales ya que a mayor apoyo social menor serán los niveles de sobrecarga (Espín, 2008) y disfuncionalidad familiar (Molina, et al., 2005).

Conclusiones

De acuerdo con los datos sociodemográficos encontrados, se concluye que al igual que otras investigaciones (Cerquera, et al., 2011., Cerquera, et al., 2012), el perfil característico de los cuidadores informales sigue siendo en mayor prevalencia mujeres, casadas, con edades entre 51 a 60 años, se encuentran trabajando, tienen ingresos económicos superiores al salario mínimo legal vigente, son las hijas las que cuidan a sus padres, solamente tienen estudios secundarios y viven en un estrato 4.

Así mismo, las características sociodemográficas de los cuidadores formales encontradas, reportan que son mujeres, con edades menos de 40 años, están solteras y se encuentran trabajando actualmente como enfermeras o auxiliares de enfermería y antes de ser cuidadores se dedicaban a otro oficio, tienen ingresos económicos superiores al salario mínimo legal vigente, tienen estudios técnicos o tecnológicos y el estrato económico en donde viven es de estrato 2.

En cuanto a las variables evaluadas se encontró que existe funcionalidad familiar en los cuidadores de adultos mayores, así como también altos niveles de apoyo social, no se evidenció sobrecarga, aunque existieron puntuaciones altas en el rango de sobrecarga intensa, lo que denotan la necesidad de profundizar en esta variable en investigaciones futuras.

Finalmente, cabe mencionar, que este proyecto es uno de los primeros en relación con la investigación de cuidadores formales e informales de adultos mayores en los departamentos de Cundinamarca y Santander, Colombia, proceso que va en asenso y que amerita atención.

El aporte que se puede generar en el campo clínico es importante, ya que en otras ciudades de Colombia existen ya programas de intervención o acompañamiento para los cuidadores. Al iniciar este tipo de trabajos en Santander, permite dar paso a la consecución de más información en torno a la misma población y así finalmente aportar a la intervención psicosocial en los cuidadores formales e informales de adultos mayores.

Recomendaciones

A partir de los resultados encontrados en el presente estudio se sugiere llevar a cabo investigaciones, en donde se plantee la necesidad de crear manuales que permitan la intervención en este tipo de población, ya que si bien no se evidenciaron resultados negativos en las variables analizadas, si se puede profundizar en estudios relacionados con el impacto que esta labor tienen en la calidad de vida de las personas que la realizan.

Se recomienda la incrementar de la base de datos ya existente en el semillero de investigación, con datos macros a nivel regional sobre cuidadores formales e informales.

Generar espacios mucho más asequibles que permitan llevar a cabo de manera mas ágil el proceso investigativo, debido al poco acceso y disponibilidad con el que cuenta la población de cuidadores

Tras la investigación, se recomienda generar más proyectos de capacitación a cuidadores con el objetivo de informar a quien ejecuta este rol sobre los efectos que trae la labor del cuidado para capacitarlos en las verdaderas funciones que deben cumplir.

Por otra parte y teniendo en cuenta los niveles altos que se evidenciaron en la variable sobrecarga intensa, refleja la necesidad de realizar estudios que permitan indagar a profundidad este aspecto en otro tipo de muestra, así mismo investigar sobre otras motivaciones que presentan los cuidadores formales e informales al ejercer su labor.

Finalmente se invita a la creación de instituciones y fundaciones dedicadas a la preservación de la calidad de vida a nivel psicosocial de los cuidadores formales e informales de Adultos Mayores, es fundamental generar programas y estudios que favorezcan las potencialidades del cuidador; es una actitud que debe tomarse desde las mismas políticas del estado, dado que es una preocupación constate de los profesionales interesados en la salud, educación y calidad de un país.

Referencias.

