



---

## Artículo de Investigación.:

# Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo alzheimer por mutación e280a en presenilina 1.

Relation among anxiety, depression, stress and overload on relative caregivers of patients with alzheimer's dementia by mutation e280a in presenilin 1.

*Rev. chil. neuropsicol.* 2010; 5(2):137-145

Publicado online: 30 de Julio

---

Luis Méndez<sup>1\*</sup>, Oscar Giraldo<sup>2</sup>, Daniel Aguirre-Acevedo<sup>1</sup>, Francisco Lopera<sup>1</sup>.

1 Grupo de Neurociencias de Antioquia. Universidad de Antioquia. Colombia.

2 Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Universidad de Antioquia. Colombia.

(Rec.: 20 abril 2010. Acep.: 07 junio 2010)

### Resumen

**Introducción:** El deterioro cognitivo y funcional de la Enfermedad de Alzheimer (EA) produce un impacto significativo en el Cuidador Principal. Trastornos de ansiedad y afectivos son mayores en cuidadores familiares de personas con Alzheimer que en la población general. Objetivo: Describir la relación entre Ansiedad, Depresión, Estrés y Sobrecarga en Cuidadores Familiares de personas con demencia tipo Alzheimer por mutación E280A en Presenilina 1. Sujetos y Método: Seleccionamos 14 cuidadores familiares, a quienes les fueron aplicadas escalas de Ansiedad, Depresión, Estrés y Sobrecarga. Para el análisis se tuvieron en cuenta los puntajes en dichas escalas y variables del cuidador como edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, parentesco, tiempo de cuidado y edad del familiar enfermo. Resultados: Se encontraron relaciones moderadamente altas entre Ansiedad Rasgo y Depresión ( $r=0,757$ ;  $p=0,001$ ), moderadas entre Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo ( $r=0,497$ ;  $p=0,070$ ), Depresión ( $r=0,451$ ;  $p=0,105$ ); moderadas entre Ansiedad Rasgo y Edad del Familiar Enfermo ( $r=0,414$ ;  $p=0,140$ ), Estrés ( $r=0,542$ ;  $p=0,045$ ), Sobrecarga ( $r=0,573$ ;  $p=0,031$ ), y moderadamente alta con Depresión ( $r=0,757$ ;  $p=0,001$ ); moderada entre Depresión y Sobrecarga ( $r=0,403$ ;  $p=0,152$ ); entre Estrés y Sobrecarga ( $r=0,493$ ;  $p=0,072$ ); entre Sobrecarga y Tiempo de Cuidado del Familiar Enfermo ( $r=-0,523$ ;  $p=0,054$ ), Depresión ( $r=0,403$ ;  $p=0,152$ ) y Edad del Familiar Enfermo ( $r=0,412$ ;  $p=0,142$ ). Conclusiones: Se encontraron tres cuidadores con niveles elevados de Estrés, uno con Depresión Leve y otro con Sobrecarga Intensa y Depresión Leve. Ninguno presentó niveles elevados de Ansiedad, pero si una tendencia para la Ansiedad Rasgo en los hijos de los afectados, permitiéndonos pensar en una característica individual en estas personas.

**Palabras Clave:** Ansiedad, depresión, estrés, sobrecarga, cuidador Familiar, enfermedad de Alzheimer.

### Abstract

**Introduction.** Cognitive and functional impairment of Alzheimer's disease (AD) produces a significant impact on principal caregiver. Anxiety and Affective disorders are seen more often in relative caregivers of AD patients than in general population. Objective. To describe relationships among Anxiety, Depression, Stress and Overload in relative caregivers of people with Alzheimer type dementia presenilin-1 E280A mutation. Subjects and Methods. We selected 14 relative caregivers, to whom Anxiety, Depression, Stress and Overload scales were applied. For analysis, as scores of those scales were considered as caregiver's variables such as age, gender, civil status, occupation, education, relationship, time of care and patient's age. Results. Moderately high relations were found between Anxiety Trait and Depression ( $r=0,757$ ;  $p=0,001$ ), moderate between Anxiety State and Anxiety Trait ( $r=0,497$ ;  $p=0,070$ ), Depression ( $r=0,451$ ;  $p=0,105$ ); moderate between Anxiety Trait and patient's age ( $r=0,414$ ;  $p=0,140$ ), Stress ( $r=0,542$ ;  $p=0,045$ ), Overload ( $r=0,573$ ;  $p=0,031$ ), and moderately high with Depression ( $r=0,757$ ;  $p=0,001$ ); moderate between Depression and Overload ( $r=0,403$ ;  $p=0,152$ ); between Stress and Overload ( $r=0,493$ ;  $p=0,072$ ); between Overload and time of patient's care ( $r=-0,523$ ;  $p=0,054$ ), Depression ( $r=0,403$ ;  $p=0,152$ ) and patient's age ( $r=0,412$ ;  $p=0,142$ ). Conclusions. Three caregivers with increased stress levels were found, one with mild depression and other with intense overload and mild depression. None of participants presented increased anxiety levels, but a trend to Anxiety Trait in patient's offspring, allowing us to think in an individual character in these people.

