

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y RESILIENCIA EN CUIDADORES  
INFORMALES DE ADULTOS MAYORES CON DEPENDENCIA FÍSICA Y CON  
DEPENDENCIA MENTAL.

Deisy Yesenia Arenales Herrera

María Alejandra Salas Catalán



Universidad  
Pontificia  
Bolivariana

Universidad Pontificia Bolivariana

Seccional Bucaramanga

2018

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y RESILIENCIA EN CUIDADORES  
INFORMALES DE ADULTOS MAYORES CON DEPENDENCIA FÍSICA Y CON  
DEPENDENCIA MENTAL

Deisy Yesenia Arenales Herrera

María Alejandra Salas Catalán

Modalidad de proyecto de grado para optar al título de Psicólogo

Fecha de entrega: 12 de enero de 2018

Directora

Ara Mercedes Cerquera Córdoba

Dra. En Ciencias Psicológicas

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Bucaramanga

2018

*Siempre hay tiempo para un sueño.*

*Siempre es tiempo de dejarse llevar por una  
pasión que nos arrastre hacia el deseo.*

*Siempre es posible encontrar la fuerza  
necesaria para alzar el vuelo y dirigirse hacia  
lo alto.*

*Y es allí, y solo allí, en la altura, donde  
podemos desplegar nuestras alas en toda su  
extensión.*

*Solo allí, en lo más alto de nosotros mismos,  
en lo más profundo de nuestras inquietudes,  
podremos separar los brazos, y volar.*

Dulce Chacón.

*Inicialmente agradecemos a Dios por permitirnos culminar este ciclo y a nuestros padres por ser nuestra principal motivación y golpe de energía; llenando nuestras vidas de fortaleza, apoyo, paciencia y comprensión en momento de dificultad; por enseñarnos el valor de la disciplina, la responsabilidad, la perseverancia y sobre todo, el enseñarnos a vivir cada día con pasión sin importar las dificultades.*

*A nuestras familias por creer en nosotras, acompañarnos en el proceso y garantizar espacios de acogimiento que fueron fundamentales para alcanzar esta meta; mil gracias por ello.*

*Nos sentimos afortunadas por haber tenido la oportunidad de conocer cuidadores informales que viven en una batalla constante por el rol que decidieron o tuvieron que asumir; estamos y estaremos profundamente agradecidas porque sin su colaboración y hospitalidad nada de esto hubiese sido posible; hoy generamos aportes a la investigación en psicología clínica gracias a su infinitas bondad y disposición.*

*Agradecemos infinitamente a la Dra. Ara Mercedes Cerquera Córdoba, por decidir acompañarnos en este reto, confiando en nuestras capacidades y brindándonos la oportunidad de construirnos como profesionales desde la investigación.*

*A nuestros compañeros del semillero de investigación calidad de vida en la tercera edad (CVTE) por su colaboración y apoyo constante para hacer posible esta investigación.*

*Agradecimiento total a nuestros amigos que han sido testigos de nuestra constante dedicación y nos han aportado apoyo, comprensión y lealtad.*

*Agradecemos a los profesores que nos acompañaron durante este proceso, contribuyendo a nuestro crecimiento personal y profesional enfocado a la humanización y el vivir cada día con sentido humano; aportando motivación para luchar por la psicología, haciéndola respetar tanto en la investigación como en la praxis, inculcándonos como valor fundamental la ética profesional.*

*Finalmente, nos agradecemos mutuamente por acompañarnos en este proceso y haber generado crecimiento personal y académico; fortaleciendo lazos de amistad y verdadera dinámica de trabajo en equipo, cumpliendo objetivos importantes para llegar a este punto de nuestros proyectos de vida.*

<b>Tabla de contenido</b>	<b>Pag.</b>
Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
Justificación	12
Planteamiento del problema	16
Objetivos	
General	19
Específicos	19
Marco teórico	
Envejecimiento	20
Dependencia	21
Dependencia Física	23
Dependencia mental	23
Cuidador informal o familiar	24
Estrategias de afrontamiento	27
Resiliencia	31
Metodología	
Tipo de estudio	34
Población	34
Muestra	34
Criterios de inclusión y exclusión	34
Consideraciones éticas	35
Instrumentos	35
Procedimiento	37
Análisis de resultados	38
Resultados	39
Discusión	47
Conclusiones	55
Recomendaciones	57
Referencias	59
Anexos	67

### **Lista de tablas**

Tabla 1. Características sociodemográficas de los cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física (p.39)

Tabla 2. Características sociodemográficas de los cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental (p. 40).

Tabla 3. Uso de estrategias de afrontamiento en cuidadores de adultos mayores con dependencia física (p. 42).

Tabla 4. Uso de estrategias de afrontamiento en cuidadores de adultos mayores con dependencia mental (p. 43).

Tabla 5. Resultados de la escala estrategias de afrontamiento y comparación entre los dos grupos de cuidadores (p. 44)

Tabla 6. Resultados de la escala de resiliencia y comparación entre los dos grupos de cuidadores (p.46).

### **Lista de anexos**

	<b>Pág.</b>
Anexo 1. Consentimiento informado.	67
Anexo 2. Encuesta sociodemográfica.	69
Anexo 3. Escala de estrategias de afrontamiento coping (EEC-M).	70
Anexo 4. Escala de Resiliencia (ER).	72

## RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

<b>TITULO:</b>	Estrategias de afrontamiento y resiliencia en cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física y con dependencia mental
<b>AUTOR(ES):</b>	Deisy Yesenia Arenales Herrera y María Alejandra Salas Catalán
<b>PROGRAMA:</b>	Facultad de Psicología
<b>DIRECTOR(A):</b>	Ara Mercedes Cerquera Córdoba

### RESUMEN

Los cuidadores familiares o informales de adultos mayores en condición de dependencia asumen complejas responsabilidades al ser las personas encargadas de cubrir necesidades básicas del adulto mayor; diariamente enfrentan dificultades a nivel social, físico y psicológico incrementando los niveles de estrés; dado esto, se presenta la activación de recursos para enfrentar los efectos de asumir el rol; entre estos recursos se encuentran las estrategias de afrontamiento y la resiliencia. A partir de lo anterior, el objetivo del presente estudio fue realizar una comparación de las estrategias de afrontamiento utilizadas y los niveles de resiliencia entre 50 cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física y 50 cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental seleccionados por un muestreo no probabilístico en bola de nieve. Método: se realizó un estudio desde un enfoque cuantitativo; de alcance descriptivo, con un diseño no experimental; para ello, los instrumentos utilizados fueron la escala de estrategias de coping- modificada (EEC-M) y la escala de resiliencia. Resultados: se encontró que un 80% en la muestra de cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física y un 92% en cuidadores de adultos mayores con dependencia mental son mujeres; el rango de edad fue de 51 a 61 años con un 30% para cuidadores informales de dependencia física y un 26% en cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental; en cuanto a las estrategias de afrontamiento, existe una diferencia significativa en solución de problemas entre los dos grupos de cuidadores con una significancia de 0,004; respecto a los niveles de resiliencia, no existe diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de cuidadores. Conclusión: existe una diferencia significativa en la estrategia de afrontamiento solución de problemas, siendo más usada por los cuidadores de adultos mayores con dependencia mental; ambos grupos de cuidadores presentan altos niveles de resiliencia.

### PALABRAS CLAVE:

adulto mayor, cuidador informal, dependencia, estrategias de afrontamiento, resiliencia.

### V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

**GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE**

**TITLE:** Coping strategy and resilience in informal caregivers of elderly people with physical dependence and with mental dependence

**AUTHOR(S):** Deisy Yesenia Arenales Herrera y María Alejandra Salas Catalán

**FACULTY:** Facultad de Psicología

**DIRECTOR:** Ara Mercedes Cerquera Córdoba

**ABSTRACT**

The family members or informal caregivers of elderly people in a dependent condition assume complex responsibilities when they are the ones in charge of meeting the elderly needs; on a daily basis they face social, physical and psychological difficulties that increase stress levels. In that regard, this document presents the activation of resources to go through the effects of assuming the role, including coping strategies and resilience. By the same token, the main purpose of this study was to make a comparison between the coping strategies used and the levels of resilience among 50 informal caregivers of elders with physical dependence and 50 informal caregivers of elders with mental dependence, selected using a non-probabilistic snowball sampling technique. Method: The study was conducted with a quantitative approach with a non-experimental descriptive design; to do so, the instruments used were the Coping Strategies Scale Modified (CSS-M) and The Resilience Scale. Results: On balance, the majority of caregivers were women, 80% from the sample are informal caregivers of physical dependent elderly people and 92% look after mental dependent elders. The age range of greatest prevalence is 51 to 61 years old: 30% of the informal caregivers of physical dependence and 26% of the informal caregivers of seniors with mental dependence; regarding coping strategies, there was an important difference with the coping strategy for problem solving between the two groups of caregivers with a significance level of 0.004; related to the levels of resilience, there are no statistically significant differences between the two groups of caregivers. Conclusion: In the final analysis, there is a significant difference in the coping strategy for problem solving, being more used by caregivers of elderly people with mental dependence; both groups of caregivers display high levels of resilience.

**KEYWORDS:**

elderly adult, informal caregiver, dependence, coping strategies and resilience.

**V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK**



## Introducción

El envejecimiento a través de la historia se ha ido rodeando de diversos estereotipos que han generado estigmatización de esta etapa del ciclo vital; por lo cual, y teniendo en cuenta los cambios que se generan, ha sido de primordial estudio por distintas áreas de conocimiento contribuyendo a tener mayor entendimiento de los procesos psicoevolutivos propios de la vejez (Carbajo, 2009); un ejemplo de ello, es la diferenciación establecida entre envejecimiento positivo, el cual se caracteriza por mantener autovalencia, baja probabilidad de contraer enfermedades y una alta actividad física y mental (Monchietti, Lombardo, Sánchez & Krzemien, 2010); y negativo, relacionado con la pérdida funcional y fuerza muscular, generando dependencia y disminución de la calidad de vida (Landinez, Contreras & Castro, 2012).

A causa del envejecimiento negativo surge la dependencia, afectando directamente al sistema familiar en su funcionamiento por ser fuente principal de ayuda y asistencia (Espín, 2012); es allí donde surgen los cuidadores familiares o informales, De Valle-Alonso, Hernández-López, Zúñiga-Vargas y Martínez-Aguilera (2015) definen cuidador familiar como la persona encargada de cubrir necesidades básicas y psicosociales del adulto mayor, siendo informal por la falta de preparación para cumplir con el rol.

En cuanto a la dependencia; específicamente la funcional, según Barrantes-Monge, García-Mayo, Gutiérrez-Robledo y Miguel-Jaimes (2007) se encuentra relacionada con la pérdida de la autonomía en actividades básicas de la vida cotidiana por condiciones de enfermedad física, psíquica o intelectual derogando el cuidado personal a terceros; la dependencia funcional se divide en física, que se entiende como la pérdida del control corporal y de elementos físicos; y mental que comprende la pérdida de capacidades cognitivas (Pérez & Yanguas, 1998; Agudelo & Medina, 2014).

Como consecuencia de asumir el cuidado de un adulto mayor en condición de dependencia, el cuidador desgasta recursos psicosociales (Pérez, Cartaya & Olano, 2012), activándose distintas estrategias de afrontamiento por ser un suceso generador de estrés (Garre-Olmo et al., 2000); dichas estrategias según Lazarus y Folkman (1986) son procesos cognitivos conductuales cambiantes, desarrollados para manejar situaciones de difícil adaptación que se dividen en dos grupos; las primeras, basadas en la resolución del problema; y las segundas; estrategias enfocadas en la regulación emocional (Lazarus & Folkman, 1986).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por cuidadores, en una investigación realizada por Cerquera y Pabón (2016) se encontró que, en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer la estrategia más utilizada era la religión; además, hallaron que los cuidadores presentaban altos niveles de resiliencia. Así que, la “resiliencia” resulta importante como capacidad que garantiza normalización de la vida en situaciones adversas y aprovechamiento experiencial, disminuyendo la probabilidad de presentarse psicopatologías (Carretero, 2010); lo anterior, es corroborado por Crespo y Fernández-Lansac (2014) al encontrar que los cuidadores con altos niveles de resiliencia manifestaban menor preocupación por problemas del geronte y baja sintomatología depresiva y/o ansiosa.

Las variables psicológicas de estrategias de afrontamiento y resiliencia expuestas con anterioridad y siendo ejes primordiales de interés en el presente estudio, guardan relación para su medición con dos pruebas psicométricas; la primera, la escala de estrategias de Coping-Modificada (EEC-M) de Chorot y Sandín (1993), validada en Colombia por Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre (2006) que tiene por objetivo la identificación del uso de doce estrategias de afrontamiento; y la segunda, escala de Resiliencia (Resilience Scale, RS) de

Wagnild y Young (1993); enfocada a la medición de los niveles de resiliencia; habiendo una adaptación del instrumento por Novella (2002), que mide cinco características de dicha variable.

