

Análisis comparativo de necesidades psicosociales de cuidadores informales de personas afectadas de Alzheimer y ancianos con patología no invalidante

Idoia Aramburu¹
Ana Izquierdo²
Idoia Romo³

¹Subdirección de Calidad, Organización Central de Osakidetza/Servicio vasco de salud
²Subdirección de Atención Primaria, Organización Central Osakidetza/Servicio vasco de salud
³Colaboradora del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y Osakidetza/Servicio vasco de salud

Correspondencia:
Idoia Aramburu
Chinchurreta
Juan Iturreta, 7-3 A
20200 Beasain(Guipúzcoa)
E-mail:
iaranburu@sscc.osakidetza.net

Resumen

Objetivo: Identificar las diferencias existentes respecto a depresión, carga familiar, estrategias de afrontamiento y apoyo social en dos grupos: 1) constituido por cuidadores de personas afectadas de Alzheimer u otra demencia y 2) formado por cuidadores de ancianos con patología no invalidante.

Metodología: Este estudio pre-experimental ex-post facto contó con una muestra de 73 cuidadores, 42 cuidadores principales de personas afectadas de Alzheimer u otra demencia y 31 cuidadores principales de personas ancianas con determinadas patologías crónicas, no invalidantes. Se encuadra en las poblaciones de Beasain, Ordizia y Legazpia, localizados en la Comarca Guipuzcoa-Oeste de Atención Primaria y pertenecientes a Osakidetza. Se emplearon seis instrumentos: Escala de Depresión Geriátrica, Escala de Carga Familiar, Escala de Afrontamiento, Nivel de Apoyo Social, Escala de Soporte Social Subjetivo y Apoyo Sanitario.

Resultados: La muestra fue constituida en su mayoría por mujeres, casadas, que se dedican a las actividades propias del hogar y con una media de 57 años. Siendo 15 la media de años que llevaban cuidando a sus familiares. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos respecto a la variable carga familiar; siendo el grupo de cuidadores de personas afectadas de Alzheimer u otras demencias la que destaca con un mayor peso ($x=61,14$) frente al otro grupo ($x=49,42$). Existen diferencias de carácter tendencial entre ambos grupos respecto a las estrategias de afrontamiento activas. Las medias de la variable depresión son superiores a 7 indicando una afectación moderada. Respecto a las otras variables, estrategias de afrontamiento pasivas y soporte social no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: Los cuidadores de personas afectadas de Alzheimer u otras demencias afrontan una mayor carga familiar respecto a los cuidadores de personas con patología no invalidante. Los cuidadores en general están moderadamente deprimidos. Utilizan estrategias de afrontamiento pasivas y activas, y refieren necesidad de mayor apoyo formal frente al apoyo informal.

Palabras clave: Cuidadores. Demencia. Carga Familiar. Estrategias de Afrontamiento. Soporte Social.

Summary

Objective: To identify the differences of depression, burden, coping strategies and social support between two groups: 1) Alzheimer or another dementia patients' caregivers and 2) caregivers of old patients with no disabled pathologies.

Methods: This pre-experimental ex post facto study has 73 caregivers, 42 Alzheimer or another dementia patients' caregivers and 31 caregivers of old patients with no disabled pathologies. It was carried out in Beasain, Ordizia and Legazpia, they are in Comarca Guipuzcoa-Oeste at primary health service, Osakidetza. Seven instruments were used: Geriatric Depression Scale, Burden Scale, Coping Scale, Level of Social Support, Subjective Social Support Scale and Support in Health Care.

Results: Most of the caregivers were women, married and working at home, the average was 57 years old. It was 15 years the average of years carrying the patients. We found differences between those two groups in relation with burden. The group of caregivers of Alzheimer or another dementia had higher burden comparing with the other group. The average of depression in the two groups was bigger than 7, so it was a moderate depression. There were no differences about coping strategies and social support.

Conclusions: Alzheimer or another dementia caregivers have higher burden than caregivers of old patients with no disabled pathologies. Caregivers in general have a moderate depression. They use active and passive coping strategies and they ask about more formal support.

Key words: Caregivers. Dementia. Burden. Coping. Social Support.