- Aguglia, E., Onor, M., Trevisiol, M., Negro, C., Saina, M., & Maso, E. (2006). Stress in the caregivers of alzheimer's patients: an experimental investigation in Italy. . . *Am J Alzheimer's Dis Other Demen.*, 19, 248-252.
- Alonso, P., Sansó, F., Díaz-Canel, A., Carrasco, M., & Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana salud publica*, 33 (1).
- Álvarez, L., Rodríguez, A., & Salomón, N. (2008). Salud sexual y envejecimiento. *revista cubana de SALUD PUBLICA*, 34(1), 1-6.
- Alzheimer'sDisease International. (05 de Abril de 2009). *The Global Voice on Dementia*. Recuperado el 01 de Octubre de 2012, de <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport-ExecutiveSummary.pdf>.
- Amenábar, J., García-López, F., Robles, N., Saracho, R., Pinilla, J., Gentil, M., et al., (2002). Informe de diálisis y trasplante del Sociedad Española de Nefrología y Registros Autonómicos, año 2000. *Nefrología*, 22 (13), 310-317.
- Aparicio, B. (2008). Salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales. Instituto de mayores y servicios sociales. España.7-122. Recuperado el 2 de Marzo de 2013 en http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/idi24_07saludfísica.pdf
- Arango-Lasprilla, J., Fernández-Guinea, S., & Rogers, H. (2003). La familia y el cuidador del paciente con demencia y sus recursos. En: J. Arango- Lasprilla, S. Fernández-Guinea y A. Ardila (Eds.), *Las demencias. Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamientos*. México. D.F: Manual Moderno.
- Ardila, A., & Roselli, M. (2007). Envejecimiento normal y patológico. En A. Ardila, & M. Roselli, *Neuropsicología Clínica* (págs. 240 - 246). México: D.F: Manual Moderno.
- Aristizábal-Vallejo, N. (2008). Aspectos psicológicos del envejecimiento en latinoamerica. VIII Congreso regional de geriatría y gerontología: México.
- Artaso, B., Goñi, A., Huici, Y., & Gómez, A. (2002). Sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia institucionalizado. *Geriatría*. 18 (6), 35-39.
- Astudillo A, W., & Mendinueta A, C. (1999). Cómo ayudar a la familia en la terminalidad. En W. Astudillo A, & C. Mendinueta A, *necesidades de los cuidadores del paciente cronico* (7 edición ed., pág. 238). Donostia, San Sebastián, España: Paliativos.
- Ávila-Toscano, J. H., García-Cuadrado, J. M., & Gaitán-Ruiz, J. (2010). Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(1), 71-84.
- Babarro, 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. *Aten Primaria*, 33 (2), 61-68.

- Bonilla, F. (1990). *Penitid después de los 60: Proyecto de toda una vida*. Editorial de la Universidad de Costa Rica: San José, Costa Rica.
- Barrera, L. (2006) La habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *InvestEducEnferm*, 24(1), 6-46.
- Barrera, M. L., Donolo, D., & Rinaudo, M.C. (2010). Riesgo de demencia y niveles de educación: Cuando aprender es más saludable de lo que pensamos. *Anales de psicología*, 26 (1), 34-40.
- Bellón , J. A., Delgado, A., Luna del Castillo, J. D., & Lardelli , P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria*, 18(6), 289-296.
- Benjumea, D. L. (2009). El cuidado familiar: una revisión crítica. *Invest Educ Enferm*, 27 (1), 96-102.
- Birren, J., & Schaie, K. (2001). *Handbook of the psychology of aging* (5th ed.). San Diego: Academic Press.
- Blackburn, C., Read, J. & Hughes N. (2005). Carers and the digital divide: factors affecting internet use among carers. *HealthSocCareCommunity*, 13, 201-210.
- Bravo, M. & Serrano, G. (1992). *La psicología preventiva y el apoyo social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Brouwer, W., Van-Exel, N., Van-Berg, B., Dinant, H., Koopmanschap, M., & Van- Bos, G. (2004). Burden of caregiving: evidence of objective burden, subjective burden, and quality of life impacts on informal caregivers of patients with rheumatoid arthritis. *ArthritisRheum*, 51 (6), 570-577.
- Cabré, M., Serra-Prat, M. (2004). Factores que determinan la derivación a centros sociosanitarios o residencias geriátricas de pacientes ancianos hospitalizados en unidades geriátricas de agudos. *RevEspGeriatrGerontol*, 9(6), 367-370.
- Canal Ramirez, G. (1999). *Envejecer no es deteriorarse*. Bogotá: Panamericana.
- Cardona, D., & Segura, Á. (2011). Políticas de salud pública aplicadas al adulto mayor en Colombia. *Revista española de geriatría y gerontología*, 46 (2), 9-96.
- Cardona, D., Segura, A., Berberí, D., Ordóñez, J. & Agudelo, A. (2011). Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. *InvestigaciónAndina*, 13 (22), 178-193.
- Carrasco, M., Martínez, G., Foradori, A., Hoyl, T., Valenzuela, E., Quiroga, T., et al. (2010). Identificación y caracterización del adulto mayor saludable. *Revista médica de Chile*, 138 (9), 1077-1083.
- Carvajal, M., Dulcey-Ruiz, E., & Mantilla, G. (2002). *Comunicación y envejecimiento*. Bogotá: Cargraphics S.A.
- Centro de investigación Gerontológica, (2002). Agencia de investigación sobre envejecimiento para el siglo XXI: A propósito de la década de la conducta. *Latinoamericana de psicología*, 34 (2), 183- 184.
- Cerquera, A., Granados, F. & Buitrago, A. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo alzheimer. *Psychol. av. Discip*, 6 (1), 35-45.