Ahora bien, dichos instrumentos son los empleados en la presente investigación con el objetivo de comparar estrategias de afrontamiento utilizadas y niveles de resiliencia entre dos grupos de cuidadores informales; el primero, cuidadores de adultos mayores con dependencia física; y el segundo, cuidadores de adultos mayores con dependencia mental; buscando contribuir en la caracterización y diferenciación entre cuidadores, teniendo en cuenta como factor determinante el tipo de dependencia del adulto mayor; lo anterior reconociendo el crecimiento de la población mayor y por ende, el aumento en el número de cuidadores (Fernández-Lansac & Crespo, 2011) creciendo la necesidad para la psicología de contribuir en conocimiento, investigación e intervención en esta población, generando bases para la fundamentación teórica de posibles programas de psicoeducación e intervención en cuidadores.

## **Justificación**

Con el paso de los años se ha identificado que las familias cuidadoras de pacientes dependientes han venido incrementando (Aravena & Alvarado, 2010; Turtós, Abreu, Martínez & Rosa, 2016); sin embargo, más allá del acompañamiento que brinda el cuidador al adulto mayor en su enfermedad, éste debe asumir situaciones de estrés que afecta el estado físico, mental, emocional e incluso económico (Cerquera, Pabón, Granados & Galvis, 2016), denotándose así, el por qué en los últimos años esta población ha venido demandando atención desde diferentes áreas de conocimiento.

Considerando los efectos de asumir el cuidado de un adulto mayor en condición de dependencia, según Pérez, Cartaya y Olano (2012) el cuidador desgasta recursos psicosociales; así mismo, Barrera, Pinto, Sánchez, Carrillo, y Chaparro (2010) refieren que en la mayoría de cuidadores, se presentan consecuencias negativas a nivel de desarrollo personal, autoestima, apoyo social y deterioro en calidad de vida frente al bienestar psicológico; siendo resultado de asumir las responsabilidades propias del rol de cuidado al estar en constante exposición a situaciones generadoras de estrés, depresión y aislamiento social.

Lo anterior es ratificado por Camacho, Hinojosa y Jiménez (2010) al referir que los cuidadores que no poseen preparación para el rol presentan mayor vulnerabilidad de manejar altos niveles de estrés y de sufrir trastornos depresivos; además, las demandas que requiere el cuidado de una persona en condición de dependencia llegan a generar sobrecarga, definida como “el resultado de combinaciones emocionales, físicas y sociales relacionadas con el trabajo, que generan un estado psicológico a consecuencia de cuidar una persona enferma” (Cerquera, Pabón, Granados, & Galvis, 2016, p.241).

Los cuidadores día a día deben afrontar demandas sociales, físicas y psicológicas que generan la puesta en marcha de recursos para enfrentar las mismas, aspectos que incrementan notablemente los niveles de estrés (feldberg, et al., 2011). Entre dichos recursos están las estrategias de afrontamiento que se entienden como procesos cognitivos conductuales cambiantes, desarrollados para manejar situaciones de difícil adaptación (Lazarus & Folkman, 1986).

Por otra parte, Crespo y Fernández-Lansac (2014) encontraron que los cuidadores con altos niveles de resiliencia manifestaban menor preocupación por problemas del geronte y baja sintomatología depresiva y/o ansiosa. Entonces, la “resiliencia” es importante como capacidad que garantiza normalización de la vida en situaciones adversas y aprovechamiento experiencial, disminuyendo la probabilidad de presentarse psicopatologías (Carretero, 2010); así que, frente a las estrategias de afrontamiento utilizadas por cuidadores y los niveles de resiliencia, en una investigación realizada por Cerquera y Pabón (2016) se halló que la estrategia de afrontamiento de mayor uso era la religión en una muestra de cuidadores informales de pacientes con Alzheimer; por otra parte, se encontró que éstos manejaban altos niveles de resiliencia.

En base a lo expuesto con anterioridad, se considera necesario profundizar en estrategias de afrontamiento utilizadas y niveles de resiliencia en cuidadores al ser factores psicológicos determinantes en la forma en que los cuidadores afrontan situaciones de estrés; lo anterior es ratificado por Cerquera y Galvis (2014) al identificar como necesidad de investigación, explorar sobre la relación entre estrategias de afrontamiento utilizadas por cuidadores y el nivel de afectación; sin embargo, la dependencia se puede presentar de diversas formas; una de ellas y la de interés en el presente estudio, es la dependencia funcional que se divide en física y mental (Agudelo & Medina, 2014); frente a lo cual Wilks y Croom (2008) encontraron que los

cuidadores de pacientes con demencia presentan mayor vulnerabilidad; contrario a esto, Espin (2012) señala que el cuidado de un paciente con dependencia mental, no siempre presenta efectos negativos, porque en el momento que el cuidador adecua su rutina diaria, respondiendo a las necesidades del adulto mayor, asume el rol de cuidado con satisfacción; en contraste a eso, en investigaciones realizadas en cuidadores informales de personas en condición de dependencia física se ha encontrado que presentan cansancio, preocupación, irritabilidad, angustia; contribuyendo a la manifestación de episodios depresivos (Hernández, Murillo, Solano, & Enríquez-Reyna, 2017; Islas, & Castillejos, 2016; Kaya et al.,2010).

Por ello, el presente estudio plantea aportar en la caracterización y diferenciación en estrategias de afrontamiento utilizadas y niveles de resiliencia entre cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física y cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental; considerando como factor importante el tipo de dependencia (física o mental) del adulto mayor; ya que, de presentarse diferencias, sería un factor importante para el diseño de futuras intervenciones psicológicas en cuidadores que permitan contribuir positivamente en calidad de vida, lo anterior reconociendo el crecimiento de la población mayor y por ende, el aumento en el número de cuidadores (Fernández-Lansac & Crespo, 2011).

En contraste, se destaca la importancia de identificar cuáles son las características propias de dicha población y la forma en que pueden afectar el desempeño del rol y la asistencia directa al adulto mayor en condición de dependencia; se espera con lo anterior, aportar a la investigación en psicología clínica, de manera que se pueda seguir indagando sobre la temática y aportar bases investigativas para la fundamentación teórica de futuras intervenciones en familiares cuidadores; haciéndose evidente la necesidad de contribuir desde la psicología en la ampliación de conocimientos en esta población. Por otro lado, se busca retroalimentar y fortalecer el semillero

de investigación “Calidad de Vida en la Tercera Edad” perteneciente al grupo de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana, que ha tenido altos intereses investigativos en la población de cuidadores tanto formales como informales.

## Planteamiento del problema

Los cuidadores familiares o informales de adultos mayores en condición de dependencia deben asumir complejas responsabilidades al ser las personas encargadas de cubrir necesidades básicas y psicosociales del adulto mayor (De Valle-Alonso et al., 2015) con ello, devienen situaciones de estrés que afecta el estado físico, mental, emocional e incluso económico del cuidador (Cerquera et al., 2016).

Por lo anterior, los cuidadores desgastan recursos psicosociales (Pérez et al., 2012), surgiendo consecuencias negativas en cuanto a: desarrollo personal, autoestima, apoyo social y deterioro en calidad de vida frente al bienestar psicológico; presentando mayor vulnerabilidad de manejar altos niveles de estrés, depresión y aislamiento social (Barrera et al., 2010; Camacho et al., 2010). El resultado de que los cuidadores diariamente enfrentan dificultades a nivel social, físico y psicológico, incrementando los niveles de estrés y surgiendo dificultades en el funcionamiento familiar; es la activación de recursos para enfrentar los efectos de asumir el rol (feldberg, et al., 2011).

Dichos recursos pueden ser distintas estrategias de afrontamiento por ser un suceso generador de estrés (Garre-Olmo et al., 2000); frente a ello, en un estudio realizado en España por Rodríguez-Pérez, Abreu-Sánchez, Rojas-Ocaña, y Pino-Casado (2017) en cuidadores principales de adultos mayores en condición de dependencia, encontraron que la calidad de vida en ellos está relacionada con las estrategias de afrontamiento utilizadas. Por otra parte, Alcaraz, Lastra, y Tuberquia (2015), encontraron que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los cuidadores familiares fueron: la religión, la espera, la solución de problemas, búsqueda de apoyo y evitación emocional.



A su vez, Pérez (2008) encontró que la religión y la aceptación, suelen ser las estrategias más usadas por los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes. Así mismo, Cerquera y Pabón (2016) encontraron que en cuidadores informales de adultos mayores con Alzheimer la estrategia de mayor uso era la religión; así mismo, dichos cuidadores presentaban altos niveles de resiliencia; por lo cual, se identifica la resiliencia como capacidad que garantiza normalización de la vida en situaciones adversas y aprovechamiento experiencial, disminuyendo la probabilidad de presentarse psicopatologías (Carretero, 2010); siendo ratificado por Crespo y Fernández-Lansac, (2014); quienes encontraron que los cuidadores con altos niveles de resiliencia presentan baja sintomatología depresiva o ansiosa.

Así que, se considera importante investigar estrategias de afrontamiento utilizadas y niveles de resiliencia en cuidadores, al ser factores psicológicos determinantes en la forma en que los cuidadores afrontan las distintas situaciones de estrés; frente a esto, se debe tener en cuenta que la dependencia funcional se divide en física y mental (Agudelo & Medina, 2014); en relación a los cuidadores de pacientes con dependencia física, en investigaciones con dicha población se ha encontrado que presentan cansancio, preocupación, irritabilidad, angustia; siendo factores influyentes en la manifestación de episodios depresivos (Hernández, Murillo, Solano, & Enríquez-Reyna, 2017; Islas, & Castillejos, 2016; Kaya et al., 2010); mientras que, Wilks y Croom (2008) a partir de una investigación realizada en cuidadores de pacientes con dependencia mental, manifiestan que éstos presentan mayor vulnerabilidad; contrario a esto, Espin (2012) señala que el cuidado de un paciente con dependencia mental, no siempre presenta efectos negativos; dicha situación, se encuentra influida según la adaptación al rol de cuidador.

Sin embargo, se ha evidenciado un vacío teórico en investigaciones que permitan reconocer diferencias entre cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física y

cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental en variables psicológicas como estrategias de afrontamiento y resiliencia; las cuales son importantes para enfrentar situaciones de estrés propias del rol de cuidado; de existir diferencias, es un factor determinante para la psicología en el momento de abordar dicha población.

Con el fin de cubrir esta necesidad desde la psicología, es necesario realizar una diferenciación en estrategias de afrontamiento utilizadas y los niveles de resiliencia entre los cuidadores informales de dependencia física y de dependencia mental; por ello, el presente proyecto va dirigido a resolver la pregunta de sí ¿Existen diferencias en las estrategias de afrontamiento utilizadas y los niveles de resiliencia entre cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física y cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental?

## Objetivos

### *Objetivo general*

Comparar las estrategias de afrontamiento utilizadas y los niveles de resiliencia entre cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física y cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental.

### *Objetivos específicos*

- Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas y los niveles de resiliencia de cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física.
- Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas y los niveles de resiliencia en cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental.
- Analizar si existen diferencias en las estrategias de afrontamiento utilizadas y los niveles de resiliencia entre los dos grupos de cuidadores.

## **Marco teórico**

En la actualidad se estima que el número de personas mayores están aumentando de forma notable a nivel mundial, la cifra cada vez incrementará más rápido, ya que pasará de 46 millones en 2015 a 157 millones en 2050 (Organización mundial de la salud, 2015). En Colombia para el año 2013, la población mayor de 60 años es del 10.53% siendo los departamentos de Cundinamarca, Caldas, Risaralda, Quindío, Valle, Antioquia y Santander los que presentan los índices más altos de envejecimiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

### ***Envejecimiento***

Por lo anterior, resulta de vital importancia mantener como eje de estudio los distintos factores psicosociales que acompañan el envejecimiento, considerado como un proceso enmarcado desde el ciclo vital del ser humano, el cual se caracteriza por iniciar desde la concepción hasta la muerte, donde en el transcurso se presentan cambios a nivel físico y mental como resultado de un proceso natural e inevitable (Organización panamericana de la salud, 2002).

En este sentido, existen diversas conceptualizaciones frente al envejecimiento; Bazo (1998) lo define como la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y a la muerte; comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo, independientemente de cualquier influencia externa o patológica como la enfermedad.

Por otra parte, se entiende el envejecimiento como el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida, es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos; estos cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales (Alvarado & Salazar, 2014; Castañedo et al. 1999 citado por Alvarado

& Salazar, 2014; Dulcey-Ruiz, 2010). Dado lo anterior, se han identificado algunas condiciones significativas que se presentan en el proceso del envejecimiento, las cuales pueden ser positivas o negativas (Reyes & Castillo, 2011).

Con respecto al envejecimiento positivo, este se caracteriza por la habilidad para mantenerse en una baja probabilidad de contraer alguna enfermedad, con una alta actividad física y mental; de igual forma comprometido con la vida a través del mantenimiento de relaciones interpersonales y de la participación en actividades significativas (Loewy, 2012; Vaillant, 2001). El negativo hace referencia al conjunto de diversas enfermedades que rodean al adulto mayor y que conllevan al inicio de enfermedades crónicas, las cuales tienden a prolongarse y consecuentemente desencadenan secuelas que generarían discapacidad y con ello limitación en las actividades de la vida diaria (Durán et al. 2010).

### ***Dependencia***

Debido a lo que se considera envejecimiento negativo surge la dependencia en el adulto mayor, frente a lo cual el Ministerio de salud y protección social (2013) manifiesta que la dependencia por edad ha venido aumentando significativamente en los últimos años; la dependencia es definida por Agudelo y Medina (2014) como pérdida de la autonomía y relego del cuidado propio a una persona, institución u otro ente; realizando la salvedad, que si bien la condición de dependencia puede surgir en el trascurso del ciclo vital, son más proclives los adultos mayores debido a que en la vejez se presentan mayores complicaciones de salud.