Introducción

La enfermedad de Alzheimer afecta en el mundo a 23 millones de personas. Se calcula que en España pueda afectar a alrededor de 400.000 personas. La OMS la ha catalogado como "la auténtica epidemia mundial". Ésta estima que la población de septuagenarios en los próximos 40 años se habrá duplicado, lo que podría producir como resultado, 240 millones

de personas afectadas de la enfermedad de Alzheimer en el año 2025. En esta enfermedad que afecta a 20.000 personas de Euskadi, es indisoluble el binomio enfermo-cuidador, de ahí la importancia de atender y formar a ambas partes¹⁻⁴. Es de esperar el mismo aumento proporcional de cuidadores y, por consiguiente, de las enfermedades con ellos relacionados, ya que por otro lado al ser la supervivencia de estos pacientes cada vez mayor, aumenta también la edad media del cuidador y se incrementan los problemas asociados⁵. El perfil inicial de este responde a la figura de una mujer, generalmente esposa o hija, entre unos 50-65 años, ama de casa y con un nivel cultural medio^{3,5} sin excesiva ayuda profesional^{6,7}. El cuidado de las personas con alguna enfermedad se dispensa desde tres compartimentos: Autocuidado, Cuidado informal, cuidado prestado por familia, amigos, vecinos... Cuidado formal, cuidado proporcionado por profesionales. Estos dispensan el 12% del tiempo total dedicado al cuidado de la salud, mientras que el 88% restante lo realiza el sistema informal. El cuidado de la familia es un recurso vital para la sociedad⁸. Son diversos los miembros de la familia quienes proporcionan los cuidados a los enfermos, así se detectan tres posibilidades: el cónyuge (30-50%), hijos/as-nueras (25-30%) y el resto otros miembros de la familia^{3,7-9}. Pero la prestación de cuidados no acostumbra a repartirse equitativamente entre sus miembros. Aquel sobre el que recae la mayor responsabilidad del cuidado se considera "cuidador principal"¹⁰. Las necesidades del cuidador principal varían según el estado de salud de la persona cuidada, pero depende especialmente de la capacidad de aceptación del rol de cuidador¹¹. Muy frecuentemente las personas que cuidan familiares mayores tienden a centrarse de forma casi exclusiva en las necesidades de éstos y a emplear la mayor parte de su tiempo en atenderles, sin reparar en sus propias necesidades¹².

El cuidado continuo de una persona puede resultar agotador, el 75% de los familiares perciben carga por dicho cuidado⁸. La *carga del cuidador* ha sido definida como los problemas físicos, psicológicos o emocionales, sociales y económicos que sufren los miembros de una familia que cuidan a un enfermo¹³⁻¹⁵. La carga que siente el cuidador viene muy influenciada por las *estrategias de afrontamiento* al problema que tiene éste y los recursos que tiene a su disposición. Los modos de afrontamiento se han definido como estrategias que los individuos utilizan para manejarse ante los sucesos estresantes específicos¹⁶. Se consideran activas aquellas estrategias que se emplean ante la posibilidad de cambio, y pasivas aquellas que ayudarían a disminuir el grado de trastorno emocional¹⁷.

Pedir ayuda en el cuidado de la persona con demencia es una estrategia por su alto nivel de adaptación¹⁸ Montgomery y Borgatta vieron en 1989, que los cuidadores frecuentemente esperaban hasta tarde para pedir ayuda, siendo así los niveles de estrés y carga altos¹⁹.

El *apoyo social* se ha definido por Sundberg como "un patrón duradero, de lazos continuos o intermitentes, que juega un rol significativo en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona a través del tiempo"²⁰. El apoyo social se puede recibir de dos maneras, apoyo informal, realizado por familiares, vecinos, amigos u organizaciones altruistas de voluntarios o familiares y apoyo formal, que es el proporcionado por los profesionales de la salud. El cuidador demanda mayor ayuda formal, institucional y refleja que el soporte social de familiares, amigos... no es tan importante². Esto se puede deber a que la ayuda institucional ofrezca un contexto más clarificador y de mayor protección al cuidador²¹.