**Keywords:** Anxiety, depression, stress, overload, relative caregiver, Alzheimer's disease.

---

\* Correspondencia: Luis Guillermo Méndez Barrera, Calle 62 # 52-59, Edificio Sede de Investigación Universitaria (SIU), Área asistencial, Grupo de Neurociencias de Antioquia, Medellín, Colombia. [luis.mendez@neurociencias.udea.edu.co](mailto:luis.mendez@neurociencias.udea.edu.co). Fax: 219-64-44.

## Introducción.

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo caracterizado por un declive en el funcionamiento intelectual que abarca funciones como la atención, memoria, lenguaje, praxias, gnosias y funciones ejecutivas (Arango, Fernández y Ardila, 2003, p. 197).

Según el momento de aparición de la sintomatología o inicio de la enfermedad ésta se puede clasificar en: Familiar o Precoz (antes de los 65) y Esporádica o Tardía (después de los 65) (Arango, Fernández y Ardila, 2003).

En Antioquia, donde se han reportado una gran cantidad de casos, se ha podido establecer que en este departamento existe el mayor conglomerado poblacional con Enfermedad de Alzheimer Familiar Precoz en el mundo (EAPF) (Lopera, Arcos, Madrigal, Kosik, Cornejo y Ossa, 1994), “caracterizada por ser más agresiva, de evolución más rápida y por presentar con frecuencia afasia temprana” (Calle y Lopera, 1998, p. 148).

El deterioro físico y mental que acompaña a la demencia es progresivo e irreversible, incapacitando al paciente para valerse por sí mismo. Esta situación implica un aumento de la demanda de ayuda médica y familiar. En la mayoría de los casos, el enfermo recibe todos los cuidados de un solo miembro de su familia conocido como “Cuidador Principal” (Gómez-Ramosa y González-Valverde, 2004).

“El estudio de la figura del cuidador aparece por primera vez en los trabajos de Claussen y Yarrow en 1955, y posteriormente, en los de Grad y Sinsbury y Kreitman, en los que se introduce el concepto de carga del cuidador” (Gómez-Ramosa y González-Valverde, 2004, p. 155), originalmente descrito por Freudenberguer (1974, citado en Zambrano y Ceballos, 2007), que indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. También se ha relacionado con problemas en la salud física por acumulación de estresores.

El concepto de “carga” ha sido clave para la investigación de las repercusiones del cuidado de personas mayores sobre sus familiares; también ha sido abundantemente utilizado en la investigación gerontológica en cuanto al proceso del cuidar y sus efectos, por tanto es un factor importante en la calidad de vida de los cuidadores

(Poulshock y Deimling, 1984, citados en Montorio, Fernández De Troconiz, López y Sánchez, 1998).

Dentro de la clasificación de los tipos de cuidadores (familiares o personas cercanas informales y profesionales) para este estudio se trabajó con los cuidadores principales o familiares (Zambrano y Ceballos, 2007), aquellas personas del sistema de apoyo informal del enfermo, familiar o amigo con las siguientes características (Wilson, 1989 citado en Roig, Abengózar y Serra, 1998)

- Asume las principales tareas de cuidado del enfermo y la responsabilidad que ello acarrea.
- Es percibido por el resto de los familiares como el responsable del cuidado del enfermo.
- No es remunerado económicamente por las tareas de cuidado.
- Se ha dedicado durante un mínimo de 6 semanas a 3 meses a las tareas de cuidado.

Estudios de los últimos veinte años permiten afirmar que los cuidadores familiares están expuestos a situaciones de estrés que incrementan el riesgo de padecer problemas físicos y emocionales, especialmente ansiedad y depresión (Fernández-Hermida, Fernández-Sandonis y Fernández-Menéndez, 1990; Schulz, O'Brien, Bookwala y Fleissner, 1995, citados en López y Crespo, 2007).

El cuidado de un familiar con demencia genera mayor estrés que el de un anciano con patología física, lo cual podría explicarse porque el cuidador se ve obligado a introducir mayores cambios en su estilo de vida (Grafström y Winblad, 1995; Eagles, 1987 citados en Artaso, Goñi y Biurrun., 2003), a una mayor limitación social (Reese et al., 1994 citados en Artaso et al., 2003) y a las alteraciones específicas de la relación interpersonal cuidador-enfermo, pero también al deterioro del nivel de intimidad y la disminución de la gratificación por parte del receptor de los cuidados (Livingston et al., citados en Artaso et al., 2003).