Así mismo, la dependencia fue definida por el consejo de Europa (1998) como estado de pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual donde se hace necesario la asistencia para la realización de las actividades de la vida cotidiana; partiendo de lo anterior consideran tres características definitorias de la dependencia; en primer lugar, limitaciones físicas, psíquicas o

intelectual que disminuyen las capacidades personales; en segundo lugar, disminución de las habilidades para la realización de actividades de la vida diaria; y por último, necesidad de asistencia y cuidado de terceros.

Además, Casado (2007) considera la dependencia como atributo de las personas, que involucra la necesidad de asistencia o ayuda con el fin de realizar actividades de la vida diaria; dicho atributo se puede presentar por la pérdida de capacidad física, síquica o intelectual sujeto a un proceso de pérdida progresiva generado a través del tiempo; en otros casos, como lo afirma la superintendencia de salud (2008) la dependencia corresponde a casos de malformaciones congénitas o problemas de salud mental.

Cuando se habla de dependencia, se hace relevante la conexión existente entre la exclusión social y la ausencia de capacidades para desarrollar actividades establecidas bajo esquemas de “normalidad” (Sistema Nacional del adulto mayor, 2012); tanto el envejecimiento como la vejez son comúnmente calificados como adversos, relacionado con la pérdida de habilidades físicas y cognoscitivas, aunque se sabe que estas condiciones están mediadas por factores biológicos determinantes en el estado de salud, habiendo influencia del contexto social, económico y cultural propios de los individuos en el transcurso del ciclo vital (Agudelo & Medina, 2014).

Se debe agregar, que existen distintos tipos de dependencia; las cuales son social, psicológica, económica y funcional (Agudelo & Medina, 2014); esta última, se encuentra directamente relacionada con la pérdida de la autonomía en actividades básicas de la vida cotidiana por condiciones de enfermedad física, psíquica o intelectual derogando el cuidado personal a terceros; (Barrantes-Monge et al., 2007). La dependencia funcional se divide en física y mental (Agudelo & Medina, 2014):

### ***Dependencia física***

Se relaciona con la incapacidad para llevar a cabo actividades básicas de la vida cotidiana como lo son vestirse, acostarse, levantarse, caminar, usar el baño, bañarse, comer; las cuales son esenciales para el cuidado personal y la autonomía; dichas limitaciones funcionales son determinantes en casos de incapacidad y dependencia (Gutiérrez et al., 2012; Manrique-Espinoza, Salinas-Rodríguez, Moreno-Tamayo, & Téllez-Rojo, 2011). En cuanto a la dependencia por situaciones de salud, se incluyen aquellas que son producto de enfermedades crónicas que generan dificultad en la movilidad para la ejecución de labores individuales, económicas y sociales (Agudelo & Medina, 2014; García-Peña & Gonzales, 2012). Frente a los adultos mayores, el estado de dependencia es mayor por razones que involucran pérdida progresiva de capacidades visuales, auditivas, el control de esfínteres, el balance y el equilibrio (Agudelo & Medina, 2014).

### ***Dependencia mental***

Se encuentra relacionada al deterioro y pérdida de capacidades mentales; siendo una de las razones de mayor influencia el envejecimiento negativo donde se presenta pérdida progresiva de las funciones cognitivas, llevando al deterioro leve o a la demencia; los problemas de salud mental son de carácter crónico que incluyen aspectos de índole cognitivo, afectivo, ansioso, psicótico, del sueño, adicciones y abuso de sustancias (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2012). Según Agudelo y Medina (2014) dentro de las enfermedades mentales, la demencia se destaca en la población adulta mayor y contrario al estereotipo social, este padecimiento no es una condición inherente y normal a la vejez; la cual afecta la capacidad mental, factores de personalidad y la conducta.

Ahora bien, los distintos autores citados con anterioridad con respecto a la dependencia, coinciden en que las personas con dicha condición necesitan de la asistencia de un tercero para la realización de actividades básicas de la vida diaria, por lo cual Espín (2012) refiere que el sistema familiar sufre cambios organizacionales de dinámica y función cuando uno de los miembros adulto mayor presenta alguna enfermedad que comprometa la autonomía, haciéndose una necesidad la asistencia de un cuidador llevando al aumento de las tensiones y de estrés dentro de los miembros de la familia.

Cuando se identifica la necesidad de cuidado, las familias cuentan con tres posibilidades principales para cubrir la necesidad; la primera, la institucionalización del familiar; la segunda, optar por la contratación de un cuidador formal quien tiene conocimientos teórico- prácticos para cumplir las funciones del rol; y tercera, asumir el cuidado dentro del sistema familiar por parte de alguno de los miembros que asume la responsabilidad de cuidador familiar o informal (Gómez-Martinho, 2016).

### ***Cuidador informal o familiar***

Con respecto a los cuidadores familiares, son sujetos que ofrecen un cuidado informal debido a no tener formación en el rol y no obtener retribución económica por la labor desempeñada: por el contrario, encuentran otras motivaciones a nivel afectivo como sentimientos de compromiso, reciprocidad, agradecimiento, amor, lealtad u obligación moral; siendo en la mayoría de situaciones el rol de cuidador informal asumido por un familiar (Izal, Montorio, & Díaz-Veiga, 1997; Pinto, Barrera & Sánchez, 2005); así mismo, Casado y López (2001) lo definen como “aquel individuo que dedica la mayor parte del tiempo, medido en número de horas al día, al cuidado de dicho enfermo y que ha realizado las tareas de cuidado durante un mínimo de 6 semanas” (p.82). Por otra parte, Vargas (2012), señala que para que un cuidador sea



identificado en el rol, debe llevar como mínimo tres meses a cargo; a su vez, la persona principalmente responsable del cuidado no profesional vive en el mismo domicilio, manteniendo total disposición para atender a las necesidades de la persona en condición de dependencia (Cerquera, Granados, & Galvis, 2014; Feldberg et al., 2011).

La dinámica familiar que incluye el cuidado de un paciente dependiente trae diversidad de problemáticas; iniciando por la conflictividad familiar que se genera en el momento de decidir quién debe cuidar y cómo se debe hacer, donde se involucra las dificultades de tiempo para cumplir con las responsabilidades de cuidado (Yarce et al., 2015); por otra parte, la persona que asume el cuidado, debe interrumpir otros roles que cumple a nivel familiar, social o laboral; trayendo consecuencias físicas y emocionales debido a que el rol de cuidador demanda compromiso, responsabilidad, tiempo y dedicación por ser una actividad de alta complejidad que puede durar días, meses e incluso años (Flores, Rivas, Seguel, 2012).

Sin embargo, el cuidador informal resulta ser un facilitador al amenizar los cambios negativos en la salud que devienen junto al envejecimiento en los adultos mayores con dependencia dado que proporcionan bienestar y velan por la satisfacción de las necesidades de los adultos (Yarce, Coral, Lagos, & López, 2015); de lo anterior, Yarce et al. (2015) refieren que surge la importancia de brindar orientación en pautas para el cuidado, conociendo las características funcionales del adulto mayor sin subestimar la sobrecarga subjetiva y objetiva del cuidador, que son fundamentales en la identificación de necesidades con el fin de implementar estrategias de apoyo al cuidador; el objetivo, prevenir enfermedades por sobreesfuerzo en el cuidador en el cumplimiento del rol y disminuir el deterioro funcional de los adultos mayores.

Se debe agregar que el cuidado es considerado como una construcción enfocada a la protección y preservación de la humanidad que, en el contexto de la salud, es asumido en su

mayoría por mujeres por razones culturales y sociales por la forma como se ha concebido el cuidado (Reyes, Jara & Merino, 2007); lo anterior es ratificado con las investigaciones realizadas por Barrera-Ortíz et al. (2006); Cerquera et al. (2012); Cerquera et al. (2014); Guerra y Zambrano (2013); Miranda y Aravena (2012); al encontrar en las características sociodemográficas de los cuidadores informales que el género femenino es predominante en el ejercicio de esta labor en un rango de edad considerado entre los 37 y 86 años, siendo en su mayoría menores a la edad del adulto mayor al que cuidan; además, sus estados civiles suelen ser solteras, su escolaridad bachiller y la principal ocupación son las labores del hogar; por lo general cuidan al ser querido (madre, hijo, cónyuge, otro familiar o amigos) siendo este último en menor proporción e inician la labor de cuidado cuando se recibe el diagnóstico del adulto mayor.

Otros resultados importantes encontrados, es que en su mayoría refieren que el cuidar ocupa la mayor parte del día; por lo general, desconocen el rol que asumen, con respecto a lo anterior, identifican como necesidad importante obtener formación para realizar mejor la labor de cuidado; en cuanto a los ingresos de dinero, los cuidadores afirmaron que era suficiente para satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria (Barrera-Ortíz et al., 2006; Guerra & Zambrano, 2013; Mirando & Aravena, 2012).

Con respecto a las consecuencias de asumir el rol de cuidador familiar a nivel de salud, afectivo y laboral; Torres, Ballesteros, Sánchez, & Gejo, (2006) encontraron que en el 51,2% de los casos manifiestan cansancio, el 32,1% sentimientos depresivos, el 64,1% han tenido que disminuir su tiempo de ocio; frente aspectos laborales: el 26% refiere no poder trabajar fuera de casa; el 11,5 % ha renunciado a su trabajo y el 12,4% han reducido los horarios laborales.

Se debe agregar que los distintos cambios en la vida del cuidador son resultados adversos que pueden afectar su calidad de vida, salud física, aspectos psicológicos y la vida social (Giraldo

& Franco, 2006; Moya-Albiol, 2012; Ruiz-Robledillo, 2012). Las esposas que asumen el cuidado manifiestan especial afectación en estado anímico, refiriendo sentimientos de tristeza y desesperanza; identificando desgaste físico por el esfuerzo que deben realizar para movilizar al adulto mayor dependiente (Yarce et al., 2015).

Es importante resaltar que la situación vivencial de los cuidadores conlleva a desarrollar la capacidad de superación de las dificultades, a afrontar la falta de conocimiento y el temor al cuidado, aprender a enfrentar las situaciones difíciles consecuentes de la conducta del paciente, y de las condiciones propias del rol; tales como, la monotonía, el aislamiento y la falta de apoyo; no obstante, no siempre es capaz de asumir de esta manera el cuidado; por esta razón, entre otras, se afecta la calidad de vida del cuidador (Vargas-Escobar, 2012).

### ***Estrategias de afrontamiento***

Por lo anterior, uno de las variables importantes a evaluar en cuidadores son las estrategias de afrontamiento utilizadas para asumir el rol de cuidador informal o familiar; conceptualizando estrategias de afrontamiento desde Lazarus y Folkman (1986) quienes definen el afrontamiento como “aquellos refuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.164).

A su vez, se plantea que el proceso de afrontamiento se da por medio de tres aspectos principales; el primero, consiste en las observaciones y valoraciones de los individuos por medio de las cuales se emiten pensamientos y conductas; en segunda instancia, aquello que el individuo hace o piensa es analizado en un contexto específico, para ello, cuanto más precisa y concreta sea la definición del contexto, será más sencillo relacionar el pensamiento o afrontar la situación; en tercera y última instancia, concebir el afrontamiento como un proceso que genera un cambio en

los pensamientos y las acciones en la medida de que se va dando la interacción; por esta razón, el afrontamiento se considera como un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar primordialmente con estrategias defensivas y en otros con aquellas que sirvan para resolver el problema (Lazarus & Folkman, 1986).

Cabe resaltar que las investigaciones en estrategias de afrontamiento se centran en examinar la forma en que se enfrentan las personas a determinadas situaciones estresantes, como lo son el padecimiento de enfermedades crónicas o estresores que aparecen en las actividades de la vida diaria (Stanton y Dunkel-Schetter, 1991); teniendo en cuenta que a nivel teórico se identifican dos tipos de estrategias de afrontamiento generales; las primeras son las estrategias basadas en la resolución de problemas que consisten en manejar o alterar el problema que está causando el malestar buscando solución de las dificultades; las segundas son estrategias de regulación emocional, que corresponden a métodos utilizados para regular las respuestas emocionales frente a los problemas (Lazarus, & Folkman, 1986; Moos, Brennan, Fondacaro, & Moos 1990).

Así mismo, el acercamiento al afrontamiento según Moos, Brennan, Fondacaro y Moos (1990) incluye proceso de reevaluación, resolución y modificación de problemas, mientras que evitar el afrontamiento está relacionado con intentos de evadir las dificultades y con el objetivo de disminuir los sentimientos de angustia; siendo tanto la evitación como el afrontamiento procesos cognitivos-conductuales (Moos, Brennan, Fondacaro & Moos, 1990). Cabe señalar que según Penley, Tomaka, y Wiebe (2002) tanto las estrategias basadas en regulación emocional como las centradas en resolución de problemas, generan reducción de angustia y son utilizadas en la mayoría de episodios estresantes.

Se estima que existen diversas estrategias de afrontamiento que pueden ser utilizadas por un individuo; teniendo en cuenta esto, Forsythe y Compas (1987) afirman que el uso de unas u otras se encuentra asociado al origen del estresor y sus circunstancias; por ejemplo, ante situaciones que generan procesos de crecimiento y construcción, son prevalentes las estrategias basadas en resolución de problemas; en cuanto a situaciones que requieren de procesos de aceptación, es frecuente el uso de estrategias focalizadas en las emociones (Forsythe & Compas, 1987).