El objetivo del estudio consiste en identificar las diferencias existentes respecto a depresión, carga familiar, estrategias de afrontamiento y apoyo social, tanto subjetivo y objetivo en dos grupos de estudio: uno de ellos constituido por cuidadores de personas afectadas de Alzheimer u otra demencia y el otro formado por cuidadores de ancianos con patología no invalidante. Las hipótesis de partida son las siguientes:

- *Hipótesis 1:* los cuidadores de personas afectadas de Alzheimer u otras demencias tienen una mayor carga familiar que los cuidadores de ancianos con patología no invalidante.
- *Hipótesis 2:* los cuidadores de personas afectadas de Alzheimer u otras demencias tienen mayor depresión que los cuidadores de ancianos con patología no invalidante.
- *Hipótesis 3:* los cuidadores de personas afectadas de Alzheimer u otras demencias acuden en mayor medida a estrategias de afrontamiento pasivas, frente a los cuidadores de personas con patologías no invalidante que acuden más a estrategias de afrontamiento activas.
- *Hipótesis 4:* los cuidadores de personas afectadas de Alzheimer u otras demencias reciben mayor soporte social que los cuidadores de personas con patología no invalidante.

Material y métodos

El estudio se encuadra en las poblaciones de Beasain, Ordizia y Legazpia, en el año 1999. Los cuidadores

reciben asistencia en los centros de salud correspondientes, localizados en la Comarca Guipuzco-Oeste de Atención Primaria, y pertenecientes a la Red del Servicio vasco de salud/Osakidetza. En estas poblaciones actualmente viven 9.000-12.000 habitantes, de los cuales 14-18% son personas mayores de 65 años.

La población que ha participado es de 73 cuidadores, 42 son cuidadores principales de personas ancianas afectadas de Alzheimer u otras demencias. El resto de la muestra, 31 personas, está constituida por cuidadores principales de personas ancianas con determinadas patologías crónicas, no invalidantes en estos casos (hipertensión, diabetes...). Se consideraron criterios de exclusión los cuidadores de personas institucionalizadas. La captación de la muestra no ha sido realizada de forma aleatoria. Han sido los cuidadores con mayor adaptación a la situación los que han colaborado en este estudio. Los medios existentes en los Centros de Salud por una parte, con la participación y colaboración del personal socio-sanitario: enfermeras, médicos y asistentes sociales y por otra parte el contacto directo de los cuidadores principales, a la hora de darles a conocer el proyecto del estudio y en la posterior entrega y recogida de los cuestionarios (bola de nieve), han sido las dos vías principales en la localización de la población que participa en la investigación.

Se diseñó un estudio pre-experimental ex post facto en el que se valoraban las diferencias existentes respecto a las siguientes variables en las dos poblaciones descritas. En este estudio se incluyen las variables referentes a las características de los sujetos a estudio: edad, parentesco, estado civil, convivencia, clase social, ocupación, sexo, creencias. Las variables independientes medidas han sido grupos de cuidadores, estrategias de afrontamiento y soporte social. Las variables dependientes: depresión y carga familiar. Las variables de control: fármacos que toma el cuidador, relación de cuidadores familiares, apoyo social sanitario privado y formación.

Tras el contacto con la persona cuidadora se explicó verbalmente la intención del estudio, presentando el cuestionario de recogida de datos. La primera página del cuestionario figuraban los objetivos, información sobre confidencialidad y agradecimiento. Las sesiones de recogida de información se estructuraron entorno a dos ámbitos: datos sociodemográficos y contextualización del cuidador, y mediante escalas se trató de recoger las principales variables del estudio.

Concluida la recogida de datos se procedió al análisis estadístico, principalmente a estadísticos descrip-

tivos (frecuencia y proporción, medidas de tendencia central y de desviación) para la descripción de la muestra; test de significancia (t de student y análisis de Varianza, F de Snedecor) para analizar si era significativa la diferencia entre dos medias poblacionales de los dos grupos. Para ello se empleó el paquete SPSS/PC + Versión 3.0.