- Cerquera, A., Pabón, K., & Uribe, D. (2010). Autopercepción de la salud en el adulto mayor. *Católica del Norte*, 6 (31), 407-428.
- Cervera, L., Hernández, R., Pereira, C., & Sardiñas, O. (2008). Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. *Archivo Médico de Camagüey*, 12(6), 1-10.
- Creese, J., Bedard, M., Brazil, K. & Chambers, L. (2008). Sleep disturbances in spousal caregivers of individuals with Alzheimer disease. *IntPsychogeriatr*, 20 (1), 149-161.
- Crespo, L. & López, M. (2008) Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y Tendencias. IMSERSO; 35. 1a edición. Madrid, Ministerio de educación, política social y deporte. Recuperado el 25 de Septiembre de 2011 de <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm35.pdf>
- Donaldson, C., Tarrier, N. & Burns, A (1998). Determinants of carer stress in Alzheimer's disease. *IntGeriatrPsychiatry*, 13 (4), 248-256.
- Dulcey, E. (2007). Formas de convivencia. Citado En: Diagnóstico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia. Ministerio de la protección social fundación Saldarriaga Concha. Mimeo 2007.
- Escuredo-Rodríguez, B. (2006). El discurso de las enfermeras ante el cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares. *Index de Enfermería*, 15(53), 45-48.
- Espín, A. (2009). Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35 (2), 1-14.
- 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.
- Estadísticas Mundiales Online: IndexMundi (2011). Recuperado el 24 de Septiembre de 2012 en, http://www.indexmundi.com/colombia/demographics_profile.html.
- Fernández-Puebla, A. (2004). Factores de riesgo del cansancio en el cuidador formal no profesional inmigrante en Barcelona. *RevAdmSanit*, 2 (2), 299-316.
- Ferrara, M., Langiano, E., Brango, T., Vito, E., Cioccio, L., & Bauco C. (2008). Prevalence of stress, anxiety and depression in with Alzheimer caregivers. *HealthQualLifeOutcomes*, 6, 93.
- Forero, L. M., Avendaño, M. C., Duarte, Z. J., & Campos-Arias. (2006). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (1), 23-29.

- Fundación Acción Familiar Alzheimer Colombia, (2002) *Informe sobre la enfermedad de Alzheimer*. Bogotá.
- Galeano, V., Guardiola, N., Linares, J., Munevar, M. & Rojas, I. (2009). *Implicaciones biopsicosociales del cuidado en casa para el cuidador informal familiar de una persona con enfermedad crónica y/o terminal: una crítica intelectual de literatura*. Bogotá. Universidad del Bosque.
- Galvis, C., Pinzón, L., & Romero, E. (2004). Comparación entre la habilidad de cuidado de cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica en Villavicencio Meta. *Avances en enfermería*, 22 (1), 4- 26.
- García, S., Coral, V., Meza, D., Lucino, C., Martínez, B., & Villagómez, A. (2009). Enfermedad de Alzheimer: una panorámica desde su primera descripción hacia una perspectiva molecular. *MedIntMex*, 25(4), 300-12.
- García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I. & Eguiguren, A. (2004) El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *GacSanit*, 18 (1), 132-139.
- Garre-Olmo, J., Hernandez-Fernandez, M., Lozano-Gallego, M., Vilalta-Franch, J., Turon-Estrada, A., Cruz- Reina M. M., et al. (2000). Carga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *RevNeurol*, 31 (6), 522-527.
- Gaugler, J., Roth, D., Haley, W. & Mittelman, M. (2008). Can counseling and support reduce burden and depressive symptoms in caregivers of people with Alzheimer's disease during the transition to institutionalization? Results from the New York University Caregiver Intervention Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56 (3), 421-428.
- Gómez, F. J., & Ponce, E. R. (2010). Una nueva propuesta para la interpretación de Family apgar. *Aten Fam*, 17 (4), 102-106.
- Gómez, G., & Margarita M. (2004) *Impacto de la biografía de los cuidadores de pacientes con demencia*. Tesis de maestría en salud colectiva, Universidad de Antioquia, Medellín.
- Gómez, M., Martos, A., & Catellón A. (2005) La capacidad funcional y el apoyo social informal en un grupo de personas mayores institucionalizadas. *Rev Mult Gerontol*, (15) 2, 85-91.
- Gort, A., Mazarico, S., Ballesté, J., Barberá, J., Gómez, X., & De Miguel, M. (2003). Uso de la escala de Zarit en la valoración de la claudicación en cuidados paliativos. *MedClin*, 121 (4), 132-133.
- Guerrero, J., Rodríguez, G., & Ramírez, E. (2004). Evaluación de aspectos biopsicosociales en el adulto mayor, *Médico Holguin*, 8 (3), 1-10.
- Guijarro, J. (1999). Las enfermedades en la ancianidad. *ANALES Sis San Navarra*, 22 (1), 85-94.
- Ham-Chande, R. (2009). Paradigmas y nuevos contratos sociales. *UNAM*, 2(14), 171-216.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2007). *Metodología de la investigación*. (Cuarta edición ed.) México: Mc Graw Hill.