Siendo las estrategias de afrontamiento un eje importante de investigación para la psicología por los distintos procesos que implica, ha surgido a través de las investigaciones distintos instrumentos psicométricos que permiten la identificación de las distintas estrategias utilizadas por los individuos; uno de ellos es la escala de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping, WOC) de Folkman y Lazarus (1985), quienes han sido pioneros y referentes conceptuales importantes; dicho instrumento fue utilizado con el fin de evaluar pensamientos y acciones en situaciones estresantes, abarcando ocho estrategias y centrando la calificación entre estrategias de resolución de conflictos y las enfocadas en regulación emocional. Unos años después Charot y Sandín (1993) efectuaron la versión mejorada y modificada del WOC, nombrada Escala de Estrategias de Coping-Revisado (EECR); esta prueba está compuesta por nueve estrategias que son: focalización en la situación problema, autocontrol, reestructuración cognitiva, búsqueda de apoyo social, religión o espiritualidad, búsqueda de apoyo profesional, auto-focalización negativa, expresión emocional abierta y evitación; por último, una validación de esta prueba en Colombia por Londoño, et al. (2006), siendo de mayor actualidad y contextualizada al contexto latinoamericano tiene como objetivo la identificación de doce estrategias de afrontamiento que son: solución de problemas, apoyo social, espera, religión,

evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, reevaluación positiva, negación y autonomía.

Ahora bien, retomando la población de interés del presente estudio que son los cuidadores informales, en una investigación realizada por Alcaraz et al. (2015), se encontró que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los cuidadores familiares fueron: la religión, la espera, la solución de problemas, búsqueda de apoyo y evitación emocional, las cuales han tenido mayor prevalencia por encima de las demás estrategias. A su vez, Pérez (2008) encontró que la religión y la aceptación, suelen ser las estrategias más usadas por los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes. Por otra parte, en un estudio realizado en España, en cuidadores primarios de adultos mayores con dependencia, se comprobó que la calidad de vida de los cuidadores está relacionada con sus estrategias de afrontamiento, asimismo, esta calidad, se puede ver afectada si se utiliza con mayor frecuencia la evitación como estrategia de afrontamiento, además, el afrontamiento centrado en la emoción y el apoyo social, permiten incrementar la calidad de vida del cuidador (Rodríguez-Pérez et al.,2017).

Por otro lado, en una investigación realizada por Cerquera y Pabón (2016) encontraron que, en una muestra de cuidadores informales de pacientes con Alzheimer, la estrategia de afrontamiento de mayor uso era la religiosidad, presentando altos niveles de resiliencia; así mismo, Wilks & Vonk (2008) destacan la influencia positiva de la oración en cuidadores de personas con Alzheimer; además, en una revisión teórica realizada por Fernández-Lansac y Crespo (2011), llegaron a concluir que las estrategias de afrontamiento utilizadas por el cuidador están directamente relacionadas con la resiliencia que logra adquirir o desarrollar en su labor.

## ***Resiliencia***

A su vez, la “resiliencia” según Carretero (2010) es importante como capacidad que garantiza normalización de la vida en situaciones adversas, brindando aprovechamiento experiencial y disminuyendo la probabilidad de presentarse psicopatologías; lo anterior, es corroborado por Crespo y Fernández-Lansac, (2014) al encontrar que los cuidadores con altos niveles de resiliencia manifestaban menor preocupación por problemas del geronte y baja sintomatología depresiva y/o ansiosa; frente a esto, Gaugler, Kane y Newcomer (2007), quienes plantearon un modelo conceptual de resiliencia en cuidadores, entienden ésta variable como capacidad para evaluar los estresores de forma positiva disminuyendo los niveles de carga ante altas demandas de cuidado.

Así mismo, la resiliencia es definida por Wagnild y Young (1993) como característica de personalidad moderadora de efectos negativos del estrés y promotora de procesos de adaptación; siendo atribuida a individuos que ante situaciones abrumadoras presentan habilidades de adaptación, restablecimiento del equilibrio en sus vida y evitación de los efectos nocivos del estrés. Adicionalmente, Walsh (2004) considera la resiliencia como “capacidad de una persona para recobrase de la adversidad fortalecida y dueña de mayores recursos. Se trata de un proceso activo de resistencia, autocorrección y crecimiento como propuesta a la crisis y a los desafíos de la vida” (p.26). Por otra parte, desde una perspectiva dinámica, la resiliencia es abordada como un proceso de adaptación positiva en situaciones de adversidad; en ello, influye la causa del problema, el contexto en el que se presente y la etapa del ciclo vital; en el cual su expresión dependerá del entorno cultural (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000).

Cabe señalar que, según Salgado (2005) la resiliencia abarca los siguientes elementos: autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio, perseverancia,

aceptación de sí mismo y de la vida; esto conlleva a procesos de adaptación, balance, flexibilidad y tener una perspectiva de vida estable, generando un sentimiento de tranquilidad en medio de la adversidad. Se debe agregar, que las situaciones adversas son cambiantes ocasionando modificaciones en las conductas resilientes (Salgado, 2009).

Ahora bien, la resiliencia al igual que las estrategias de afrontamiento, ha sido una variable de alto interés investigativo desde la psicología; habiendo instrumentos psicométricos que evalúan dicha variable; uno de ellos, es la Escala De Resiliencia (Resilience Scale, RS) de Wagnild y Young (1993); habiendo una versión adaptada por Novella (2002) la cual tiene por objetivo medir cinco dimensiones de la resiliencia que son: ecuanimidad, sentirse bien solo, confiar en sí mismo, perseverancia y satisfacción.

Al realizar un acercamiento a estudios previos sobre resiliencia en cuidadores se ha evidenciado interrelación con distintas variables como: el contexto de cuidado, el estado de dependencia del adulto mayor, los recursos formales e informales del cuidador y las evoluciones en el adulto con dependencia producto del cuidado (Gaugler et al., 2007). En otra investigación, encontraron relación entre apoyo social recibido por el cuidador y su capacidad de resiliencia para asumir las demandas propias del rol (Wilks, & Croom, 2008); por otra parte, con la percepción y valoración de los estresores y las estrategias de afrontamiento empleadas (Braithwaite, 2000; Wilks, Little, Gough & Spurlock, 2011).

Frente a estrategias de afrontamiento y resiliencia Cerquera y Pabón (2015) encontraron que, en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer, la resiliencia mantenía una correlación positiva con estrategias de afrontamiento basadas en reevaluación positiva, solución de problemas; y correlación negativa con estrategias de espera, religión y búsqueda de apoyo



profesional. Así mismo, Garity (1997) refiere que las personas resilientes mantienen estrategias de afrontamiento basadas en resolución de problemas.

Teniendo en cuenta lo expuesto, se considera que el ser resiliente genera un impacto significativo en la calidad de vida de los cuidadores; en relación a ello, en una investigación realizada por Fernández-Lansac et al. (2012), encontraron que los altos niveles de resiliencia, están directamente relacionados con menores niveles de sobrecarga subjetiva, además, a mayor apoyo social recibido, menor utilización de estrategias de afrontamiento centradas en las emociones, bajos niveles de ansiedad y depresión; lo anterior, se puede apoyar en lo referido por Restrepo, Vinaccia y Quiceno (2011), quienes afirman que la resiliencia es una variable protectora de la salud física y mental.

## **Metodología**

### ***Tipo de estudio***

La presente investigación se realizó desde un enfoque cuantitativo; de alcance descriptivo, con un diseño no experimental de corte transversal (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

### ***Población***

La población cubierta fueron cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física y con dependencia mental del área metropolitana de Bucaramanga.

### ***Muestra***

Para el presente estudio, la muestra se seleccionó por medio un muestreo no probabilístico en bola de nieve. Se contó con un total de 100 cuidadores informales; de los cuales, 50 eran cuidadores de adultos mayores con dependencia física y 50 eran cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental.

### ***Criterios de inclusión:***

- (1) Llevar mínimo tres meses desempeñando el rol de cuidador informal.
- (2) El cuidador debe estar a cargo de un adulto mayor de 60 años o más; así mismo, el adulto debe poseer una incapacidad física (de tipo visual, auditivo, motoras, musculares u otras) o el diagnóstico de afectación mental, ya sea trastorno neurocognitivo mayor (TNM) u otras afectaciones mentales incapacitantes, avalado el diagnóstico por neurología o psiquiatría.
- (3) Convivir con el adulto mayor dependiente y desempeñar el rol mínimo 8 horas diarias.
- (4) No recibir retribución económica por el desempeño del rol.

### ***Criterios de exclusión***

- (1) Llevar menos de tres meses en la labor de cuidado.
- (2) El cuidador reciba algún tipo de remuneración económica por cuidar al adulto.

(3) Tener formación para el rol.

(4) No ser el cuidador principal del adulto mayor.

### ***Consideraciones éticas***

Para el presente trabajo, se hizo uso del consentimiento informado protegiendo el bienestar, la integridad, la dignidad y el respeto de cada uno de los participantes; con esto se da cumplimiento con lo propuesto en la ley 1090 del 2006 del Ministerio De Protección Social, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología en Colombia, por medio de sus disposiciones generales. Es importante resaltar que la información recolectada solo se utilizó con fines académicos e investigativos; por ello, se mantuvieron los datos bajo protección anónima.

### ***Instrumentos***

#### **Entrevista sociodemográfica:**

La encuesta sociodemográfica diseñada por los investigadores, consta de 9 preguntas que indaga sobre datos básicos como sexo, edad, escolaridad, parentesco, diagnóstico del adulto mayor y tiempo que lleva el cuidador asumiendo el rol.

#### **Escala De Estrategias De Coping- Modificada (EEC-M) de Chorot y Sandín (1993) adaptada en Colombia por Londoño et al., (2006).**

El instrumento es autoadministrado, el cual tiene como propósito identificar el uso de 12 estrategias de afrontamiento: solución de problemas, apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, reevaluación positiva, negación y autonomía. La escala cuenta con 69 ítems tipo Likert con una frecuencia de respuesta que va de 1 (Nunca), 2 (Casi nunca), 3 (A veces), 4 (Frecuentemente) 5 (Casi siempre) hasta 6 (Siempre) y su aplicación es de forma

individual. Los puntajes se establecen por medio de percentiles para cada una de las estrategias a partir de los cuales se define su uso o poco uso; presenta un alfa de Cronbach de 0,847.

En la presente investigación, con el fin de definir el uso y poco uso de las distintas estrategias de afrontamiento evaluadas en los cuidadores informales, se realizó la sumatoria entre media y desviación estándar reportada en la validación de Londoño (2006) obteniendo el punto de corte para cada estrategia de afrontamiento.

**Escala De Resiliencia (Resilience Scale, RS; Wagnild & Young, 1993) adaptada en Perú por Novella (2002).**

La escala mide 5 dimensiones de la resiliencia: ecuanimidad, sentirse bien solo, confiar en sí mismo, perseverancia y satisfacción; distribuidas en dos factores: competencia personal y aceptación de uno mismo y de la vida; considerando una puntuación total. Esta escala consta de 25 ítems escritos de forma positiva, autoadministrados, con un sistema de respuesta tipo Likert de 7 puntos, siendo 1 en desacuerdo y 7 el máximo de acuerdo y su aplicación es de forma individual; la puntuación total varía de 25 puntos mínimos a 175 puntos máximo donde los más altos puntajes son indicadores de mayor resiliencia; presenta un alfa de Cronbach de 0.89.

Ahora bien, con el fin de establecer lo que sería considerado como “altos niveles de resiliencia” en los cuidadores informales, se realizó la sumatoria entre media y desviación estándar de la puntuación total reportada en la validación de Novella (2002) obteniendo como puntuación de corte 145,16 para hacer dicha afirmación.

## **Alpha de Cronbach de las escalas de estrategias de afrontamiento (EEC-M) y resiliencia en la población aplicada**

En relación con las pruebas psicométricas utilizadas; la escala de estrategias de afrontamiento coping modificada (EEC-M) obtuvo un Alpha de Cronbach de 0,896; así mismo, la escala de resiliencia alcanzó una fiabilidad de  $\alpha$  0,846; indicando que los instrumentos presentan buena confiabilidad bajo las condiciones que fueron aplicados y en la población de cuidadores.

### ***Procedimiento***

#### Fase I

Se estableció contacto con entidades prestadoras de servicios a adultos mayores (Asilos, fundaciones, hospitales psiquiátricos), parques e iglesias buscando información (nombre y número de teléfono) de cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física o mental, al obtener dichos datos se realizó una llamada telefónica al cuidador; dando una explicación clara de la investigación e indagando sobre la posibilidad de participar en el proyecto.

#### Fase II

Una vez se contó con el aval de los cuidadores informales, se realizó una visita domiciliaria en un tiempo establecido por el mismo cuidador, en la cual se hizo la lectura y la firma del consentimiento informado, además, se dio una explicación referente a los objetivos del estudio y las consideraciones éticas del mismo, destacando la voluntariedad y el anonimato; posterior a la firma, se inició el proceso de aplicación de los instrumentos; dicha aplicación tuvo una duración aproximada de 40 minutos con los dos instrumentos; después de la aplicación, se dio inicio a la calificación y tabulación para el posterior análisis de resultados.

