

NIVEL DE DEPRESIÓN EXPERIMENTADA POR  
UNA MUESTRA DE CUIDADORES INFORMALES DE  
PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

---

Level of depression experienced by a sample of  
informal caregivers of patients with  
Alzheimer-type dementia

Ara Mercedes Cerquera Córdoba\*  
Daysy Katherine Pabón Poches\*\*  
Diana Marcela Uribe Báez\*\*

*Resumen*

Estudio transversal descriptivo, tipo cuantitativo, cuyo objetivo fue identificar el nivel de depresión en una muestra de cuidadores informales de pacientes con Alzheimer, compuesta por 52 sujetos. Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: ser cuidador informal principal, tener mínimo 3 meses cuidando al enfermo, no recibir ningún tipo de remuneración económica y cuidar pacientes

---

\* Psicóloga. Esp. Clínica. Docente Universidad Pontificia Bolivariana (Bucaramanga, Colombia). aramercedes@yahoo.com.

\*\* Estudiante de 8º semestre de psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana. Miembro del Semillero de Investigación Clínica. daika\_15@hotmail.com

**Correspondencia:** Calle 100 n° 41-10 Had San Juan.

no institucionalizados. Se aplicó el Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER). Los resultados arrojados indican en la escala total de estado 46,2% y en la subescala de eutimia estado 51,9%, lo cual evidencia una alta presencia de depresión. En la escala total de rasgo se encuentra un total de ausencia de 76,9% y en la subescala de distimia rasgo una ausencia de 88,5%, lo cual indica que no hay relevancia en cuanto el nivel de depresión como rasgo.

**Palabras clave:** Depresión, demencia tipo Alzheimer, cuidador informal, depresión estado, depresión rasgo.

### *Abstract*

Descriptive cross-sectional, quantitative study, aimed to identify the level of depression in a sample of informal caregivers of Alzheimer's patients, composed of 52 subjects. Consideration was given to the following inclusion criteria: primary informal caregiving, with at least 3 months in the care of the patient, with no financial compensation and taking care of non-institutionalized patients. The Depression Inventory (state / trait)IDER, was applied on the sample; The results of the test show a 46.2% in the scale of total state, and a 51.9% in euthymic state subscale, showing also a high incidence of depression. In full scale of trait, there is a total absence of 76.9%, but in the dysthymia subscale, the trait had an absence of 88.5%, therefore, there is no relevance in terms of the level of depression as a trait.

**Key words:** Depression, Alzheimer type dementia, informal caregiver, depression status, depression trait.

Fecha de recepción: 20 de octubre de 2011

Fecha de aceptación: 11 de julio de 2012

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad crónica caracterizada por síntomas cognitivos, problemas físicos y alteraciones emocionales y comportamentales (Alberca, 2002; González, 2000; Helmes & Ostybye, 2002; Lyketsos, López, Jones, Fitzpatrick, Breitner & Dekosky, 2002; Rogers & Jarrot, 2008; Strauss & Sperry, 2002) que afecta aproximadamente el 8 % de la población mayor de 65 años y el 30 % de la población mayor de 80 años (Llibre & Guerra, 2002), por lo tanto ha sido uno de los trastornos neuropsiquiátricos en los que más se ha concentrado la investigación básica y clínica. Esta demencia constituye el tipo más frecuente (50 - 70% de las demencias) y la mayor causa de dependencia de las personas. Dadas las tendencias demográficas actuales, ha sido denominada la “epidemia del siglo”, por consiguiente, se encuentra entre las seis afecciones incluidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una prioridad en relación con la Salud Mental (Pérez, 2008; Fuentes, 2003).

Siendo prioridad de la salud mental, Fuentes (2003) realizó el estudio *Enfermedad de Alzheimer: una nota histórica* en Santiago de Chile con el objetivo de hacer un escrito con los datos más relevantes a nivel histórico acerca de dicha enfermedad. Debido a que en la actualidad las alteraciones encontradas producto de esta son variables y se hace importante mencionarlas, se ha visto que en la memoria semántica no se producen alteraciones iniciales (Alberca & López-Posua, 1998; González, 2000; Martínez & Khachaturian, 2001; Morris, 1996), sino hasta etapas más avanzadas de la EA. Según Alberca y López-Pousa (1998), las dificultades en la memoria semántica son típicas de las fases moderada y grave de la EA. Siendo esta una de las alteraciones típicas de la EA. Peraita y Galeote (1999) realizaron en la ciudad de Oviedo (España) el estudio *Deterioro de la memoria semántica en pacientes de Alzheimer* con el propósito de analizar las alteraciones semántico-categoriales en un grupo de pacientes con demencia probable, tipo Alzheimer, y las compararon con un grupo de controles sanos.

Otras de las alteraciones encontradas son las mencionadas por Muñoz, Iruarriza y Tobal (1995) en su investigación realizada en Oviedo (Espa-

ña), denominada *Déficit neuropsicológicos asociados a la enfermedad de Alzheimer*, estudio comparativo en el que hacen una evaluación Neuropsicológica mediante la administración de una batería (Batería neuropsicológica Luria-Nebraska), y encontraron diferencias significativas en las escalas que exploran las funciones atencionales, memoria, aspectos viso-espaciales y habilidades aritméticas.

Por otro lado, el paciente con EA presenta alteraciones comportamentales y afectivas, además de las cognitivas; estas son: depresión, apatía, agitación, ansiedad, irritabilidad, disforia y desinhibición (Alberca & López-Pousa, 1998; González, 2000; Mega, Cummings, Fiorello & Gornbein, 1996).