“El progresivo deterioro cognitivo y funcional de la Enfermedad de Alzheimer (EA) produce un impacto en el entorno familiar y especialmente, en el cuidador principal” (Pearlin, Mullan, Semple y Skaff, 1990, citados en Garre-Olmo,

Hernández-Ferrándiz, Lozano-Gallego, Vilalta-Franch, Turón-Estrada, Cruz-Reina, Camps-Rovira y López-Pousa., 2000, p. 522). Por tanto estos cuidadores “son un grupo de alto riesgo para el desarrollo de problemas emocionales y trastornos psiquiátricos” (Clipp y George, 1990 citados en Carrasco, Ballesteros, Ibarra, Loizaga, Serrano, Larumbe, Aizcorbe y Belenguer, 2002, p. 201-202).

Estudios epidemiológicos demuestran que trastornos de ansiedad y afectivos son mayores en cuidadores familiares de personas con EA que en la población general (Cochrane, Goering y Rogers, 1997 citados en Carrasco et al., 2002). También se ha “demostrado que al comparar cuidadores de pacientes con demencia con cuidadores de otras enfermedades, los primeros son los que presentan una mayor sobrecarga” (Leinonen et al., 2001; Rosvinge et al., 1998, citados en Babarro, Garrido, Díaz, Casquero y Riera, 2004, p. 66).

De otro lado, no sólo los síntomas clínicos de la EA, sino también la “progresiva atención que requieren los pacientes, son considerados una fuente importante de estrés para sus cuidadores” (Baumgarten et al., 1992, citados por Garre-Olmo et al., 2000, p. 522)

Lo anterior ha llevado a que se brinde atención a este fenómeno desde diferentes ámbitos, particularmente desde la investigación llevada a cabo por el Grupo de Neurociencias de Antioquia, para la EA por mutación E280A en Presenilina 1 y sus estadios demenciales (Calle y Lopera, 1998).

Como resultado del excesivo trabajo y fuertes demandas del cuidado de un familiar con EA, el cuidador principal puede llegar a presentar significativas manifestaciones de ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga, cuyas características fueron el propósito de esta investigación, y, que según la literatura ya mencionada, se manifiestan mayormente.

Consideramos fundamental investigar al respecto, pues la forma genética de esta enfermedad descubierta en Antioquia, como se mencionó más agresiva y de evolución más rápida, podría significar un nivel de demanda mucho más intenso por parte de los familiares enfermos; además sería

interesante estudiar la posibilidad de encontrar diferencias en las variables analizadas con relación a otros estudios (López y Crespo, 2007; Gandoy, Millán, García, Buide, López y Mayán, 1999; Giraldo y Franco, 2006; Garre-Olmo et al., 2000 y Carrasco et al., 2002).

### Objetivos.

Nos propusimos conocer y describir la relación entre Ansiedad, Depresión, Estrés y Sobrecarga, presentes en este grupo poblacional, como también su relación con variables demográficas como edad, nivel de estudios, tiempo de cuidado y edad del familiar enfermo; datos que son indispensables tanto para alcanzar un mayor entendimiento del estado psicológico de este grupo específico de cuidadores, como para tenerlos en cuenta en procesos de asesoría en ese ámbito.

Para cumplir con lo anterior, tuvimos que establecer la presencia o no de ansiedad, depresión y estrés en este tipo de cuidadores, determinar el nivel de sobrecarga y comprobar si los primeros son indicadores de dicha sobrecarga.

Las variables que se tuvieron en cuenta para relacionar con las alteraciones emocionales, fueron las siguientes:

- *Edad del cuidador.* Como lo indican Roig, Abengózar y Serra (1998), a medida que se avanza en el ciclo vital, va aumentando la probabilidad de padecer enfermedades, y va disminuyendo la capacidad física.
- *Nivel escolar del Cuidador.* Consideramos que un mayor nivel académico previo permitiría una mejor percepción de la enfermedad y facilidad para desarrollar estrategias de afrontamiento, implicando una menor afectación emocional. Se ha encontrado que mujeres con mayor nivel de estudios utilizan más a menudo estrategias de entrenamiento cognitivo como estimular en el anciano las habilidades que estaba perdiendo progresivamente, indicando con esto una mayor preparación a la hora de utilizar estos recursos (Roig, Abengózar y Serra, 1997, citados en Devi y Ruiz, 2002). En relación con el factor “tipo de ocupación”, indirectamente relacionado con el nivel escolar, algunas investigaciones han confirmado que los cuidadores que

trabajan fuera de casa experimentan presiones y dilemas entre el cuidado y la ocupación (Pearlin, Mullan, Semple y Skaff, 1990, citados en Deví y Ruíz, 2002)