## **Análisis de resultados**

Los análisis de resultados en la presente investigación se realizaron por medio del paquete estadístico SPSS versión 23; iniciando con un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de cada uno de los grupos de cuidadores frente a las variables de sexo, edad, escolaridad, tiempo que se lleva asumiendo el rol de cuidado, parentesco con el adulto mayor y diagnóstico del mismo.

Así mismo, con el fin de identificar la frecuencia del uso y poco uso de las estrategias de afrontamiento en los cuidadores, se realizó la sumatoria entre media y desviación estándar reportada en la validación de Londoño (2006) obteniendo el punto de corte para cada estrategia de afrontamiento.

Con el fin de dar cumplimiento al objetivo de analizar sí existen diferencias en las estrategias de afrontamiento utilizadas y los niveles de resiliencia entre los dos grupos de cuidadores; se realizó por medio de comparación de medias, con un análisis de varianza ANOVA de un factor, considerando como valor referente de significancia  $<0.05$ .

## Resultados

En este apartado, se presentan los resultados obtenidos iniciando por los datos sociodemográficos de los dos grupos poblacionales; posterior a ello, se encuentran la frecuencia en el uso de las distintas estrategias de afrontamiento; y, por último, los resultados del análisis de varianza anova que permiten identificar las diferencias significativas entre los dos grupos de cuidadores tanto para la variable estrategias de afrontamiento como para resiliencia.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física

Variable		Porcentaje (%)
Sexo	Mujer	80
	Hombre	20
Edad	De 18 a 28 años	18
	De 29 a 39 años	14
	De 40 a 50 años	26
	De 51 a 61 años	30
	De 62 a 72 años	6
	De 73 o más años	6
Parentesco	Hijo/a	56
	Esposo/a	10
	Sobrino/a	8
	Nieto/a	10
	Otro	16
Escolaridad	Primaria	10
	Secundaria	48
	Técnico/ Tecnológico	12
	Pregrado	28
	Otros	2
Diagnóstico del adulto	Osteoporosis	4
	Artrosis	10
	Diabetes	8
	Enfermedades cardiovasculares	12
	Hipertensión	8

	Antecedentes de intervención quirúrgica previa	10
	Enfermedad renal	2
	Accidentes cerebro vasculares	4
	Parkinson	2
	Enfermedades auditivas	4
	Polineuropatía	2
	Artritis	4
	Más de una enfermedad	30
Tiempo de cuidado	Menos de un año	12
	De uno a cinco años	56
	Más de cinco años	32

*Fuente: autoría propia.*

En la tabla 1. Se observa que un 80% corresponde a cuidadores informales mujeres mientras que el 20% restante son cuidadores hombres en edades comprendidas en su mayoría entre un rango de 40 a 50 años con un 26% y entre 51 a 61 años con un 30%; la mayor prevalencia en escolaridad se encuentra frente a estudios secundarios con un 48%, seguido por un 28% que reporta estudios de pregrado; el 56% de los cuidadores son hijos del adulto mayor en condición de dependencia, el mismo porcentaje responde a un tiempo de cuidado comprendido entre 1 a 5 años y un 30% de adultos mayores en condición de dependencia física presentan más de una enfermedad.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental

Variable		Porcentaje (%)
Sexo	Mujer	92
	Hombre	8
Edad	De 18 a 28 años	10
	De 29 a 39 años	6
	De 40 a 50 años	22
	De 51 a 61 años	26
	De 62 a 72 años	16



	De 73 o más años	20
Parentesco	Hijo/a	44
	Esposo/a	24
	Sobrino/a	2
	Nieto/a	12
	Otro	18
Escolaridad	Sin estudio	2
	Primaria	10
	Secundario	32
	Técnico/Tecnológico	30
	Pregrado	24
	Posgrado	2
Diagnóstico del adulto	Alzheimer	38
	Demencia senil	54
	Demencia vascular	4
	Esquizofrenia paranoide	4
Tiempo de cuidado	Menos de un año	22
	De uno a cinco años	50
	Más de cinco años	28

*Fuente: autoría propia.*

En la tabla 2. Se observa que un 92% corresponde a cuidadores informales mujeres mientras que tan solo un 8% son cuidadores hombres en edades comprendidas en su mayoría entre un rango de 40 a 50 años con un 22%, entre 51 a 61 años con un 26% y de 73 años o más con un 20%; en relación a escolaridad, el 32% de la muestra reporta estudios secundarios, el 30% estudios técnicos/tecnológicos y un 24% nivel académico en pregrado; el 44% de los cuidadores son hijos y un 24% esposos/as del adulto mayor en condición de dependencia, el 50% de cuidadores han ejercido el rol entre 1 a 5 años y un 57% de adultos mayores con dependencia mental presentan demencia senil.

Tabla 3. Uso de estrategias de afrontamiento en cuidadores de adultos mayores con dependencia física

Estrategias		Porcentaje (%)
Solución de problemas	Uso	14
	Poco uso	86
Búsqueda de apoyo social	Uso	38
	Poco uso	62
Espera	Uso	26
	Poco uso	74
Religión	Uso	52
	Poco uso	48
Evitación emocional	Uso	30
	Poco uso	70
Búsqueda de apoyo profesional	Uso	50
	Poco uso	50
Reacción agresiva	Uso	8
	Poco uso	92
Evitación cognitiva	Uso	24
	Poco uso	76
Reevaluación positiva	Uso	34
	Poco uso	66
Expresión de la dificultad de afrontamiento	Uso	2
	Poco uso	98
Negación	Uso	24
	Poco uso	76
Autonomía	Uso	22
	Poco uso	78

Fuente: autoría propia.

En la tabla 3. Se identifica que las estrategias de mayor uso en los cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física son la religión con un 52% y búsqueda de apoyo profesional con 50% y las estrategias de menor uso son expresión de la dificultad de afrontamiento, reacción agresiva y solución de problemas con un 2%, 8% y 14% respectivamente.

Tabla 4. Uso de estrategias de afrontamiento en cuidadores de adultos mayores con dependencia mental

Estrategias		Porcentaje (%)
Solución de problemas	Uso	40
	Poco uso	60
Búsqueda de apoyo social	Uso	22
	Poco uso	78
Espera	Uso	42
	Poco uso	58
Religión	Uso	62
	Poco uso	38
Evitación emocional	Uso	32
	Poco uso	68
Búsqueda de apoyo profesional	Uso	38
	Poco uso	62
Reacción agresiva	Uso	12
	Poco uso	88
Evitación cognitiva	Uso	22
	Poco uso	78
Reevaluación positiva	Uso	42
	Poco uso	58

Expresión de la dificultad de afrontamiento	Uso	2
	Poco uso	98
Negación	Uso	28
	Poco uso	72
Autonomía	Uso	12
	Poco uso	88

*Fuente: autoría propia.*

En la tabla 4. Se identifica que las estrategias de mayor uso en los cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental son la religión, reevaluación positiva, espera y solución de problemas con un 62%, 42%, 42% y 40% respectivamente y las estrategias de menor uso son expresión de la dificultad de afrontamiento con un 2%, reacción agresiva con un 12% y autonomía con 12%.

Tabla 5. Resultados de la escala estrategias de afrontamiento y comparación entre los dos grupos de cuidadores.

Estrategias		Dependencia física	Dependencia mental	F	Sig.
Solución de problemas	Media	34,10	38,46	8,497	,004
	DS	6,979	7,947		
Búsqueda de apoyo social	Media	26,62	25,02	1,844	,178
	DS	9,317	11,575		
Espera	Media	24,74	28,00	3,357	,070
	DS	7,071	10,406		
Religión	Media	28,46	32,22	3,792	,054
	DS	9,727	9,582		
Evitación emocional	Media	25,46	25,24	,014	,905
	DS	6,762	11,045		
Búsqueda de apoyo profesional	Media	14,08	12,98	,785	,378
	DS	4,690	7,422		

Reacción agresiva	Media	10,52	10,70	,035	,851
	DS	4,325	5,219		
Evitación cognitiva	Media	16,12	16,52	,172	,679
	DS	4,636	5,007		
Reevaluación positiva	Media	20,64	21,72	1,110	,295
	DS	5,185	5,063		
Expresión de la dificultad de afrontamiento	Media	10,92	11,06	,038	,846
	DS	3,109	4,012		
Negación	Media	8,48	9,24	1,072	1,95
	DS	2,525	3,255		
Autonomía	Media	6,06	5,60	,969	,327
	DS	2,419	2,250		

*Nota:* Sig. < 0,05

*Fuente:* autoría propia.

En la tabla 5. Se observa que existe una diferencia significativa en estrategias de afrontamiento de solución de problemas entre los dos grupos de cuidadores con una significancia de 0,004, donde los cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental obtuvieron una media de 38,46 mientras que el grupo de cuidadores informales de dependencia física cuentan con una media en dicha estrategia de 34,10; identificando que los cuidadores informales de dependencia mental presentan mayor uso de la estrategias de solución de problemas en comparación al otro grupo de cuidadores; en cuanto a las 11 estrategias de afrontamiento restantes el análisis de varianza anova no se identificó una diferencia significativa; sin embargo, las estrategias de espera y religión obtuvieron una significancia de 0,070 y 0,054 respectivamente, siendo estas cercanas a <0,05, habiendo mayor uso de las mismas en dependencia mental.

Tabla 6. Resultados de la escala de resiliencia y comparación entre los dos grupos de cuidadores.

Resiliencia		Dependencia física	Dependencia mental	F	Sig.
Aceptación de sí mismo	Media	46,40	44,88	2,008	,160
	DS	5,091	5,623		
Competencia personal	Media	104,90	104,22	,009	,723
	DS	10,809	10,760		
Nivel de resiliencia total	Media	151,44	149,10	,650	,422
	DS	14,132	14,879		

Nota: Sig: <0,05

Fuente: autoría propia.

En la Tabla 6. Se observa que los cuidadores informales obtuvieron altos niveles de resiliencia; además, se identifica que no existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de resiliencia entre el grupo de cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física y el grupo de cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental; sin embargo, los cuidadores de dependencia física presentan un mayor nivel de resiliencia en relación con el grupo de cuidadores de dependencia mental con una media de 151,44 frente a 149,19; aunque no resulta estadísticamente significativo.

## Discusión

En el marco de la realización del presente estudio, el cual tenía por objetivo comparar las estrategias de afrontamiento utilizadas y los niveles de resiliencia entre cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física y cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental, se aplicó un cuestionario sociodemográfico con dos propósitos; el primero, conocer características propias de los 100 cuidadores informales que hicieron parte de la muestra; y el segundo; garantizar el cumplimiento de los criterios de inclusión para ser viable la participación de los sujetos; encontrando que la mayoría de cuidadores son mujeres, con un 80% en la muestra de cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física y un 92% en cuidadores de adultos mayores con dependencia mental; lo cual, coincide con investigaciones realizadas por Barrera-Ortíz et al. (2006); Cardona, Segura, Berbesí, Ordoñez, Agudelo (2011); Cerquera et al. (2012) ; Cerquera et al. (2014); Guerra y Zambrano (2013); Miranda y Aravena (2012); quienes en sus caracterizaciones sociodemográficas de cuidadores informales encontraron mayor prevalencia del rol de cuidado por parte de las mujeres; lo anterior confirma la feminización del cuidado, que según Reyes et al. (2007) dicha situación se presenta por razones culturales y sociales por la forma de comprender el cuidado; además; que la mujer asume el rol de cuidado como un compromiso moral y recíproco, motivado por el afecto, siendo asumida como una responsabilidad propia de sí mismas; mientras que para los hombres resulta opcional (Valderrama, 2006; Vaquiro & Stiepovich, 2010).

En cuanto a la edad, en investigaciones anteriores se ha encontrado que los cuidadores informales en su mayoría se encuentran en un rango de edad aproximado entre los 45 a 60 años (Cardona et al., 2011; Cerquera et al., 2014; Cerquera, Pabón & Uribe, 2012; Flórez, Montalvo & Herrera, 2010; Yarce et al., 2015); de acuerdo a esto, en el presente estudio, el rango de edad de

mayor porcentaje es de 51 a 61 años con un 30% para cuidadores informales de dependencia física y un 26% en cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental; sin embargo, el 20% de los cuidadores de pacientes con dependencia mental, se encuentran en una edad de 73 años o más, frente a tan solo un 6% en cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física; según Pascual, Garzón y Silva, (2015), los cuidadores mayores de 60 años presentan mayor prevalencia debido a que se encuentran en la etapa de jubilación, lo que les permite compartir más tiempo con su familiar que es adulto mayor y se encuentra en condición de dependencia asumiendo responsabilidades propias del rol de cuidado.

Desde otra perspectiva, en esta investigación se encontró que el 24% de cuidadores son cónyuges del adulto mayor en condición de dependencia, mientras que en los cuidadores de adultos mayores con dependencia física, tan solo un 10% tienen dicho vínculo; siendo esto, una razón por la cual se encuentra un mayor porcentaje de personas de 70 años o más ejerciendo la labor de cuidado en la población de adultos mayores con dependencia mental; cabe resaltar que, según Espín (2008) afirma que los adultos mayores que asumen el rol de cuidado, tienen mayor vulnerabilidad física y psicológica por las necesidades propias de este ciclo vital; habiendo un incremento en el riesgo de presentar alteraciones como consecuencia del cuidado. Por lo anterior, se hace necesario profundizar en investigaciones en adultos mayores cuidadores y brindar espacios de atención integral a los adultos que por distintas razones han asumido el rol de cuidador informal.