- Hernández, Z. (2006). Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. *Index de Enfermería*, 15(52), 40-44.
- Hughes, T., & Ganguli, M. (2010). Factores de riesgo de demencia en la vejez, modificaciones en las etapas medias de la vida. *Revista Neurológica*, 51(5), 259-262.
- Iglesias-Souto, P., & Dosil, A. (2005). Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. Propuesta de una escala de medida. *RevEspGeriatrGerontol*, 40 (23), 85-91.
- Izal, M., & Montorio, I. (1999). *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.
- Jeon, Y., Brodaty, H., & Chesterson, J. (2005) Respite care for caregivers and people with severe mental illness: literature review. *Journal of Advanced Nursin*, 49 (3), 297-306.
- Kawasaki, K., & D'Elboux, M. (2001). Assistência domiciliaria ao idoso:assistência domiciliaria ao idoso:. *Rev Esc Enferm*, 35 (3), 257-264.
- Krassoievitch, M. (1993). *Psicoterapia Geriátrica*. Mexico: Fondo de cultura economica.
- Lanz, P., Martín, M., Miji, L., Nadal, S., Rico, J., Salvadó, M., & Taussig, M. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. *Revista Gerontológica* 6, 338-346.
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristain, J.M., Valderrama, M.J., & Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *GacSanit*, 22(5), 443-450.
- Ley 1090 del 6 de septiembre del 2006. *Diario Oficial*, edición N.º 46383.
- Lizarraga, V., Artetxe, A., & Pousa, N. (2008). Eficacia de una intervención psicológica a domicilio. *Esp Geriatr Gerontol* , 43 (1), 229-234.
- Lladó, A., Antón-Aguirre, S., Villar, A., Rami, L. & Molinuevo, J. (2008). Impacto psicológico del diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 23 (25), 294-298.
- Llibre, J. (2008). *Demencias y enfermedad de Alzheimer en la poblacion cubana*. Editorial Cientifico-Tecnica: La Habana.
- Llibre, J. & Guerra, M. (2002). Actualización sobre la enfermedad de Alzheimer. *Revista cubana de medicina general integral*, 18(4), 264-269.
- Llibre, J., Guerra, M., & Perera, E. (2008). Comportamiento del síndrome demencial y la enfermedad de Alzheimer. *Rev Haban Cienc Méd*, 7 (1).