Descripción de los instrumentos utilizados

- *Escala de depresión geriátrica(GDS)*: (Brink, et al. 1982)²² Esta escala fue diseñada para ser sensible a la sintomatología somática específica de la depresión en población mayor. Consta de 20 ítems presentado a través de preguntas dicotómicas (si/no)
- *Escala de Estrés o Carga Familiar*²³: Consta de 20 preguntas cerradas con un rango que oscila entre 1 y 5 (1=nada o nunca, 2=algo o rara vez, 3=moderadamente o a veces, 4=bastante o frecuentemente y 5= mucho o siempre) Consta de una pregunta abierta.
- *Escala de afrontamiento*²¹: Permite ver como el sujeto se maneja ante el estrés. Es una escala de estrategias de afrontamiento que sintetiza las dimensiones planteadas por Folkman y Lazarus en 1986 y Carver, Scheier y Weintraub en 1989. Consta de 17 ítems, planteada en una escala de 4 puntos, donde 0 equivale a nada y 4 a mucho.
- *Nivel de apoyo social*: (California Department of Mental Health 1981)²⁴. El objetivo es conocer el apoyo social que tienen los cuidadores. Consta de 6 ítems medidos en una escala ordinal.
- *Escala de soporte social subjetivo*²⁴: Busca obtener una estimación del soporte o apoyo social subjetivo o percibido por el sujeto. Permite tener tanto un indicador de satisfacción como de insatisfacción.
- *Apoyo sanitario*²: El objetivo es conocer qué apoyo recibe el cuidador del personal sanitario, y su opinión sobre si necesita más apoyo. Consta de 5 preguntas cerradas.

Resultados

La muestra está constituida por cuidadores entre 26 y 81 años, con una media de 57 años (desviación estandar-D.E.=11,47). Las características sociodemográficas se han distribuido de la siguiente forma (Tabla 1). El 94,5% (n=69) pertenece a la clase

social media. Se conoce que el 12,3% (n=9) tuvo que dejar de trabajar para dedicarse al completo al cuidado de la persona.

La media de los años que llevan cuidando a sus familiares es de 15 años (D.E.=6,5). Durante estos años, ha habido cuidadores que han podido y querido rotar con otros cuidadores familiares, concretamente un 33% (n=24). Un 27% (n=20) ha participado en programas de formación dirigidos a cuidadores. Se considera programas de formación, a los grupos de educación que por lo menos duran tres sesiones. Un 5% (n=4) reciben apoyo socio sanitario privado. El 87,7% (n=64) de los cuidadores se considera creyente.

Algunos cuidadores han necesitado tomar algún fármaco (ansiolítico, antidepresivo y/o inductores del sueño) por distintas alteraciones surgidas por el cuidado de la persona.

Se ha realizado el análisis de las variables: depresión, carga familiar, estrategias de afrontamiento, nivel apoyo social, soporte social subjetivo y apoyo sanitario respecto a los grupos de cuidadores (Tabla 2).

Según los resultados presentados, ambos grupos no difieren en niveles de depresión, estrategias de afrontamiento pasivas y apoyo social, sea este objetivo o subjetivo. En cambio si atendemos a las medias alcanzadas podemos observar que las medias de depresión para ambos grupos son superiores a 7, indicando una afectación moderada de esta característica. Respecto a la carga familiar, hay que señalar un mayor peso en el grupo de cuidadores G1 (x=61,14) frente al grupo G2 (x=49,42); si bien, como ha sido indicado, estas diferencias son significativas. Existen diferencias de carácter tendencial entre ambos grupos respecto a las estrategias de afrontamiento activas. Es reiterativo hacer notar, que las formas de afrontamiento pasivo en ambos grupos son equivalentes y que los niveles de apoyo social subjetivo y sanitario también son equivalentes.

Estos resultados conducen a rechazar tres hipótesis planteadas. Se acepta la existencia de una mayor carga familiar en el grupo de cuidadores de personas afectadas de Alzheimer u otras demencias. Sin embargo no existen mayores niveles de depresión, un mayor uso de estrategias de afrontamiento evitantes, ni la percepción de un mayor soporte social en este grupo. Dado que los indicadores totales de las variables depresión y soporte social, no ofrecen diferencias, se opta por analizar la posible existencia de diferencias respecto a los ítems que componen cada una de estas escalas. Por otra parte, también se estudian ítem por ítem las diferencias existentes entre los dos grupos respecto a la variables carga familiar y estrategias de afrontamiento (Tablas 3,4,5).