Ahora bien, en los dos grupos de cuidadores el vínculo entre adulto mayor y cuidador informal de mayor prevalencia son el de padre e hijo, con un 56% en los cuidadores de dependencia física y con un 44% en cuidadores de dependencia mental; con respecto al tiempo que se lleva a cargo de la labor de cuidado, un 56% responden a un tiempo de cuidado



comprendido entre 1 a 5 años; mismo rango, pero con un 50% llevan a cargo los cuidadores de dependencia física; datos similares, encontraron en su investigación De Valle-Alonso et al. (2014) obteniendo que un 46% de la población son hijos de los adultos mayores y un 73% llevan dedicados al cuidado entre 1 a 6 años; por otra parte, Pérez y Llibre (2010) encontraron que un 33% de cuidadores eran hijo-hija, un 24% eran esposo-esposa y el 43% manifiestan llevar a cargo del cuidado entre 1 a 5 años. Teniendo en cuenta lo expuesto con anterioridad, se observa que los vínculos familiares de mayor prevalencia en los cuidadores son los de hijo o cónyuge que según Cerquera y Galvis (2013) en dichos vínculos, las motivaciones para cumplir las obligaciones propias del cuidado de un adulto mayor en condición de dependencia están relacionado a sentimientos de amor, justicia como sinónimo de reciprocidad y lealtad.

Frente al diagnóstico, se encontró que en los adultos mayores con dependencia física un 30% sufre de más de una enfermedad que genera condición de dependencia, 12% padece enfermedades cardiovasculares, 10% de artrosis, 8% de diabetes, otro 8% de hipertensión arterial y 4% de osteoporosis; en constancia a esto, en un estudio realizado en Cali por Durán, Valderrama, Uribe, González y Molina (2010) que tenía por objetivo describir la frecuencia de las enfermedades crónicas en adultos mayores; se encontró que un 4,8% padece de osteoporosis, 8,6% de diabetes; siendo esto similar a lo encontrado en el presente estudio, mientras que para hipertensión arterial, hallaron que el 24,6% de los adultos mayores sufrían dicha condición. Ahora bien, en la muestra de cuidadores de dependencia mental, se encontró que el 54% de los adultos mayores presentan diagnóstico de demencia senil y en segundo lugar de prevalencia el Alzheimer con un 38%; esto es ratificado por Agudelo y Medina (2014) quienes afirman que la demencia presenta mayor prevalencia en la población adulta mayor.

Retomando el objetivo principal de esta investigación, el cual fue comparar las estrategias de afrontamiento utilizadas y los niveles de resiliencia entre cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física y cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental; encontrando que existe diferencia significativa en la estrategia solución de problemas entre los dos grupos de cuidadores con una significancia  $<0,05$ ; al identificar el uso de dicha estrategia en las dos poblaciones se encuentra que el 40% de los cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental la utilizan frente a un 14% de cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física.

Así que, los cuidadores de dependencia mental presentan mayor uso de la estrategia solución de problemas; desde investigaciones realizadas en Cuba por Martínez, Grau y Rodríguez (2017) y Rodríguez (2016) encontraron que en cuidadores informales de pacientes con dependencia física la estrategia solución de problemas es la de mayor uso; desde los cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental Cerquera y Pabón (2014) hallaron que entre la estrategias de mayor uso se encuentra la solución de problemas; sin embargo, en el presente estudio se identifica una diferencia en el uso de solución de problemas entre los dos grupos; cabe señalar que Londoño et al. (2006) conceptualiza solución de problemas como “la secuencia de acciones orientadas a solucionar el problema teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo” (p.339); las razones por las cuales es más alto en cuidadores de dependencia mental es objeto de estudio para próximas investigaciones, ya que hasta el momento no se encuentran aportes investigativos al respecto.

Sin embargo, al tener en cuenta los síntomas que acompañan las distintas enfermedades que llevan a la dependencia mental, que según Romero y Gonzales (2016) son: la agresividad, la ira, los delirios, las alucinaciones, las identificaciones erróneas, la depresión, la apatía y la

ansiedad; como investigadores planteamos la hipótesis que los cuidadores informales presentan mayor uso de la estrategia de afrontamiento solución de problemas al tener la demanda constante de afrontar creativamente las distintas manifestaciones comportamentales de la patología mental que acompaña al adulto mayor.

En cuanto a las 11 estrategias de afrontamiento restantes, los análisis estadísticos no arrojaron diferencias estadísticamente significativas; no obstante, en las estrategias de espera y religión se obtuvo una significancia cercana a  $<0,05$  (0,070 y 0,054 respectivamente) habiendo mayor uso de éstas en cuidadores informales de dependencia mental; lo cual, son estrategias que también han sido identificadas como de alto uso en cuidadores de adultos mayores con Alzheimer (Cerquera & Galvis, 2014).

En relación con el uso de estrategias de afrontamiento en cuidadores informales de dependencia física, el presente estudio encontró que las estrategias de mayor uso en esta población son la religión con un 52% y búsqueda de apoyo profesional con un 50%, frente a esto; en el grupo de cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental las estrategias de mayor uso son religión con 62%, reevaluación positiva con 42%, espera con 42% y solución de problemas con 40%; en lo anterior se identifica que hay variedad en el uso de estrategias entre las dos poblaciones; coincidiendo en religión como la estrategia de mayor uso; sin embargo, la población de cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental obtuvieron mayor uso de esta estrategia; lo cual es ratificado por Cerquera y Galvis (2014) que en una muestra de cuidadores informales de pacientes con Alzheimer encontraron que la estrategia de mayor uso era la religión; coincidiendo también en las estrategias de espera, solución de problemas y reevaluación positiva; así mismo, Alcaraz et al. (2015) encontraron que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los cuidadores familiares fueron: la religión, la

espera, la solución de problemas, búsqueda de apoyo y evitación emocional; en cuanto a cuidadores informales de dependencia física Arias-Rojas et al. (2014) encontraron la religión como estrategia de mayor prevalencia, concluyendo que ésta se fortalece con la experiencia del rol en cuidadores de personas con enfermedad crónica; en contraste, Espín(2008) encontró que la estrategia de mayor uso era la búsqueda de apoyo social en una muestra de cuidadores informales de adultos mayores con demencia; mientras que en el presente estudio se obtuvo un 22% en esta estrategia para cuidadores de dependencia mental y un 38% en cuidadores de dependencia física.

En cuanto a las estrategias de menor uso se encuentra la expresión de la dificultad de afrontamiento con 2%, reacción agresiva con 8% y solución de problemas con 14% para la muestra de cuidadores de adultos mayores con dependencia física; con respecto al grupo de cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental, coinciden en expresión de la dificultad de afrontamiento con el mismo porcentaje (2%), reacción agresiva con 12% y difieren en solución de problema, siendo esta de mayor uso para los cuidadores de dependencia mental; para ésta muestra también se identifica el poco uso de la estrategia de afrontamiento autonomía con un 12%; así mismo, Cerquera y Galvis (2014) identificaron como estrategias de menor uso la expresión de la dificultad de afrontamiento y la autonomía.

Por último, es importante señalar que la estrategia “expresión de la dificultad de afrontamiento” definida por Londoño (2006) como:

tendencia a expresar las dificultades para afrontar las emociones generadas por la situación, expresar las emociones y resolver el problema. Esta estrategia surge como una expresión de la desesperanza frente al control de las emociones y el problema, implica un proceso de autoevaluación y monitoreo en donde la autoeficacia no es favorable para resolver las tensiones producidas por el estrés (p.141).

Además, Londoño (2006) refiere que la expresión de la dificultad de afrontamiento es previa a la activación de la búsqueda de apoyo social y profesional; identificando las dificultades y buscando soluciones a través de recursos no personales; dicha estrategia, presenta muy poco uso en los dos grupos que se tuvieron en cuenta para la presente investigación; siendo esto significativo para tener en cuenta en procesos de intervención en cuidadores; además, que la falta de expresión de la dificultad de afrontamiento significa el aislamiento social, la baja búsqueda de apoyo social y profesional y consecuentemente el incremento en la sobrecarga; siendo lo anterior, variables características encontradas en distintas investigaciones en cuidadores (Barrera et al., 2010; Babarro, Garrido, Días, Casquero & Riera, 2004; Jofré & Mendoza, 2005; Jofré & Sanhueza, 2010; Pérez et al., 2012; Morais et al., 2012).

Retomando la estrategia de mayor uso en los cuidadores “la religión” y la de menor uso “expresión de la dificultad de afrontamiento”; como investigadoras tenemos la hipótesis que existe una relación inversa entre las dos estrategias; teniendo en cuenta que Colombia ocupa el séptimo lugar en la lista de países con mayor número de católicos y por ello la sociedad colombiana ha sido altamente influida a través de la historia por los valores cristianos transmitidos de generación en generación (Guevara, 2016); entre los valores principales del cristianismo se encuentran el amor al prójimo, la lealtad, la reciprocidad, la solidaridad y la compasión (Ratzinger, 1994) que terminan por llevar a la resignación de las situaciones consideradas adversas; dando espacio para que se presente baja expresión de la dificultad de afrontamiento y contribuyendo a que el cuidado sea considerado como una retribución moral. Por lo anterior, se considera importante evaluar la posible correlación existente entre dichas estrategias de afrontamiento en la población de cuidadores.

Ahora bien, se encontró que los dos grupos de cuidadores informales obtuvieron altos niveles de resiliencia y no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre ellos; ante esto, Cerquera y Pabón (2016) encontraron que los cuidadores informales de pacientes con Alzheimer presentan altos niveles de resiliencia; por su parte, Gaugler, Kane y Newcomer (2007) señalan que la resiliencia en los cuidadores está influenciada por el contexto del cuidado, el estatus del mayor (daño cognitivo, necesidades y horas de cuidado) y los recursos familiares individuales y comunitarios; así mismo, Wilks y Croom (2008) hallaron altos niveles de resiliencia y concluyen que se relaciona con el apoyo social que recibe el cuidador. Por lo expuesto con anterioridad; se resalta la importancia de indagar sobre los niveles de resiliencia y su relación entre el tiempo de cuidado, el grado de dependencia del adulto mayor y apoyo social percibido.

## Conclusiones

Al iniciar el proceso de investigación para el presente estudio, se planteó como objetivo principal el realizar una comparación en estrategias de afrontamiento utilizadas y niveles de resiliencia entre cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física y cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental, encontrando que existe una diferencia significativa en la estrategia solución de problemas siendo mayor su uso en cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental, mientras que con la variable resiliencia no se obtuvieron diferencias significativas entre los dos grupos de cuidadores, presentando ambos grupos altos niveles de resiliencia; dado esto, se considera que los cuidadores de adultos mayores son resilientes.

En cuanto a la identificación de estrategias de afrontamiento utilizadas por el grupo de cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física, se encontró que las estrategias de mayor uso son la religión y búsqueda de apoyo profesional, mientras que las estrategias de menor uso son expresión de la dificultad de afrontamiento, reacción agresiva y solución de problemas, siendo esta última un hallazgo importante para tener en cuenta en procesos de intervención psicológica, surgiendo la necesidad de indagar en futuras investigaciones al respecto.

Frente a las estrategias de afrontamiento utilizadas en cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental, se encontró que las estrategias de mayor uso son la religión, espera, reevaluación positiva y solución de problemas: en contraste, las estrategias de menor uso son expresión de la dificultad de afrontamiento, reacción agresiva y autonomía; al igual que en la población de cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física, la estrategia que presenta menor uso es la expresión de la dificultad de afrontamiento; por lo cual se puede

concluir que es una característica propia de los cuidadores informales evaluados y no se hace distinción alguna del tipo de dependencia funcional que tengan a cargo.

En relación con los datos sociodemográficos, se evidenció que el rol del cuidado se encuentra feminizado; debido a que se encontró que la mayoría de cuidadores son mujeres; esta situación es inherente a las responsabilidades atribuidas culturalmente al género femenino; por otro lado, la edad de los cuidadores se encuentra en su mayoría en un rango de 40 a 60 años, siendo entre 1 a 5 años el tiempo de cuidado de mayor prevalencia.



## Recomendaciones

Se sugiere realizar investigaciones cualitativas centradas en la exploración de los factores que influyen en el uso de la estrategia solución de problemas haciendo diferenciación entre el tipo de dependencia que el cuidador tenga a cargo; teniendo en cuenta que ha sido la estrategia que marcó significancia en el presente estudio; esto con el objetivo de fundamentar teóricamente futuros procesos de psicoeducación e intervención en cuidadores informales.

Frente a la estrategia “expresión de la dificultad de afrontamiento” es recomendable realizar nuevas investigaciones que permitan identificar los factores que influyen en el bajo uso de dicha estrategia y tenerla en cuenta en el momento de diseñar propuestas de intervención en cuidadores, esto resaltando; que al ser abordada, se espera realizar procesos de prevención en sobrecarga, aislamiento social y propiciar el reconocimiento de redes de apoyo; siendo los factores nombrados con anterioridad importantes para el bienestar y calidad de vida en los cuidadores.