- *Tiempo de cuidado del Cuidador.* Podría explicarse con base en la Hipótesis Adaptativa (Novak y Guest, 1989 citados en Roig, Abengózar y Serra, 1998), según la cual a medida que pasa el tiempo, el cuidador desarrolla más habilidades de cuidado, disminuyendo así la intensidad de la respuesta emocional. En un estudio llevado a cabo por Deví y Ruíz (2002) se confirmó el entrenamiento que lograban los cuidadores de enfermos con demencia a medida que aumentaba el tiempo de dedicación, dando cuenta de la presencia de más recursos personales para afrontar las situaciones de carga. También se ha encontrado que el impacto personal en el cuidador ha sido mayor cuanto más tiempo ha transcurrido desde que comenzó su rol (Montorio et al., 1998). Wilson (1989, citado en Roig, Abengózar y Serra, 1998) define un tiempo mínimo de 6 semanas a 3 meses de cuidado. Se calcula que el cuidador familiar proporciona cuidados los siete días a la semana, con un promedio de 16 horas diarias (Zambrano y Ceballos, 2007); para este estudio que presentamos se determinó un tiempo de cuidado de 12 a 24 horas diarias.
- *Edad del familiar enfermo.* Antioquia posee el foco poblacional más grande del mundo con una presentación precoz de la enfermedad de Alzheimer, lo cual se traduce en un nivel de demanda mucho más temprano e intenso en la labor de cuidado por parte de los familiares enfermos.

### Pacientes y Métodos.

Se tomó una muestra por conveniencia en la que participaron 14 cuidadores familiares adultos pertenecientes a las familias afectadas de EA por mutación E280A en Presenilina 1, que consultaban al servicio de neurología y neuropsicología del Grupo de Neurociencias de Antioquia. Quienes conociendo los objetivos de la investigación se mostraron dispuestos a colaborar, se les administró el respectivo consentimiento informado, el Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE) (del original en inglés: State Trait-Anxiety Inventory [sigla: STAI]) (Spielber-

ger, Gorsuch y Lushene, 1970), adaptado por Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975.); Inventario de Depresión de Beck (del original en inglés: Beck Depression Inventory [sigla: BDI]) (Beck, Ward, Mendelson et al., 1961), adaptado por Vázquez C y Sanz J., 1991); Escala de Estrés Percibido de Cohen (del original en inglés: Perceived Stress Scale [sigla: PSS]) (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983); adaptada por Remor, 2001; Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (del original en inglés: Caregiver Burden Interview) (Zarit, Reever, y Bach-Peterson, 1908), adaptada por Martín, Salvadó, Nadal, Miji, Rico, Lanz y Taussig, 1996. Las escalas fueron aplicadas por un sólo evaluador con el fin de garantizar un adecuado entendimiento y valoración homogénea de los ítems.

Los cuidadores familiares debían cumplir con las siguientes condiciones:

- Consultar en el Grupo de Neurociencias de Antioquia.
- Ser cuidadores principales o familiares del enfermo.
- Contar como mínimo 6 semanas en el cuidado del familiar.
- Que el familiar enfermo tenga diagnóstico de EA por mutación E280A en Presenilina 1.

Se realizó un estudio correlacional diseño transversal, en el que se describió y analizó la relación entre Ansiedad, Depresión, Estrés y Sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo Alzheimer por mutación E280A en Presenilina 1, variables que desde la literatura revisada son las más frecuentes en este grupo poblacional, y que se sometieron a medición y descripción con otras como edad, nivel de estudios, tiempo de cuidado y edad del familiar enfermo.

Se realizó un análisis descriptivo con las variables demográficas y las puntuaciones obtenidas en Ansiedad, Depresión, Estrés y Sobrecarga, utilizando medidas de tendencia central y dispersión en variables de naturaleza cuantitativa; frecuencias y porcentaje en variables cualitativas. Para estudiar las relaciones entre Ansiedad, Depresión, Estrés, y Sobrecarga, se calculó el coeficiente de correlación no paramétrico Rho de Spearman, entre los resultados obtenidos y variables demográficas como Edad, Escolaridad, Tiempo de Cuidado y Edad del Familiar Enfermo. Se utilizó el programa

Microsoft Excel para la sistematización y revisión de los datos recogidos, y el programa estadístico SPSS versión 16.0 para el análisis de la información. Se utilizó como nivel de significación estadística para el control del error tipo I,  $\alpha=0,05$ .