- López, J. (2005) *Entrenamiento en manejo de estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa*, tesis escuela de ciencias sociales, Universidad Complutense de Madrid; p 408.
- López, M. J., Orueta, R., Gómez, S., Sánchez, A., Carmona, J., & Alonso, F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y. *Rev Clín Med Fam*, 2 (7), 332-334.
- Lucke, K., Coccia, H., Goode, J., & Lucke, J. (2004) Quality of life in spinal cord injured individuals and their caregivers during the initial 6 months following rehabilitation. *Quality of Life Research*. 13 (1), 97-110.
- 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 (CaregiverBurden Interview) de Zarit. *RevGerontol*, 6 (3), 338-346.
- Martínez, J. & Khachaturian, Z. (2001) *Alzheimer XXI: Ciencia y Sociedad*. España, Barcelona: Masson.
- McCurry, S. M., Logsdon, R. G., Teri, L. & Vitiello, M. V. (2007). Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: contributing factors and treatment implications. *SleepMedRev*, 11 (2), 143-153.
- Meléndez, J., Tomás, J., & Navarro, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 43 (2), 90-95.
- Molina, J., Láñez, M. & Láñez, B. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y salud*, 15 (1), 33-43.
- Montalvo, A. (2007). Los cuidadores de pacientes con Alzheimer y su habilidad de cuidado, en la ciudad de Cartagena. *Avances de Enfermería*, 25 (2), 90-100.
- Montoro, J. (1999). Las consecuencias psicosociales del cuidado informal a personas mayores. *Revista Internacional de Sociología*, 13 (23), 22 – 30.
- Moreno, M., Náder A., & López, M. (2004) Relación entre las características de los cuidadores familiares de pacientes con discapacidad y la percepción de su estado de salud. *Avances en enfermería*, 12 (22), 27-38.
- Ocampo, J., Herrera, J., Torres, P., Rodríguez, J., Loba, L. & García, C. (2007). Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colombia Médica*, 38 (1), 40-46.
- Paleo, N. & Rodríguez, N. (2005). ¿Por qué a los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer? [Electrónica Versión]. Revista electrónica de geriatría, 7. Recuperado el 10 de agosto de 2011, de www.geriatrianet.com/introx.html.

- Partezani, R., Guimarães, O., & Guimarães, S. (2001). Representaciones sociales del cuidado del anciano en trabajadores desalud en un ancianato. *Rev. latino-am. enfermagem*, 9 (1), 7-12.
- Perez, A., Garcia, L., Rodriguez, E., Losada, A., Porras, N., & Gomez, M. A. (2009). Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Aten Primaria*, 41 (11), 621-628.
- Pérez, M. (2008). Las intervenciones dirigidas a los cuidadores de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 7(3), 1-11.
- Pérez, P. (2006) *El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental*, Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca.
- Pérez-Paerdomo, M. & Llibre, J. J. (2010). Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 104-116.
- Pérez-Peñaranda, A. (2008). *Dependencia, cuidado informal y función familiar. Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento*, tesis escuela de ciencias sociales, Universidad de Salamanca de Madrid; p106.
- Pinto, J. A., & Ramos, P. (2007). *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias Detección y cuidados en las personas mayores* (Vol. 1). Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación.
- Pinzón, M. (2001). Soporte social y afrontamiento a la enfermedad en adultos jóvenes sometidos a diálisis peritoneal ambulatoria. *Avances en enfermería*, 19 (2), 47-53.
- Rangel, J., Valerio, L., Patiño, J. & García, M. (2004). Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Revista Facultad de Medicina, UNAL*, 47 (1), 24-27.
- Redondo, N. (1990). *Ansiedad y pobreza. Una investigación en sectores populares urbanos. Hymanitas: Buenos Aires Argentina*.
- Reig, A. (2003). Encyclopedia of Psychological Assessment. *Quality of life*, 3 (2), 800-805.
- Revilla, L., Bailón, E., Luna, J., & Delgado, A. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 8 (2), 688-692.
- Reyes, C., Chamorro, A., Montañó, L., Olmos, K., & Torres, M. (2009). Impacto de la discapacidad en la familia de pacientes con diferentes patologías. *Cátedra Europa*, 15 (15), 81-105.
- Reyes, M. (2001). *Construyendo el concepto cuidador de ancianos*. Recuperado el 1 de Marzo de 2013, de

<http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Regiones/Mercosur/Brasil/06CuidadoresdeAncianos.pdf>

- Reyes, S., Valderrama, O., Ortega, K., & Chacón, M. (2010). Funcionalidad familiar y estilos de vida saludables. Asentamiento humano Nuevo Paraíso-districto de Pativilca, 2009. *Rev. Aporte Santiaguino*, 3 (2), 214-221.
- Rivera, H., Dávila, R., & González, A. (2011). Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16 (1), 27-32.
- Robinson-Whelen, S., Taday, J., MacCallum, R., MacGuire, L., & Kiecolt-Glaser, J. (2001). Long-term caregiving: what happens when it ends?. *Journal of Abnormal Psychology*, 573-584.
- Roca, A., & Blanco, K. (2007). Carga en familiares cuidadores de ancianos dementes. *Correo Científico Médico de Holguín*, 11, (1).
- Rodríguez, P. (1995). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal en España*. Madrid: INSERSO.
- Rodríguez, S., & Enrique, C. (2010). *Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido*. Argentina.
- Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública*, 83 (3), 393-405.
- Roig, M., Abengózar, C. & Serra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anuales de Psicología*, 14(2), 215-227.
- Romano, M., Nissen, M., Huerto, N., & Parquet, C. (2007). Enfermedad de Alzheimer. *Rev de posgrado de la Via Cátedra de Medicina*, 75, 9-12.
- Rueda, J. O. (2000). Envejecimiento de la población Colombiana: desafíos inminentes. En: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas- DANE. Boletín de estadísticas. 563/Febrero, (231-242). Bogotá: DANE.
- Salcedo, G. (2006). *Evaluación del Apgar familiar en pacientes con VIH sida, IMSS*, tesis para facultad de medicina, Universidad de Colima, Colima, México.
- Samele, C., & Manning, N. (2000). Nivel de carga del cuidador entre los familiares del enfermo mental en el sur de Verona. *EurPsychiatry*, 15 (3), 196-204.