En cuanto a la variable resiliencia se sugiere profundizar en la relación existente de esta con el tiempo de cuidado, nivel de dependencia del adulto mayor, etapa de la enfermedad y apoyo social percibido; reconociendo que han sido expuestos en otras investigaciones como características relacionadas a la resiliencia.

Se sugiere realizar estudios que permitan profundizar en las características psicológicas de cuidadores informales adultos mayores al reconocer que pueden presentar mayor vulnerabilidad física y psicológica; así mismo, abrir espacios que brinden atención integral a esta población.

Finalmente, es necesario continuar realizando procesos investigativos que permitan caracterizar los cuidadores informales teniendo en cuenta el tipo de dependencia presentada por el adulto mayor; dichos procesos permitirán realizar intervenciones pertinentes y coherentes a las necesidades de los cuidadores.

## Referencias

- Agudelo, M., & Medina, R. (2014). Dependencia de las personas adultas mayores. En Gutiérrez, L., García, M., & Jiménez, J. (Eds.), *Envejecimiento y dependencia realidades y previsión para los próximos años*. México D.F: Intersistemas.
- Alcázar, Y., Lastra, A., & Tuberquia, X. (2015). Estrategias de afrontamiento en cuidadores familiares de personas con dependencia de la corporación coloresa. (Tesis de pregrado). Universidad de Antioquia, Medellín.
- Alvarado, M., & Salazar, M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Aravena, V., & Alvarado, O. (2010). Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Ciencia y Enfermería*, 16 (2) ,111-120
- Arias-Rojas, M., Barrera-Ortiz, L., Mabel-Carrillo, G., Chaparro-Díaz, L., Sánchez-Herrera, B., & Vargas-Rosero, E. (2014). Cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en las regiones de frontera colombiana: perfil y carga percibida de cuidado. *Revista de la facultad de medicina*, 62(3), 387-397.
- 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. *Atención primaria*, 33(2) ,61-67.
- Barrantes-Monge, M., García-Mayo, E., Gutiérrez-Robledo, L., & Miguel-Jaimes, A. (2007). Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública de México*, 49, 459-466.
- Barrera, L., Pinto, N., Sánchez, B., Carrillo, G. & Chaparro, L. (2010) *Cuidando a los cuidadores: Familiares de personas con enfermedad crónica*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Barrera-Ortíz, L., Pinto-Afanador, N., & Sánchez-Herrera, B. (2006). Evaluación de un Programa para Fortalecer a los Cuidadores Familiares de Enfermos Crónicos. *Revista de Salud Pública*, 8(2), 141-152.
- Bazo, M. (1998). Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. *Papers Revista de Sociología*, 56(1), 143-61.
- Braithwaite V. (2000). Contextual or general stress outcomes: making choices through caregiving appraisals. *Gerontologist*, 40(6), 706–717.
- Camacho, L., Hinostroza, G. & Jiménez, A. (2010). Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. *Enfermería Universitaria*, 7(4), 119-136.
- Carbajo, M. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez, propuesta de una concepción realista y tolerante. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 24(1), 87-96.

- Cardona, D., Segura, Á., Berbesí, D., Ordoñez, J., Agudelo, A. (2011). Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. *Investigaciones Andina*, 13 (22), 178-193.
- Carretero, R. (2010). Resiliencia. Una revisión positiva para la prevención e intervención desde los servicios sociales. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 27(3), 1-13
- Casado, D. (2007). Efectos y abordajes de la dependencia: Un análisis económico. Barcelona, España: Masson S.A.
- Casado, D. y López, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectiva de futuro*. Barcelona: Colección Estudios Sociales.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2012). Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer de atención. Recuperado de [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144\\_GPC\\_DEMENCIA\\_AM/IMSS\\_144\\_08\\_EyR\\_DEMEN820139CIA\\_AM.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/IMSS_144_08_EyR_DEMEN820139CIA_AM.pdf)
- Cerquera-Córdoba, A., & Galvis-Aparicio, M. (2013). Aspectos bioéticos en la atención al enfermo de Alzheimer y sus cuidadores. *Persona y bioética*, 17(1), 85-95.
- Cerquera, A. & Galvis, M. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico*, 12(1), 149-167.
- Cerquera, A. & Pabón, D., Granados, F. & Galvis, M. (2016). Sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con Alzheimer y la relación con su ingreso salarial. *Psicogente*, 19(36), 240-251.
- Cerquera, A. M., Granados, F. J. y Buitrago, A. M. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología. Avances en la Disciplina*, 6(1), 21-33.
- Cerquera, A., & Pabón, D. (2015). Modelo de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con Alzheimer. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11 (2), 181-192.
- Cerquera, A., & Pabón, D. (2016). Resiliencia y Variables Asociadas en Cuidadores Informales de Pacientes con Alzheimer. *Revista Colombiana De Psicología*, 25(1), 33-46.
- Cerquera, A., Pabón, D., & Uribe, D. (2012). Nivel de depresión experimentada por una muestra de cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología desde el caribe*, 29(2) ,361- 384.
- Chorot, P. & Sandín, B. (1993). Escala de Estrategias de Coping Revisado (EEC-R). Madrid: UNED.
- Consejo de Europa. Recomendación n° (98) 9 Comité de ministros a los estados miembros relativa a la dependencia, Estrasburgo, 18 de septiembre de 1998.

- Crespo, M., & Fernández-Lansac, V. (2014). Factors associated with anger and anger expression in caregivers of elderly relatives. *Aging & Mental Health*, 18(4), 454-62.
- Crespo, M., & Fernández-Lansac, V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales De Psicología*, 31(1), 19-27.
- De Valle-Alonso, M.J., Hernández-López, I.E., Zúñiga-Vargas, M.L. & Martínez-Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 12(1), 19-27
- Dulcey-Ruiz, E. (2010). Psicología social del envejecimiento y perspectiva del transcurso de la vida: consideraciones críticas. *Revista Colombiana de Psicología*, 19 (2), 207-224.
- Duran, A., Uribe, A., González, A., & Molina, J. (2010). Enfermedad crónica en adultos mayores. *Revista Universitas Médica*, 51,16-28.
- Durán, A., Valderrama, L., Uribe, A., González, A., & Molina, J. (2010). Enfermedad crónica en adultos mayores. *Universitas Médica*, 51(1), 16-28.
- Espín, A. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista cubana de salud pública*, 34(3), 1-12.
- Espín, A. (2012). Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38 (3), 393-402.
- Feldberg, C., Tartaglini, F., Clemente, A., Petracca, G., Cáceres, F., & Stefani, D. (2011). Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. *Neurología Argentina*, 3 (1), 11-17.
- Feldberg, C., Tartaglini, M. F., Clemente, M. A., Petracca, G., Cáceres, F. & Stefani, D. (2011). Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. *Neurología Argentina*, 3 (1), 11- 17.
- Fernández-Lansac, V. & Crespo L., M. (2011). Resiliencia, Personalidad Resistente y Crecimiento en Cuidadores de Personas con Demencia en el Entorno Familiar: Una Revisión. *Clinica Y Salud*, 22(1), 21-40
- Fernández-Lansac, V., & Crespo L., M. (2011). Resiliencia, Personalidad Resistente y Crecimiento en Cuidadores de Personas con Demencia en el Entorno Familiar: Una Revisión. *Clínica Y Salud*, 22(1), 21-40.
- Fernández-Lansac, V., Crespo, M., Cáceres, R., & Rodríguez, M. (2012). Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: estudio preliminar. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 47(3), 109-109.
- Flores, G., Rivas, E., Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 18 (1), 29-41.
- Flórez, I., Montalvo, A., & Herrera, A. (2010). Calidad de vida de cuidadores de adultos con accidente cerebrovascular. *Avances en enfermería*, 28, 52-60.

- Forsythe, C., & Compas, B. (1987). Interaction of cognitive appraisals of stressful events and coping: Testing the goodness of fit hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, *11*(4), 473-485.
- García-Peña, C., & González, C. (2012). La enfermedad crónica y los costos de la salud al envejecer. En Gutiérrez, L., & Kershenobich, D. (Ed.), *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*. México, D.F: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Garity, J. (1997). Stress, learning style, resilience factors, and ways of coping in Alzheimer family caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease*, *12*(4), 171-178.
- Garre-Olmo, J., Hernández-Ferrándiz, M., Lozano-Gallego, M., Vilalta-Franch, J., Turón-Estrada, A., Cruz-Reina, M<sup>a</sup>, Camps-Rovira, G., & López-Pousa, S. (2000). Carga y Calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista de Neurología*, *31*(6), 522-527.
- Gaugler, J., Kane, R., & Newcomer, R. (2007). Resilience and transitions from dementia caregiving. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, *62*(1), 38-44.
- Gaugler, J., Kane, R., & Newcomer, R. (2007). Resilience and transitions from dementia caregiving longitudinal patterns of risk for depression in dementia caregivers: Objective and subjective primary stress as predictors. *Psychology and Aging*, *14*, 34-43
- Giraldo, C., & Franco, G. (2006). Calidad de vida de los cuidadores familiares. *Aquichan*. *1*(6), 38-53.
- Gómez-Martinho, M. (2016). *Cuidado formal e informal de personas mayores dependientes* (Tesis de maestría). Universidad Pontificia Comillas, Madrid.
- Guerra, M., & Zambrano, E. (2013). Relación entre los problemas de salud de los mayores dependientes y la formación de los cuidadores informales. *Enfermería Global*, *12*(32), 211-221.
- Guevara, C. (2016). *Los católicos crecen más rápido que la población mundial*. El tiempo. Recuperado de: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16546753>
- Gutiérrez, J., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu, L., Romero-Martínez, M., & Hernández-Ávila, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hernández, E., Murillo, S., Solano, A., & Enríquez-Reyna, M. (2017). Riesgo de alteraciones músculo-esqueléticas en cuidadores informales de personas con parálisis cerebral. *Revista De Psicología Del Deporte*, *26*(2)107-112.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5<sup>o</sup>ed.). México D.F: Mc Graw Hill.
- Islas, L. y Castillejos, J. (2016). Prevalencia de sobrecarga, depresión y nivel de dependencia en cuidadores primarios informales de niños con

lesión cerebral de un centro de rehabilitación infantil. *Revista Psicología y Salud*, 26(1), 25-31.

Izal, M., Montorio, I., Díaz-Veiga, P. (1997). *Cuando las personas mayores necesitan ayuda: Guía para cuidadores y familiares*. Madrid, España: INSERSO.

Jofré, V., & Mendoza, S. (2005). Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales. *Ciencia Enfermería*, 11(11), 37-49.

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

Kaya, K., Unsal-Delialioglu, S., Ordu-Gokkaya, N., Ozisler, Z., Ergun, N., Ozel, S. y Ucan, H. (2010). Musculo-skeletal pain, quality of life and depression in mothers of children with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 32(20), 1666-1672.

Landinez, N., Contreras, k. & Castro, A. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 562-580.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martinez Roca S.A.

Ley N°1090. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Bogotá, Colombia, 6 de septiembre del 2006.

Loewy, M. (2012). La vejez en las Américas. Recuperado de:  
<http://www.cepal.org/celade/noticias/noticias/4/19454/La%20vejez%20en%20las%20Am%C3%A9ricas.pdf>

Londoño, H., Henao, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. & Acevedo, C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de Coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-349.

Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience. A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.

Manrique-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez, A., Moreno-Tamayo, K., & Téllez-Rojo, M. (2011). Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud pública de México*, 53(1), 26-33.

Manrique-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez, A., Moreno-Tamayo, K., & Téllez-Rojo, M. (2011). Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud pública de México*, 53(1), 26-33.

Martínez, L., Grau, Y., & Rodríguez, R. (2017). Estrategias de afrontamiento al estrés en cuidadores de pacientes con hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20(2), 139-148.

Ministerio de salud y protección social. (2013). Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020 dinámica demográfica y estructuras poblacionales. Recuperado de:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>

- Miranda, K. & Aravena, V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y Enfermería*, 18(2), 23-30.
- Monchietti, A., Lombardo, E., Sánchez, M y Krzemien, D. (2010). Funcionamiento cognitivo en la vejez su campo representacional. *Límite. Revista de Filosofía y psicología*, 5(22), 89-110.
- Moos, R., Brennan, P., Fondacaro, M., Moos, B. (1990). Approach and avoidance coping responses among older problem and nonproblem drinkers. *Psychology Aging*, 5 (1), 31-40.
- Morais, H., Soares, A., Oliveira, A., Carvalho, C., Silva, M., & Araujo, T. (2012). Sobrecarga y modificaciones de vida en la perspectiva de los cuidadores de pacientes con accidente vascular cerebral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(5), 1-10.
- Novella, A. (2002). *Incremento de la resiliencia luego de la aplicación de un programa de psicoterapia breve en madres adolescentes*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima
- Organización mundial de la salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf)
- Organización panamericana de la salud. (2002). Promover un estilo de vida para las personas mayores, en guía regional para la promoción de la actividad física. Recuperado de:  
<http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/promover.pdf>
- Penley, J., Tomaka, J., & Wiebe, J. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(6), 551-603.
- 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, M., & Llibre, J. (2010). Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3)104-116.
- Pérez, M., Cartaya, M. & Olano, B. (2012). Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer. *Revista Cubana de enfermería*, 28(4), 509-520.
- Pérez, S & Yaguas, J. (1998). Dependencia, personas mayores y familias, de los enunciados a las intervenciones. *Anales de psicología*, 14(1), 95-104.
- Pérez, A., & Gonzales, S. (2013). La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer, *Neurología*, 1-7.
- Pinto, N., Barrera, L., Sánchez, B. (2005). Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa “Cuidando a los cuidadores”. *Aquichán*, 5(1), 129-137.
- Ratzinger, J. (1994). *Introducción al Catecismo de la Iglesia Católica*. Madrid, España: Ciudad nueva.