Como se observa en la tabla 1, los cuidadores familiares contaban con una media de edad de 47 años, una mediana de 51. La mayoría fueron mujeres. La mitad eran casados, para el resto el estado civil se distribuyó entre soltero, unión libre, viudo y divorciado. En cuanto a la escolaridad se encontró una media de 5,9 y mediana de 5 años. En relación al parentesco con la persona cuidada predominó el de esposa, siguiéndole el de hijo(a), madre y tía. Con relación al tiempo de cuidado del familiar desde el diagnóstico de la enfermedad, se encontraron personas que han permanecido al lado del enfermo desde los 3 hasta los 72 meses, con una mediana de 24 meses. Finalmente la media para la edad de los familiares enfermos fue de 54 años, con un rango de 47 a 61 años y mediana de 53,5.

**Tabla 1.** Características Demográficas de la muestra de 14 cuidadores familiares de enfermedad de Alzheimer.

Variable	Media (DE)	Rango
Edad (años)	47,4 (14,7)	23 – 71
Escolaridad (años)	5,9 (3,14)	2 – 14
Tiempo cuidado (meses)	31 (24,4)	3 – 72
Edad familiar (años)	54 (4,38)	47 – 61
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	2	14,3 %
Femenino	12	85,7 %
Estado Civil		
Casado	7	50%
Soltero	4	28,6%
Parentesco		
Esposo	8	57,1%
Hijo	4	28,6%

DE: Desviación Estándar

## Resultados.

La tabla 2, muestra los coeficientes de correlación y el respectivo valor  $p$  calculado, de cada una de las escalas y variables demográficas analizadas. Igual forma en las tablas 3 y 4, aparecen los puntos de corte para cada una de las pruebas administradas.

*Ansiedad Estado:* se encontraron relaciones moderadas con ansiedad rasgo ( $r=0,497$ ;  $p=0,070$ ) y depresión ( $r=0,451$ ;  $p=0,105$ ), indicando que un aumento en la ansiedad estado activará el rasgo ansioso y los niveles de depresión.

*Ansiedad Rasgo:* se evidenció una relación moderada con la edad del familiar enfermo ( $r=0,414$ ;  $p=0,140$ ), la cual al incrementar elevaría los niveles de Ansiedad Rasgo. Una relación moderadamente alta con depresión ( $r=0,757$ ;  $p=0,001$ ), mostrando que el poseer el rasgo ansioso predispone para el aumento en la depresión. También se encontró relación moderada con el estrés ( $r=0,542$ ;  $p=0,045$ ), mostrando que el rasgo ansioso aumentará el nivel de estrés. Finalmente una relación moderada con la sobrecarga ( $r=0,573$ ;  $p=0,031$ ) mostrando que el aumento en la ansiedad rasgo generará niveles de sobrecarga altos.

*Depresión:* se encontró una relación moderada con la sobrecarga ( $r= 0,403$ ;  $p=0,152$ ), mostrando que el aumento de los síntomas depresivos incrementará la sobrecarga.

*Estrés:* hubo relación moderada con la sobrecarga ( $r=0,493$ ;  $p=0,072$ ), mostrando que mientras aumenta el nivel de estrés la segunda tenderá a elevarse.

**Tabla II.** Correlación Rho de Spearman entre Ansiedad, Depresión, Estrés, Sobrecarga, y variables demográficas.

Variabes	Edad	Escolaridad	Tiempo cuidado	Edad familiar	Ansiedad Rasgo	Sobrecarga	Depresión
Ansiedad Estado	-0,006 <sup>a</sup>	-0,106 <sup>a</sup>	-0,321 <sup>a</sup>	0,132 <sup>a</sup>	<b>0,497<sup>a</sup></b>	0,386 <sup>a</sup>	<b>0,451<sup>a</sup></b>
Ansiedad Rasgo	-0,295 <sup>a</sup>	0,194 <sup>a</sup>	-0,372 <sup>a</sup>	<b>0,414<sup>a</sup></b>			
Depresión	0,982 <sup>b</sup>	0,718 <sup>b</sup>	0,261 <sup>b</sup>	0,650 <sup>b</sup>	<b>0,070<sup>b</sup></b>	0,172 <sup>b</sup>	<b>0,105<sup>b</sup></b>
	0,304 <sup>b</sup>	0,506 <sup>b</sup>	0,189 <sup>b</sup>	<b>0,140<sup>b</sup></b>			
	-0,041 <sup>a</sup>	0,069 <sup>a</sup>	-0,129 <sup>a</sup>	0,236 <sup>a</sup>	<b>0,757<sup>a</sup></b>	<b>0,403<sup>a</sup></b>	
	0,888 <sup>b</sup>	0,814 <sup>b</sup>	0,658 <sup>b</sup>	0,415 <sup>b</sup>	<b>0,001<sup>b</sup></b>	<b>0,152<sup>b</sup></b>	
Estrés	-0,178 <sup>a</sup>	-0,010 <sup>a</sup>	-0,264 <sup>a</sup>	0,350 <sup>a</sup>	<b>0,542<sup>a</sup></b>	<b>0,493<sup>a</sup></b>	0,366 <sup>a</sup>
	0,541 <sup>b</sup>	0,971 <sup>b</sup>	0,361 <sup>b</sup>	0,219 <sup>b</sup>	<b>0,045<sup>b</sup></b>	<b>0,072<sup>b</sup></b>	0,196 <sup>b</sup>
Sobrecarga	-0,383 <sup>a</sup>	0,240 <sup>a</sup>	<b>-0,523<sup>a</sup></b>	<b>0,412<sup>a</sup></b>	<b>0,573<sup>a</sup></b>		
	0,176 <sup>b</sup>	0,407 <sup>b</sup>	<b>0,054<sup>b</sup></b>	<b>0,142<sup>b</sup></b>	<b>0,031<sup>b</sup></b>		