- Sánchez, B. (2001). La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. *Invest. Educ. Enferm*, 19 (2), 36-49
- Sánchez, B. (2002). El cuidado de la Salud de personas que viven situaciones de enfermedad crónica en América Latina. *Actualizaciones en Enfermería*, 5 (1), 13-16.
- Sánchez, B. (2004). La cronicidad y el cuidado familiar, un problema de todas las edades: los cuidadores de ancianos. *Avances en enfermería*, 22 (1), 60-64.
- Sánchez-Guevara, L., Gómez-Gómez, C., Gutiérrez-Herrera, R., Riquelme-Heras, H. & Garza-Elizondo, T. (2006) Perfil y sobrecarga del cuidador principal informal del adulto mayor. *Rev Salud Publica Nutr*, (4), recuperado el 22 de septiembre de 2011 de www.respyn.uanl.mx/especiales/2006/ee-04-2006/documentos/gerontologia.htm.
- Sánchez, M. Díaz, J. Cuéllar, I. Castellanos, B. Fernández, M & D etena, A. (11 de Abril de 2007). *Imsero*. Recuperado el 27 de febrero de 2013, de http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/idi24_07saludfisica.pdf
- Sander, S., Ott, C. H., Kelber, S. T. & Noonan, P. (2008). The experience of high levels of grief in caregivers of persons with Alzheimer's disease and related demetia. *DeathStud*, 32 (6), 495-523.
- Schaie, W. K., & Willis, S. L. (2003). *Psicología de la vejez adulta y la vejez* (5 ed.). (J. L. Posada, Ed., & M. Olmos, Trad.) Madrid: Pearson.
- Sherbourne, C., & Stewart, A. (1991). The MOS social support survey. *Soc Sci Med*, 705-14.
- Simonelli, C., Tipoldi, F., Rossi, R., Fabrizi, A., Lembo, D., Cosmi, V., et al. (2008). The influence of caregiver burden on sexual intimacy and marital satisfaction in couples with an Alzheimer spouse. *Int J clinPract*, 62 (1), 47- 52.
- Soldo, B., Agree, E., & Wolf, D. (1998). *Familia, cuidados informales y políticas de vejez*. México: McGraw Hill.
- Sörensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). How Effective Are Interventions With Caregivers? An Updated Meta-Analysis. *The Gerontologist*, 42 (3), 356-372.
- Stefani, D., Seidmann, S., Pano, C., Acrich, L. & Bail-Pupko, V. (2003). Los cuidadores Familiares de enfermos crónicos: sentimiento de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, 55-65.
- Stuyck, R. (2000). La enfermedad de Alzheimer. Impacto sobre cuidadores y sistema sanitario de las personas afectadas. En: Orozco, M., Prados, N. editores. *Temas de Geriatría y Gerontología de Iberoamérica*. Granada: Imprenta de la Diputación. pp.41-60.