Discusión

El perfil del cuidador encontrado en este estudio es similar al propuesto por otros autores y el que se describe en el marco de referencia; responde a la

Variables	Categorías	N	%
Sexo	Mujer	64	88
	Hombre	9	12
Estado Civil	Casado	62	84,9
	Soltero	10	13,7
	Viudo	1	1,4
Ocupación	Actividades propias del hogar	53	73
	Operarios base	12	20
	Jubilados	5	7
Parentesco	Hijo/a	35	48
	Pareja	22	30
	Otros familiares	16	22

Tabla 1.
Características sociodemográficas de los sujetos a estudio

	*G1	Media (x)	**G2	F de Snedecor	Significación
Depresión	8,02		7,37	0,3831	0,5379
Carga familiar	61,14		49,42	14,72	0,003
Estrategias de afrontamiento					
	Activo	22,92	21,03	2,86	0,0951
Pasivo	13,00	11,89	2,42	0,1241	
Nivel de apoyo social	15,60		15,37	0,0157	0,9005
Soporte social subjetivo	31,56		31,65	0,0087	0,9260
Apoyo sanitario	15,65		15,51	0,0876	0,7681

*G1 Cuidadores de personas afectadas de Alzheimer u otra demencia. **G2 Cuidadores de ancianos con patología no invalidante

Tabla 2.
Contraste de medias en depresión, carga familiar, estrategias de afrontamiento y soporte social, tanto objetivo como subjetivo respecto a los grupos de cuidadores

figura de una mujer, casada, creyente, generalmente pareja o hija, entre los 50-65 años, ama de casa y de clase social media. En este estudio el parentesco existente entre cuidadores y cuidado, se agrupa en tres categorías; hijo/a, pareja y otros. 15 años de media llevan cuidando a su familiar y los cuidadores han participado en programas de Educación para la Salud. Hay constancia de programas que ayudan a los miembros a desarrollar pautas sanitarias de autocuidado en relación con la problemática concreta del cuidador. Los cuidadores de la muestra estudiada, tal como confirma la literatura revisada, se han enfrentado a dificultades de índole laboral, tal como pérdida del trabajo remunerado etc. Algunos han necesitado tomar fármacos por distintas alteraciones surgidas durante el cuidado del familiar; este aspecto se ve apoyado por la literatura que afirma que ha aumentado el uso de fármacos en los cuidadores.

Los cuidadores de personas afectadas de Alzheimer u otras demencias presentan mayor carga familiar comparándolo con el otro grupo de cuidadores. Si se consideran y analizan las respuestas dadas por los cuidadores ítem por ítem, en vez de la suma de ellos, el grupo de cuidadores de Alzheimer u otras demencias respecto al otro grupo hace referencia a una mayor alteración de la salud del cuidador, mayor afec-

tación por la conducta del familiar, mayor alteración de las actividades sociales, mayor alteración y necesidad de apoyo formal y mayor ataque a la familia nuclear.

El análisis estadístico realizado señala que el grupo de cuidadores de personas afectadas de Alzheimer u otras demencias tiene el mismo nivel de depresión que los cuidadores de ancianos con patología no invalidante. El marco de referencia de este estudio refleja dentro de las alteraciones psicológicas del cuidador, la depresión. La literatura sugiere, que el género, los problemas financieros, el estado físico de los cuidadores, el estado de demencia o la cantidad de las alteraciones del comportamiento del enfermo, son aspectos que predicen la depresión del cuidador. Un 80% de los cuidadores de personas con demencia respecto a otros grupos de cuidadores sufren fatiga, depresión o enfado, siendo las mujeres cuidadoras quienes se sienten más deprimidas frente a los hombres.