<sup>a</sup> Correlación Rho de Spearman. <sup>b</sup> p<0,05

**Tabla III.** Puntos de corte para las pruebas de Estrés y Ansiedad.

	Media	DE	Lim Sup
PSS	19,21	5,37	24,58
IDARE-E			
H	36,99	9,07	46,06
M	37,57	11,76	49,33
IDARE-R			
H	39,37	9,40	48,77
M	46,61	11,29	52,9

DE: Desviación estándar; Lim Sup: Límite Superior

H: hombres; M: mujeres; PSS: Escala de Estrés Percibido

IDARE-E: Inventario de Ansiedad Estado

**Tabla IV.** Puntos de corte para las escalas de Sobrecarga y Depresión.

	22-46	No sobrecarga
ZARIT	47-55	Sobrecarga Leve
	56-110	Sobrecarga Intensa
	0-9	No depresión
BECK	10-18	Depresión Leve
	19-29	Depresión Moderada
	<30	Depresión Grave

ZARIT: Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

BECK: Inventario de Depresión de Beck

*Sobrecarga*: se observó una relación moderada con el tiempo de cuidado ( $r=-0,523$ ;  $p=0,054$ ), es decir, cuanto mayor sea este último menos sobrecarga habrá. Se encontró también relación moderada con la edad del familiar ( $r=0,412$ ;  $p=0,142$ ), cuyo aumento generaría mayor sobrecarga.

Como puede observarse en el resto de la tabla, para las demás variables analizadas no se encontraron relaciones significativas desde el punto de vista estadístico. El valor  $p$  mayor a 0,05 para algunas variables nos indica una probabilidad de azar muy alta, lo que se explicaría por el número reducido de la muestra. Algunas correlaciones pueden ser consideradas desde el punto de vista clínico importantes, lo que debería tenerse en cuenta para un estudio posterior donde se pueda aumentar el tamaño de muestra y evitar el error tipo II.

### Discusión.

Clinicamente en nuestra muestra se encontraron tres cuidadores con niveles elevados de estrés, uno con depresión leve y otro con sobrecarga intensa y depresión leve, no se encontraron cuidadores con niveles elevados de ansiedad, ya que los resultados en esta escala estuvieron dentro de lo esperado para la edad y escolaridad de los evaluados, aunque es importante anotar que en los puntajes obtenidos, existe una tendencia para la ansiedad Rasgo en los hijos de los afectados con esta enfermedad, lo que nos permite pensar en una característica individual y una propensión en estas personas a responder ante las situaciones percibidas como amenazantes (Lazarus y Folkman, 1984, citados en Muela, Torres y Peláez, 2002).

La relación de parentesco en las alteraciones encontradas fue: de 3 hijas, una presentó sobrecarga y depresión leve, otra depresión leve y la otra niveles elevados de estrés; de 3 esposas afectadas, una puntuó para depresión leve y las otras dos en niveles elevados de estrés.

Con base en estos hallazgos no se puede asegurar si la ansiedad, depresión y estrés son indicadores de sobrecarga en los cuidadores familiares, ya que sólo un cuidador presentó Sobrecarga Intensa y aunque también puntuó para síntomas de depresión leve, el análisis estadístico sólo arrojó una

relación moderada entre la sobrecarga y la depresión.