- Takase, L., Mendes, M., Martins, M., Modesto, S., & Zunino, R. (2011). La dinámica de la familia de ancianos con edad avanzada en el contexto de la ciudad de Porto, Portugal. *Latino-Am. Enfermagem*, 19 (3), 458-466.
- Teixidó, J., Tartas, L., Arias, N., & Cosculluela, A. (2006). Cuestionario de sobrecarga de cuidadores de pacientes de diálisis peritoneal. *Nefrología*, 26 (1), 74-83.
- Terol, M., Rodríguez-Marín, J., Pastor, M., Mora, M., & Martín-Aragón, M. (2000). Diferencias en la calidad de vida: un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de Psicología*, 16 (12), 111-122.
- Turró, G., Soler, C., Garre, O., Lopéz, P., Vilalta, F., & Monserrat, V. (2008). Distribución factorial de la carga en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revolución Neurol*, 46 (7), 582-588.
- Valderrama, H. (1999). La institución geriátrica como centro de servicios gerontológicos. *Revista de la Asociación de Establecimientos Geriátricos*. 9 (35), 84-91.
- Vega, O. (2011). Percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Aquichán*, 11 (3), 274-286.
- Vega, O., & González, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento. *Rev. Enfermería, global*, 2 (16), 1-11.
- Weitzner, M., Jacobsen, P., Wagner, H., Friedland, J., & Cox, C. (1999). The Caregiver Quality of Life Index-Cancer scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. *QualLife*, 8 (3), 55-63.
- Yanguas, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: IMSERSO.
- Zambrano, R., & Caballos, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Rev. Colombiana de psiquiatría*, 26 (1), 26-39.

Anexo 1

Consentimiento informado

El estudio “CARACTERIZACIÓN PSICOSOCIAL DE UNA MUESTRA DE CUIDADORES FORMALES E INFORMALES DE ADULTOS MAYORES DE LA REGIÓN ANDINA” desarrollado por William Díaz Rey y Sindi Johana Acevedo Gómez, estudiantes de psicología de último semestre que pertenecen a la línea de investigación calidad en la tercera edad de la universidad Pontificia Bolivariana, con el acompañamiento y tutoría de la Ps Ara Mercedes Cerquera Córdoba. El propósito principal de este proyecto es determinar el perfil psicosocial de una muestra de cuidadores formales e informales de la región Andina

Inicialmente se llevara a cabo el diligenciamiento de la ficha de datos sociodemograficos , que permitirá conocer aspectos básicos de la persona, posteriormente de realizara la aplicación de la batería de pruebas en el siguiente orden: el cuestionario de función familiar APGAR, compuesta por 5 ítems, la cual rastrea funcionalidad o disfuncionalidad familiar, la escala de sobrecarga del cuidador Zarit, compuesta por 22 ítems, que mide sobrecarga en el cuidador y el cuestionario MOS de apoyo social, compuesto por 20 ítems, que miden apoyo social percibido. Para el diligenciamiento de este protocolo se requiere de un tiempo aproximado de 35 minutos. Toda la información obtenida a partir del estudio se mantendrá bajo estricta confidencialidad, velando por la dignidad e integridad de los evaluados. Además, los datos podrán ser publicados por cualquier medio científico como revistas, congresos, entre otros; respetando la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

Después de haber leído toda la información contenida en este documento con respecto al proyecto y de haber recibido del evaluador las explicaciones verbales sobre el proyecto y satisfactorias respuestas a mis inquietudes, y habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión libre y consciente, voluntariamente manifiesto que yo _____ identificado (a) con cédula de ciudadanía No. _____ de _____ he decidido participar del estudio anteriormente mencionado. Además, autorizo al equipo de investigación para utilizar la información codificada en otras futuras investigaciones. En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia del evaluador, en _____ el día _____ del mes _____, del año _____.

FIRMA DEL EVALUADO

CC N°:

FIRMA DEL EVALUADOR

CC N°:

FIRMA DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

CC N°:

Anexo 2

ENTREVISTA ESTRUCTURADA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS CUIDADOR
INFORMAL

Fecha: _____ Encuestador: _____

Nombre cuidador: _____

Edad (años cumplidos): _____

Lugar actual de residencia _____

Estado civil:

<input type="checkbox"/>	Soltero/a
<input type="checkbox"/>	Casado/a
<input type="checkbox"/>	Divorciado/a
<input type="checkbox"/>	Viudo/a
<input type="checkbox"/>	Unión libre

Nivel de Escolaridad

<input type="checkbox"/>	Sin estudios
<input type="checkbox"/>	Primario
<input type="checkbox"/>	Secundario/Bachillerato
<input type="checkbox"/>	Universitario
<input type="checkbox"/>	Posgrado
<input type="checkbox"/>	Otros

Cuál _____

Situación laboral actual

<input type="checkbox"/>	Activo/a
--------------------------	----------

Profesión/ ocupación _____

	Jubilado/a
	Hogar
	Desempleado/a

Profesión/ ocupación Previa (si cambió al asumir el cuidado del familiar)