No existen diferencias entre los grupos en ninguna de las escalas utilizadas para medir la variable soporte social. A raíz de ello se han revisado las respuestas dadas por los cuidadores ítem por ítem, así el grupo de cuidadores de Alzheimer u otras demencias respecto al otro grupo se sienten cercanos a los

Tabla 3.
Se presenta el desglose de ítems correspondiente a la carga familiar detallándose aquellos cuyas diferencias han sido significativas ($\alpha < 0,05$) y tendenciales ($\alpha < 0,10$)

Variables	Medias		F	Significación
	G1 (N=42)	G2 (N=28)		
Carga familiar (1=nada 5= mucho)				
- Las actividades normales de la casa se han alterado	3,30	2,28	13,81	0,0004
- Sus relaciones sociales se han visto alteradas	3,38	2,67	5,123	0,0268
- Su nivel de vida se ha reducido por los gastos de atender al familiar anciano	2,21	1,60	4,799	0,0319
- Su propia salud se ha deteriorado	2,61	1,75	8,052	0,0060
- Ha tenido que recibir menos visitas	2,19	1,5	5,705	0,0197
- La relación con su esposo/a se ha visto afectada	2,30	1,60	5,544	0,0214
- Piensa que necesitaría algo más de ayuda de los Servicios Públicos	2,97	2,14	6,589	0,0125
- Su vida se ha visto afectada por el cuidado del familiar	3,64	3,00	4,013	0,0491
- Se preocupa por posibles accidentes que puedan ocurrir a su familiar	4,00	3,21	7,607	0,0075
- Su sueño es interrumpido por la conducta de su familiar	3,16	2,57	4,564	0,0363
- Los niños se alteran por la conducta del familiar	2,09	1,53	5,067	0,0276
- Piensa que no va a haber solución para el problema	2,88	2,25	2,999	0,0879
- El carácter agresivo, dominante y su genio es una conducta de su familiar que le altera o afecta más	1,35	1,10	5,795	0,0188
- Las alucinaciones y el no poder comunicarse le altera o afecta más	1,11	1,00	3,676	0,0594

miembros de la familia. Este último aspecto puede responder en cierta medida al resultado anterior respecto a la depresión. El que se sientan cercanos a los miembros de la familia, puede considerarse un apoyo importante para el cuidador, y la seguridad que trasmite ello, puede ser la causa que modere la depresión de este grupo en este estudio. Los cuidadores de personas afectadas de Alzheimer u otras demencias reciben apoyo informal, es decir de veci-

nos, amigos... sin embargo en cuanto al apoyo recibido por el personal sanitario, el grupo de cuidadores de Alzheimer u otras demencias respecto al otro grupo, siente la necesidad de una mayor ayuda respecto a información, accesibilidad y resolución de dudas. El marco de referencia afirma esta situación, ya que refiere que los cuidadores demandan un mayor apoyo formal. Los cuidadores de personas afectadas de Alzheimer u otras demencias son quienes van más a

Variables Estrategias de afrontamiento (1=nunca 5= muchas veces)	Medias		F	Significación
	G1 (N=42)	G2 (N=31)		
-He desarrollado un plan de acción sobre mi situación y lo he seguido	1,70	2,44	9,372	0,0032
-He hablado con alguien que estaba en una situación similar para saber qué hizo	2,51	1,93	4,638	0,0348
-He aprendido algo de la experiencia, he crecido y mejorado como persona	3,19	2,44	13,53	0,0005
-He aceptado lo que ha sucedido y que no se puede hacer nada	3,14	2,72	3,380	0,0704
-He salido a beber o tomar copas para olvidar mi situación y pensar menos en ella	1,24	1,00	4,416	0,0393
-He analizado mi responsabilidad en la situación y me he criticado a mi misma por lo ocurrido	1,82	1,17	9,238	0,0034

Tabla 4.
En la tabla siguiente se presentan los contrastes de hipótesis (prueba F de Snedecor) para la variable estrategias de afrontamiento en función a los dos grupos que se han considerado a lo largo del estudio. Detallándose aquellas cuyas diferencias han sido significativas ($\alpha < 0,05$) y tendencias ($\alpha < 0,10$)