No fue posible establecer diferencias de género en los resultados clínicos ni estadísticos, ya que la proporción de hombres fue muy pequeña en relación con las mujeres, ni determinar si se encuentran mayores niveles de sobrecarga en mujeres cuidadoras (Garre-Olmo et al., 2000, Roig, Abengózar y Serra, 1998 y Zambrano y Ceballos, 2007), o que las cuidadoras mujeres presentan mayores niveles de depresión (López y Crespo, 2007); sin embargo, es importante comentar que quienes puntuaron con síntomas de depresión leve, sobrecarga y niveles elevados de estrés fueron mujeres, quienes obtuvieron una mediana en las diferentes pruebas así: PSS: 19, IDARE – E: 30, IDARE – R: 33, ZARIT: 28, BECK: 6; en el caso de los hombres no se logró establecer esta medida pero el puntaje máximo fue: PSS: 17, IDARE – E: 36, IDARE – R: 33, ZARIT: 18, BECK: 4. Aunque sí fue posible corroborar lo encontrado por otros autores (Roig, Abengózar y Serra, 1998, Babarro et al., 2004, Giraldo y Franco, 2006, López y Crespo, 2007) para quienes la mayor parte de los cuidadores pertenecen al género femenino.

Desde lo establecido por otros autores (Roig, Abengózar y Serra, 1998), respecto a que la disminución de la capacidad física y la probabilidad de padecer enfermedades aumentan conforme avanza el ciclo vital, no es posible aplicarlo a nuestros hallazgos, dado que las relaciones encontradas entre la edad del cuidador y ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga fueron significativamente bajas, lo que podría explicarse por el rango de edad bastante amplio en los cuidadores (23 – 71 años), encontrándose todavía personas muy jóvenes al cuidado de su familiar enfermo; además en las entrevistas ninguno reportó dolencias físicas o padecer de algún tipo de enfermedad por cuenta de la labor de cuidado.

Contrario a lo establecido en otros estudios con cuidadores (Carrasco et al., 2000), en donde hubo predominio de trastornos de ansiedad y afectivos, en el presente trabajo los hallazgos en estas variables no fueron significativos.

Babarro et al., (2004), no encontraron diferencias de sobrecarga en relación al parentesco; a nosotros no nos fue posible establecerlas, dado que sólo un cuidador, la hija de

familiar enfermo, puntuó con sobrecarga intensa, lo cual estaría en correspondencia con Roig, Abengózar y Serra (1998), para quienes las hijas experimentan mayor nivel de sobrecarga en relación a las esposas, ya que los cónyuges asumen la obligación por sus votos maritales, mientras que los hijos no entienden por qué deben convertirse en cuidadores y no otras personas. De esta forma, tanto esposas como hijas estuvieron afectadas con depresión leve (1 hija, 1 esposa) y niveles elevados de estrés (1 hija, 2 esposas), lo cual se presenta como significativo

Desde lo planteado inicialmente, en que un mayor nivel académico en el cuidador permitiría una mejor percepción de la enfermedad y menor afectación emocional, no se encontraron relaciones significativas entre esta variable con la ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga, ya que la escolaridad de la muestra fue bastante baja. Así mismo, es importante señalar que quien se encontró con sobrecarga intensa y depresión leve contaba con 11 años de escolaridad, una de las más altas de la muestra y quienes presentaron niveles elevados de estrés, las escolaridades se distribuyeron entre 2, 5, y 7 años respectivamente.

Nuestros resultados están en correspondencia con la Hipótesis Adaptativa (Roig, Abengózar y Serra, 1998), según la cual a medida que pasa el tiempo, el cuidador desarrolla más habilidades de cuidado, disminuyendo así la intensidad de la respuesta emocional, adquiriendo un entrenamiento a medida que aumenta el tiempo (Devi y Ruiz, 2002). Resultados que difieren de lo descrito por otros autores (Montorio et al., 1998) para quienes el impacto en el cuidador es mayor cuanto más tiempo ha transcurrido desde que asumió su rol.

Pudimos constatar lo aseverado por estudios de los últimos veinte años (López y Crespo, 2007) que afirman que los cuidadores familiares están expuestos a situaciones de estrés que incrementan el riesgo de padecer problemas emocionales (Carrasco et al., 2000), especialmente ansiedad y depresión y que por lo tanto son un grupo de especial atención en el momento del manejo de sus enfermos, ya que las manifestaciones clínicas de la enfermedad de Alzheimer y la progresiva atención que requieren dichos pacientes son una

fuerza importante de estrés para sus cuidadores (Garre-Olmo et al., 2000), emoción que fue finalmente la más prevalente en este estudio.

### Agradecimientos.

A los héroes anónimos titulares de este trabajo, que tan cariñosa y amablemente decidieron participar, ejemplos de entrega y amor incondicional.

Este trabajo se realizó gracias a la financiación de Colciencias y la Universidad de Antioquia a los proyectos 111540820543 y 111540820512.