- Restrepo, C., Vinaccia, S., & Quiceno, J. (2011). Resiliencia y depresión: un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. *Suma Psicológica*, 18(2), 41-48.
- Reyes, I., & Castillo, C. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30(3), 354-359.
- Reyes, J., Jara, P., Merino, J. (2007). Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 13 (1), 45-57.
- Rodríguez, R. (2016). *Estrategias de afrontamiento y sentido personal del rol en cuidadores de pacientes hemodializados* (Tesis de pregrado). Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas, Santa Clara.
- Rodríguez-Pérez, M., Abreu-Sánchez, A., Rojas-Ocaña, M. J., & Del-Pino-Casado, R. (2017). Coping strategies and quality of life in caregivers of dependent elderly relatives. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 15(1), 71.
- Ruiz-Robledillo, N., & Moya-Albiol, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, 22 – 30.
- Salgado, A. (2005). La ciencia y su respuesta frente la adversidad: estudios desde la perspectiva de la resiliencia. *Cultura*, 19(19), 394-416.
- Salgado, A. (2009). Felicidad, resiliencia y optimismo en estudiantes de colegios nacionales de la ciudad de Lima. *Liberabit*, 15 (2), 133-141.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2012). Estudio nacional de la dependencia en las personas mayores. Recuperado de [http://www.microdatos.cl/Documentos/docto\\_publicaciones/Estudio\\_Dependencia\\_Personas\\_Mayores.pdf](http://www.microdatos.cl/Documentos/docto_publicaciones/Estudio_Dependencia_Personas_Mayores.pdf)
- Stanton, A., & Dunkel-Schetter, C. (1991). *Infertility. Perspectives from stress and coping research*. New York, EEUU: Plenum.
- Superintendencia de Salud. (2008). Dependencia de los adultos mayores en Chile. Chile: Departamento de Estudios y Desarrollo-Superintendencia de Salud.
- Torres, P., Ballesteros, E., Sánchez, P., & Gejo, A. (2008). Programas, intervenciones y redes de apoyo a los cuidadores informales en salud. *Nursing*, 26 (6), 56-61.
- Turtós, L., Abreu, Y., Martínez, E., & Rosa, Y. (2016). Caracterización demográfica de cuidadores informales de ancianos con ictus y demencias en Santiago de Cuba. *Encuentros*, 14(2), 61-72.
- Vaillant, G. (2002). *Aging well: Surprising guideposts to a happier life from the landmark Harvard study of adult development*. New York: Little, Brown & Co.
- Valderrama, M. (2006). El cuidado, ¿una tarea de mujeres? *Cuadernos de Historia-Geografía*, 35(1), 373- 385.

- Vaquiroy, S., & Stiepovich, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, 16 (2), 9-16.
- Vargas-Escobar, L. (2012). Aporte de la enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. *Aquichan*, 12(1), 62-76
- Vargas-Escobar, L. (2012). Aporte de la enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. *Aquichan*, 12(1), 62-76.
- Wagnild, G., & Young, M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Wilks, S., & Croom, B. (2008). Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: testing moderation and mediation models of social support. *Aging Ment Health*, 12(3), 357-65.
- Wilks, S., Little, K., Gough, H., y Spurlock, W. (2011). Alzheimer's aggression: Influences on caregiver coping and resilience. *Journal of Gerontological Social Work*, 54, 260-275.
- Wilks, S., Little, K., Gough, H., y Spurlock, W. (2011). Alzheimer's aggression: Influences on caregiver coping and resilience. *Journal of Gerontological Social Work*, 54(1), 260-275.
- Wilks, S., y Vonk, M. (2008). Private prayer among Alzheimer's caregivers: mediating burden and resiliency. *Journal of Gerontological Social Work*, 50, 113-131.
- Yarce, E., Coral, J., Lagos, G. y López, K. (2015). El cuidador informal del adulto mayor de la ciudad de Pasto. *Revista Criterios*, 22(1), 307-316.

## Anexos

### Anexo 1. Consentimiento informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

#### **“Estrategias de afrontamiento y resiliencia en cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física y con dependencia mental”**

Las estudiantes de psicología, Arenales Herrera Deisy Yesenia y Salas Catalán María Alejandra; bajo la supervisión de la Dra. Ara Mercedes Cerquera Córdoba; realizan una investigación para optar al título de psicólogas por medio de la modalidad de tesis, la cual lleva el nombre de: **“Estrategias de afrontamiento y resiliencia en cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física y con dependencia mental”**; por ello, lo invitamos a participar. Sí usted acepta hacerlo, es importante que lea cuidadosamente el presente documento.

#### **Objetivo del estudio:**

- ✓ Comparar las estrategias de afrontamiento utilizadas y los niveles de resiliencia entre cuidadores informales de adultos mayores con dependencia física y cuidadores informales de adultos mayores con dependencia mental.

#### **Duración de la participación en el estudio**

La duración será de 40 minutos aproximadamente

#### **Instrumentos**

**Entrevista sociodemográfica:** consta de 8 preguntas indagando sobre datos sociodemográficos básicos del adulto mayor y del cuidador.

**Escala de resiliencia (ER):** Esta escala consta de 25 ítems, redactados en forma positiva con un sistema de respuesta tipo Likert que va de 1 a 7 puntos.

**Escala de estrategias de Coping-Modificada (EEC-M):** En esta escala se plantean 69 ítems que representan diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se le presentan en la vida.

#### **Beneficios:**

Con la ejecución del presente proyecto se pretende resaltar la diferencia que puede presentarse en el desempeño del rol del cuidador dependiente del tipo de paciente que tiene a cargo, puesto que desempeñar su rol encadena una serie de situaciones relevantes que requieren de atención y específicamente de intervención; pero para ello, se debe tener claro cuáles son las características propias del mismo, la forma en que estas pueden afectar el desempeño del rol y la atención directa a su familiar. Se espera socializar los resultados obtenidos en medios de difusión científica y académica. Así mismo, usted debe tener en cuenta que su participación es voluntaria y no recibirá ningún beneficio económico.

### **Posibles riesgos de la participación:**

No existe riesgo serio conocido por participar en este estudio, lo que quiere decir que durante su participación, usted no correrá ningún tipo de riesgo a nivel médico o psicológico, tampoco se realizará ningún tipo de intervención clínica o procedimiento invasivo (Artículo 11: Investigación sin riesgo, resolución 008430, Ministerio de Salud, Colombia)

### **Confidencialidad**

Toda la información del estudio se mantendrá bajo la estricta confidencialidad, velando por su integridad y dignidad. Los datos serán utilizados únicamente por el personal investigador, los cuales podrán ser publicados en cualquier medio científico como revistas, congresos, entre otros; respetando la confidencialidad y anonimato de los participantes. El nombre y datos serán identificados mediante códigos.

### **Derecho a participar o retirarse del estudio**

Usted podrá reusarse a participar del estudio en el momento que así lo considere, sin necesidad de una explicación o justificación al personal investigador; lo anterior, no implica sanción alguna.

Después de haber leído toda la información contenida en este documento, haber recibido las explicaciones verbales sobre el mismo y ser resueltas mis inquietudes; voluntariamente manifiesto que yo \_\_\_\_\_ identificad@ con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, he decidido participar en el estudio; en constancia firmo este documento en la ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

FIRMA PARTICIPANTE

FIRMA ESTUDIANTE DE PSICOLOGÍA  
María Alejandra Salas Catalán  
c.c. 1098774220

FIRMA ESTUDIANTE DE PSICOLOGÍA  
Deisy Yesenia Arenales Herrera  
c.c. 1096956781

ASESORA DEL PROYECTO  
Dra. Ara Mercedes Cerquera Córdoba  
c.c. 51.644.962

**Anexo 2.** Encuesta sociodemográfica**FORMATO SOCIODEMOGRÁFICO**

FECHA DE APLICACIÓN: \_\_\_\_\_

**ADULTO MAYOR:**

EDAD: \_\_\_\_\_

Diagnóstico/ Descripción de la discapacidad del adulto mayor:

\_\_\_\_\_

DEPENDENCIA POR AFECTACIÓN FÍSICA	
DEPENDENCIA POR AFECTACIÓN MENTAL	

**CUIDADOR:**

1. NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

2. GÉNERO: Femenino Masculino 

3. EDAD: \_\_\_\_\_

3. ESCOLARIDAD

<input type="checkbox"/>	Sin estudio	<input type="checkbox"/>	Primaria	<input type="checkbox"/>	Secundaria
<input type="checkbox"/>	Técnico/tecnológico	<input type="checkbox"/>	Pregrado	<input type="checkbox"/>	Posgrado
<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

4. ¿Qué parentesco tiene usted con el adulto mayor?

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

 Otro: ¿Cuál? \_\_\_\_\_

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

<input type="checkbox"/>	Menos de 1 año	<input type="checkbox"/>	De 1 año a 5 años	<input type="checkbox"/>	Más de 5 años
--------------------------	----------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	---------------

¿Cuántos? \_\_\_\_\_

### Anexo 3. Escala de afrontamiento de coping modificada

#### Escala de estrategias de Coping – modificada (EEC-M)

Londoño N. H., Henao G. C., Puerta I. C., Posada S. L., Arango D.,  
Aguirre, D. C.

Grupo de Investigación Estudios Clínicos y Sociales en Psicología  
Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia

#### Instrucciones:

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

1	Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1	2	3	4	5	6
2	Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	1	2	3	4	5	6
3	Procuro no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
4	Descargo mi mal humor con los demás	1	2	3	4	5	6
5	Intento ver los aspectos positivos del problema	1	2	3	4	5	6
6	Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	1	2	3	4	5	6
7	Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	1	2	3	4	5	6
8	Asisto a la iglesia	1	2	3	4	5	6
9	Espero que la solución llegue sola	1	2	3	4	5	6
10	Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	1	2	3	4	5	6
11	Procuro guardar para mí los sentimientos	1	2	3	4	5	6
12	Me comporto de forma hostil con los demás	1	2	3	4	5	6
13	Intento sacar algo positivo del problema	1	2	3	4	5	6
14	Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema	1	2	3	4	5	6
15	Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	1	2	3	4	5	6
16	Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	1	2	3	4	5	6
17	Espero el momento oportuno para resolver el problema	1	2	3	4	5	6
18	Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	1	2	3	4	5	6
19	Establezco un plan de actuación y procuró llevarlo a cabo	1	2	3	4	5	6
20	Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento	1	2	3	4	5	6
21	Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1	2	3	4	5	6
22	Expreso mi rabia sin calcular las Consecuencias	1	2	3	4	5	6
23	Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1	2	3	4	5	6
24	Procuró hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1	2	3	4	5	6
25	Tengo fe en que Dios remedie la situación	1	2	3	4	5	6
26	Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1	2	3	4	5	6
27	No hago nada porque el tiempo todo lo dice	1	2	3	4	5	6
28	Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	1	2	3	4	5	6
29	Dejo que las cosas sigan su curso	1	2	3	4	5	6
30	Trato de ocultar mi malestar	1	2	3	4	5	6
31	Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1	2	3	4	5	6

32	Evito pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
33	Me dejo llevar por mi mal humor	1	2	3	4	5	6
34	Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1	2	3	4	5	6
35	Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1	2	3	4	5	6
36	Rezo	1	2	3	4	5	6
37	Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	1	2	3	4	5	6
38	Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	1	2	3	4	5	6
39	Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	1	2	3	4	5	6
40	Me resigno y dejo que las cosas pasen	1	2	3	4	5	6
41	Inhíbo mis propias emociones	1	2	3	4	5	6
42	Busco actividades que me distraigan	1	2	3	4	5	6
43	Niego que tengo problemas	1	2	3	4	5	6
44	Me salgo de casillas	1	2	3	4	5	6
45	Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1	2	3	4	5	6
46	A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	1	2	3	4	5	6
47	Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir	1	2	3	4	5	6
48	Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1	2	3	4	5	6
49	Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	1	2	3	4	5	6
50	Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1	2	3	4	5	6
51	Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	1	2	3	4	5	6
52	Me es difícil relajarme	1	2	3	4	5	6
53	Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1	2	3	4	5	6
54	Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
55	Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1	2	3	4	5	6
56	Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"	1	2	3	4	5	6
57	Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
58	Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a Profesionales	1	2	3	4	5	6
59	Dejo todo en manos de Dios	1	2	3	4	5	6
60	Espero que las cosas se vayan dando	1	2	3	4	5	6
61	Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1	2	3	4	5	6
62	Tanto de evitar mis emociones	1	2	3	4	5	6
63	Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1	2	3	4	5	6
64	Tanto de identificar las ventajas del problema	1	2	3	4	5	6
65	Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1	2	3	4	5	6
66	Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1	2	3	4	5	6
67	Busco tranquilizarme a través de la oración	1	2	3	4	5	6
68	Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1	2	3	4	5	6
69	Dejo que pase el tiempo	1	2	3	4	5	6

## Anexo 4. Escala de resiliencia

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

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

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