Variables Soporte Social Objetivo Apoyo sanitario (1=nunca 4= una vez al mes o más)	Medias		F	Significación
	G1 (N=42)	G2 (N=31)		
-¿Con qué frecuencia acude la enfermera a su domicilio?	2,00	2,58	4,664	0,0342
-¿Con qué frecuencia acude el médico a su domicilio?	1,90	2,64	10,41	0,0019
-¿Con qué frecuencia acude al centro de salud por causas propias?	2,80	2,32	3,990	0,0496
Apoyo sanitario (1=no. 2=si)				
-Piensa que necesitaría algo más de información del personal sanitario	1,54	1,29	4,992	0,0286
-Piensa que necesitaría algo más de accesibilidad del personal sanitario	1,26	1,03	7,349	0,0084
-Piensa que necesitaría que el personal sanitario le solucionara las dudas	1,45	1,19	5,565	0,0211
Soporte Social Subjetivo (1=total desacuerdo. 4=total acuerdo)				
No me siento cercano a los miembros de mi familia	1,73	1,24	4,481	0,0312

Tabla 5.
En esta tabla se presentan los contrastes de hipótesis (prueba F de Snedecor) para la variable soporte social objetivo y subjetivo en función a los dos grupos de cuidadores

menudo, por causas propias, al centro de salud. Sin embargo, el otro grupo de cuidadores recibe más visitas a domicilio de la enfermera y médico. El estudio de Abengozar y Serra (1995) puede dar respuesta a este último resultado que se ha analizado, este refiere que existe un mayor entrenamiento de los cuidadores a medida que aumenta el tiempo de cuidado. Así pues disponen de mayores recursos personales a la hora de afrontar las diferentes situaciones.

Respecto a las estrategias de afrontamiento utilizados en los dos grupos, el análisis afirma una pequeña diferencia. Sin embargo, estudiando las repuestas ítem por ítem, se percibe claramente que ambos grupos utilizan estrategias de afrontamiento pasivas y activas indistintamente. El grupo de cuidadores de Alzheimer u otras demencias ha utilizado estrategias de búsqueda de apoyo, reinterpretación positiva y crecimiento personal y se ha autorresponsabilizado de la situación. El estudio también refleja que los cuidadores han tenido momentos de aceptación fatalista, han optado por descomprometerse mediante alcohol y drogas, sin planear la resolución del problema.

Para finalizar y tomando como referencia el objetivo general del estudio, ver si existían diferencias entre la situación psicosocial de los cuidadores de personas afectadas por Alzheimer u otras demencias respecto a la situación psicosocial de cuidadores de personas afectadas con alguna patología no invalidante; llegamos a poder confirmar una hipótesis de las cuatro planteadas al inicio del estudio. La única hipótesis que se ha aceptado, afirma que los cuidadores de personas afectadas de Alzheimer u otras demencias afrontan una mayor carga familiar respecto a los cuidadores de personas con patologías no invalidantes. Se ha observado que los cuidadores en general están moderadamente deprimidos. Utilizan estrategias de afrontamiento pasivas y activas, y refieren necesidad de mayor apoyo formal frente al apoyo informal.

La aportación de este estudio remarca la realidad de todos los cuidadores. Si hasta ahora principalmente se ha investigado y trabajado con el cuidador de personas afectadas por demencias, este estudio refleja que todos los cuidadores en general necesitan apoyo e información, es decir que se trabaje con ellos. El ser cuidador no está definido por el enfermo a quien cuida, sino por la actividad que supone ser cuidador en general.

En el estudio se hacen presentes ciertas limitaciones metodológicas, que acarrearán consigo posibles sesgos. Los estudios ex post facto dejan escapar muchas explicaciones. Se plantea por tanto la necesidad de un estudio más controlado, longitudinal, con

un seguimiento en el tiempo, analizando tanto al enfermo como al cuidador. Así se podrían analizar las interacciones entre ambos y las consecuencias de ello. Por otra parte, la muestra seleccionada ha sido pequeña. Aunque se sepa las dificultades existentes en conseguir una muestra mayor de cuidadores, se recomienda que esta sea mayor en los siguientes estudios. También se han detectado limitaciones respecto al método utilizado, algunas de las escalas no reflejan en su totalidad la situación de los cuidadores.