### Referencias.

- Arango, J., Fernández, S. y Ardila, A (2003). *Las demencias: Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento*. México: Manual
- Artaso, B, Goñi, A y Biurrun, A. (2004). Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38, (4), 212-218.
- Babarro, A, Garrido A, Díaz A, Casquero R. y Riera P. M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención Primaria*, 33, (2), 61-68.
- Calle, J. J. y Lopera, F. (1998) Alzheimer familiar por mutación paisa. *Acta Neurológica Colombiana*, 14, (3), 148-156.
- Carrasco, M., Ballesteros, J., Ibarra, N., Loizaga, C., Serrano, B., Larumbe, M<sup>a</sup>. J., Aizcorbe C. y Belenguer, C. (2002). Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y distrés psíquico: una asociación relegada en la valoración de las demencias. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, (4), 201-206.
- Devi, J. y Ruiz, I. Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 12, (1) (2002), 31-37.
- Escala de Estrés Percibido (del original en inglés: *Perceived Stress Scale - PSS*) (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983). Recuperado el 12 de diciembre de 2008 de [http://www.google.com/search?ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=navclient&gfn=1&q=VERSI%C3%93N+ESPA%C3%91OLA+DE+LA+ESCALA+DE+ESTR%C3%89S+PERCIBIDO+-+PERCEIVED+STRESS+SCALE+\(PSS\)+DE+COHEN%2C+S.%2C+KAMARCK%2C+T.%2C+%26+MERMELSTEIN%2C+R.-+ADAPTADA+POR+EDUARDO+REMOR](http://www.google.com/search?ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=navclient&gfn=1&q=VERSI%C3%93N+ESPA%C3%91OLA+DE+LA+ESCALA+DE+ESTR%C3%89S+PERCIBIDO+-+PERCEIVED+STRESS+SCALE+(PSS)+DE+COHEN%2C+S.%2C+KAMARCK%2C+T.%2C+%26+MERMELSTEIN%2C+R.-+ADAPTADA+POR+EDUARDO+REMOR)
- Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. (Martín, Salvadó, Nadal, Miji, Rico, Lanz y Taussig, 1996). Recuperado el 12 de diciembre de 2008 de <http://www.quedelibros.com/libro/2766/Escala-De-Sobrecarga-Del-Cuidador-De-Zarit.html>
- Gandoy, M., Millán J.C., García, B., Buide A., López, M<sup>a</sup> P. y Mayán, J.M. (1999) Evaluación y resultados de la instauración de un programa de terapia de grupo dirigido a un colectivo de cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer. *Intervención Psicosocial*, 8, (1), 109-116.
- Garre-Olmo, J, Hernández-Ferrándiz, M, Lozano-Gallego, M, Vilalta-Franch, J, Turón-Estrada, A, Cruz-Reina, M<sup>a</sup>, Camps-Rovira, G. y López-Pousa, S. (2000). Carga y Calidad de vida en



- cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista de Neurología*, 31, (6), 522-527.
- Giraldo, I y Franco, G. (Octubre 2006). Calidad de Vida de los Cuidadores Familiares. *Aquichan*, 6, (1), 38-53
- Gómez-Ramosa, J.M. y González-Valverde, F.M. (2004). El cuidador del paciente con demencia: aplicación del test Índice del Esfuerzo del cuidador. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39, (3), 154-159.
- Inventario de Depresión de Beck (Vázquez C y Sanz J., 1991). Recuperado el 12 de diciembre de 2008 de <http://www.quedelibros.com/libro/2782/Inventario-De-Depresion-De-Beck.html>
- Lopera, F., Arcos, M., Madrigal, L., Kosik, K., Cornejo, W y Ossa, J. Demencia tipo Alzheimer con agregación familiar en Antioquia. (1994). *Acta neurológica Colombiana*, 10, (4), 173-187.
- López, J. y Crespo, M. Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. (2007). *Psicothema*, 19, (1), 72-80.
- Montorio I., Fernández de Trocóniz, M., López, A. y Sánchez, M. La entrevista de carga del cuidador: utilidad y validez del concepto de carga. (1998). *Anales de Psicología*, 14, (2), 229-248.
- Muela J, Torres C, Peláez E. (2002). Nuevo instrumento de evaluación de situaciones estresantes en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología*, 18 (2), 319-331.
- Roig, M<sup>a</sup>. V., Abengózar, M<sup>a</sup>. C. y Serra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de psicología*, 14, (2), 215-227.
- Spielberg, C., Diaz, R. (1975). *Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (IDARE)*. México: Manual Moderno.
- Zambrano, R. y Ceballos, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36, (1), 26-39.