Nivel de Ingresos

	Menos del mínimo
	Mínimo (566.700)
	Más del mínimo

Fuente de Ingresos

Nivel socioeconómico

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

Edad del paciente

	40-50 años
	51-60
	61-70
	71 o más

Tiempo que lleva ejerciendo la actividad de cuidado

	3 a 6 meses
	7 meses a 1 año
	Más de un año

Cuántos _____

Conoce redes de apoyo para cuidadores

SI___ NO___

Ha recibido asesorías por parte de médicos tratantes de su familiar

SI___ NO___

Ha recibido capacitaciones sobre los cuidados que requiere el Adulto Mayor

SI___ NO___

Parentesco con el adulto mayor

	Hijo/a
	Esposo/a
	Sobrino/a
	Nieto/a
	Otro

Cuál _____

Tiene usted actualmente un proyecto de vida:

SI___ NO___

Que le motiva a cuidar de su familiar

	Obligación
	Cariño
	Cariño y obligación
	Otra motivación

Cuál _____

Anexo 3

ENTREVISTA ESTRUCTURADA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS CUIDADOR FORMAL

Fecha: _____ Encuestador: _____

Nombre cuidador: _____

Edad (años cumplidos): _____

Lugar actual de residencia _____

Estado civil:

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

Nivel de Escolaridad

	Sin estudios
	Primario
	Secundario/Bachillerato
	Técnicos/ Tecnológicos
	Universitario
	Posgrado
	Otro

Cuál _____

Profesión / ocupación Actual

	Enfermería / Auxiliar de enfermería
	Oficios varios
	Otros

Cuál _____

Profesión / ocupación Anterior

	Enfermería / Auxiliar de enfermería
	Oficios varios
	Otros

Cuál _____

Nivel de Ingresos

	Menos del mínimo
	Mínimo (566.700)
	Más del mínimo

Nivel socioeconómico

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

Edad del paciente

	40-50 años
	51-60
	61-70
	71 o más

Tiempo que lleva ejerciendo la actividad de cuidado

	3 a 6 meses
	7 meses a 1 año
	Más de un año

Cuánto tiempo _____

Tiene experiencia previa en el cuidado de Adultos Mayores?

SI ___ de cuánto tiempo? _____ NO ___

Ha recibido capacitaciones sobre el cuidado con Adultos Mayores?

SI ___ NO ___

Tiene actualmente un proyecto de vida?

SI ___ NO ___

Que le motiva a cuidar al Adulto Mayor

	Obligación
	Cariño
	Cariño y obligación
	Otra motivación

Cuál _____

Anexo 4

CUESTIONARIO DE FUNCIÓN FAMILIAR APGAR

(FUNCIONAMIENTO FAMILIAR)

Universidad de Salamanca, España

Cuestionario para explorar el impacto de la función familiar en la salud emocional de sus miembros y para conocer hasta qué punto la familia y su comportamiento puede considerarse un recurso para sus integrantes, o si por el contrario influye empeorando la situación.

A continuación se plantean cinco preguntas que corresponden a un área diferente de la función familiar; Adaptabilidad, Cooperación, Afectividad y Capacidad resolutive. Usted deberá responder en las casillas, en las cuales se encuentran las palabras: nunca, a veces y siempre. Para responder las casillas asignadas, se deberá hacer dándole un valor a esas palabras nunca, a veces y siempre de la siguiente manera:

Casi Nunca: 0 puntos A veces: 1 punto Siempre: 2 puntos

FUNCIÓN	CASI NUNCA	AVECES	SIEMPRE
¿Está satisfecha (o) con la ayuda que recibe de su familia?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Siente que su familia le quiere?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?			

TOTAL: _____

Anexo 5

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR ZARIT

(Caregiver Burden Interview)

Cuidador informal

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	CASI
-------	------------	---------	-----------	------

			VECES	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 encargar el 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 6

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR ZARIT

(Caregiver Burden Interview)

Cuidador Formal.

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 las personas 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 las personas 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 las personas a su cuidado?

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

			VECES	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 le pagan el dinero suficiente por cuidar a las personas a su cuidado?

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 inicio 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 7

CUESTIONARIO M.O.S PARA INVESTIGAR APOYO SOCIAL

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone:

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.?
(Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el n° de amigos ____ y el n° de familiares ____

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda.

¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un círculo uno de los números de cada fila:

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2-Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3-Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
4-Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.	1	2	3	4	5
6-Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7-Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8-Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5

9-Alguien en quien confiar o con quien hablar de si mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10-Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11-Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12-Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13-Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14-Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15-Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16- Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17- Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18- Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
19- Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20-Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5