Las posibles líneas futuras de investigación planteadas son: explorar la posible influencia de la formación recibida, respecto a la forma de realizar los cuidados y la situación psicosocial del cuidador. Sería interesante también indagar en la percepción del cuidador respecto a su situación y su propio rol.

Bibliografía

1. Apezteguía F. La Diputación promete abrir este año el primer centro para enfermos de Alzheimer. *El Correo* 1998;miércoles 16 de septiembre.
2. Azpiazu AJ. Necesidades de los cuidadores familiares de enfermos con demencia senil. Tesina curso Postgrado. *Enfermería Comunitaria*, 1997.
3. Martorell M^a A, Burjales M^a D, Jiménez M^a F. Dinámica familiar y enfermedad crónica: la demencia tipo Alzheimer. *Rev Gerontol* 1996;6:48-52.
4. Velasco JM. La lucha de los familiares de enfermos de Alzheimer. Montañas de paciencia. Velasco, Juan Manuel. *El Diario Vasco* 1998;lunes 21 de Septiembre.
5. Pérez TJM, Alda AJ, Labarta MJ. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). *Aten Primaria* 1996;18(4):82-98.
6. Cortes BM. Aspectos médicos y sociales en el familiar cuidador del demente tipo Alzheimer. *Gerontología* 1993;9(9):411.
7. Úbeda BI. Atención a la familia ¿Utopía o realidad? *Rol de Enfermería* 1995;203-204:25-30.
8. Padierna AJA. Apoyo socioasistencial a los familiares de los Enfermos de Alzheimer. La carga familiar. *Zerbitzuan* 1993;22:47-54.
9. Wade S. Support for carers. *District Nursing* 1991; Nov:13-8.
10. Úbeda BI, Roca RM, García VL. Presente y futuro de los cuidados informales. *Enfermería Clínica* 1998;8(3): 116-21.
11. Zunzunegui M^aV. La integración del cuidador principal en la atención sociosanitaria a las personas mayores. *Rev Gerontol* 1996;6:141-2.

12. Izal FM, Montorio CI, Díaz VP. *Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda. Guía para Cuidadores y Familiares*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Imsero), 1997;1.
13. George LK, Gwyther LP, Caregiver Well-Being. A Multi-dimensional Examination of Family Caregivers of Demented Adults. *Gerontol* 1986;26(3):253-9.
14. Vitalino PP, Young HM, Russo J. Burden: A Review Of Measures Used Among Caregivers Of Individuals With Dementia. *Gerontol* 1991;31(1):67-75.
15. Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers: A Longitudinal Study. *Gerontol* 1986;26(3):260-6.
16. Basabe N, Páez D. *Objeto y método de la investigación. Los jóvenes y el consumo de alcohol. Representaciones sociales*. Bilbao: Editorial Fundamentos, 1992.
17. Abengozar MC, Serra DE. Empleo de estrategias de afrontamiento en cuidadoras familiares de ancianos con demencia. *Rev Esp Geriatria Gerontol* 1997;32(5):257-69.
18. Díaz DM, Doménech CN, Elorriaga HC, Elorriaga HS, Ortíz CA, Perex FMS, et al. *En casa tenemos un enfermo de Alzheimer*. Bilbao, 1996.
19. Mahoney FD, Shippee-Rice R. Trainig Family Caregivers of Older Adults: A Program Model for Community Nurses. *Community Health Nursing* 1994;11(2):71-8.
20. Bravo M, Serrano G. *La psicología preventiva y el apoyo social*. Madrid: Ediciones Pirámide, 1992.
21. Páez RD. Salud, expresión social de las emociones. Psicología teórica. Valencia: Promolibro, 1993.
22. Robinson JP, Shaver ER, Wrightfman LS. Measures of Personality and Social Psychological Actitudes. In *Measures of Social Psychological Actitudes Series*. California: Academic Press inc, 1991;1.
23. Bekerman W. The rol of social indicators in development planning. In: Bekerman, Hardoy, Choc y De Neufville. *Applicability of Indicators of Socio-economic Change for Development Planning*. París: Unesco, 1984.
24. Paéz, et al. *Factores psicosociales de la salud mental*. Madrid, 1986.