Estas alteraciones, especialmente las cognitivas, están directamente relacionadas con el funcionamiento genético de la persona; así se demuestra en el estudio *Presenilinas, Apo E y enfermedad de Alzheimer*, realizado en La Habana (Cuba) por Padrón, Menéndez y Llibre (2002) con el objetivo de realizar una revisión sobre la identificación y aislamiento de los genes que codifican para la presenilina 1 y 2 (cromosomas 14 y 21 respectivamente), así como la detección de mutaciones, lo que constituye uno de los logros de la estrategia genética para el estudio de la enfermedad de Alzheimer. De este modo, los resultados aportaron a la explicación del alto porcentaje de antecedentes familiares e inicio precoz de la afección.

El factor genético, a pesar de la relación directa con la enfermedad, no es el más determinante, pues en la medida que la población envejece se hace mayor la prevalencia de las demencias degenerativas, los clínicos tienen que asumir el enorme desafío de cuidar a estos pacientes en cada una de las etapas de su evolución y de contener a sus respectivas familias, afectadas por una de las enfermedades más temidas (Fuentes, 2003). Es en este punto en el que no solo el interés debe recaer sobre los pacientes con enfermedad de Alzheimer sino también en los cuidadores. El estudio de los cuidadores ha tomado importancia por la sobrecarga, estrés, ansiedad, depresión y demás posibles efectos negativos que se pueden generar en estos. La enfermedad de Alzheimer no solo afecta a la persona que la padece, sino que también repercute de manera muy importante en la familia (Pérez, 2008).

Se ha encontrado que los cuidadores de pacientes con Alzheimer suelen presentar síntomas depresivos (Lladó, Antón-Aguirre, Villar, Rami & Molinuevo, 2008), ansiedad (Ferrera Languiano, Di Brango, De Vito, Di Cioccio & Bauco, 2008; Paleo & Rodríguez, 2005), sentimiento de culpa (Sanders, Ott, Kelber & Noonan, 2008), sentimiento de impotencia y resignación (Arango-Lasprilla, Rogers & Fernández-Guinea, 2003), alteraciones del sueño (Cresse, Bedard, Brazil & Chambers, 2008; Donaldson, Terrier & Burns, 1998; McCurry, Logsdon, Teri & Vitiello, 2007), sobrecarga (McCurry, Logsdon, Teri & Vitiello, 2007), alteraciones sexuales (Simonelli et al., 2008), altos niveles de estrés (Paleo & Rodríguez, 2005), bajos niveles de satisfacción con la vida y problemas laborales y legales (Arango-Lasprilla et al., 2003).

Es así como se encuentra la necesidad urgente de investigaciones dirigidas a estimar la prevalencia e incidencia de la enfermedad, conocer sus factores de riesgo, así como cuantificar el impacto en la familia y en la sociedad, lo que permitiría trazar estrategias dirigidas a esta población y su familia (Llibre & Guerra, 2002), ya que en la mayoría de casos son familiares quienes terminan asumiendo el rol de cuidadores, y son descritos como aquellas personas que de forma cotidiana se hacen cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisan en su domicilio en su vida diaria (Pérez, 2008). El estudio de los cuidadores, y especialmente de los factores de riesgo en ellos, toma relevancia, pues se ha encontrado que los diferentes comportamientos del paciente con enfermedad de Alzheimer acaban transformándose en una carga diaria, que produce un agotamiento físico y psicológico importante para el cuidador; por lo tanto, si entendemos y comprendemos mejor el porqué de ciertas conductas, podremos hacer que todos se sientan más placenteramente y el adulto con demencia se sienta seguro en su entorno familiar (Pérez, 2008).

Ante la importancia de la descripción de los cuidadores, la investigación de Cardona, Segura, Berberí, Ordoñez y Agudelo (2011) en Medellín (Colombia) plantea las características demográficas y sociales del cuidador primario y las condiciones del cuidador de los adultos mayores residenciados en dicha ciudad en 2010. Tomando como muestra a 312 cuidadores de mayores registrados en la encuesta de calidad de vida

2008 obtuvieron como resultados que el promedio de edad fue de 54 años, el estado civil predominante fue de casados y el nivel educativo de secundaria; las mujeres eran en su mayoría amas de casa y los hombres, trabajadores independientes, y son esposos o hijos mayores cuidados. El cuidado es por iniciativa propia, ocho horas al día durante toda la semana, y el 12% presentó sobrecarga del cuidador primario.

De igual manera, Pérez-Perdomo y Llibre (2010) en su estudio *Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con enfermedad de Alzheimer* tuvieron como propósito describir las características sociodemográficas y el nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores con demencia leve y moderada; su estudio incluyó 75 cuidadores, y obtuvieron como resultado la predominancia del sexo femenino, entre 40-49 años, con grado de consanguinidad con el adulto, estado civil casado, con vínculo laboral, y en cuanto a sobrecarga, evidenciaron un nivel mayor.

Además de la caracterización se han encontrado estudios interesados en identificar las principales necesidades en los cuidadores; uno de ellos es el de Moreno, Arango-Lasprilla y Rogers (2010), denominado *Necesidades familiares y su relación con las características psicosociales que presentan los cuidadores de personas con demencia*, en el que pretendían conocer las necesidades más y menos importantes que reportan un grupo de 73 cuidadores de personas con demencia que asisten a la Clínica de la Memoria del Hospital Central de la Policía en Bogotá (Colombia); describir las principales características psicosociales y determinar si existe una relación entre dichas necesidades y las características psicosociales. Administraron un cuestionario de necesidades familiares, el cuestionario de depresión PHQ-9, el cuestionario de sobrecarga de Zarit, la escala de apoyo social y la escala de satisfacción con la vida. Encontraron que las necesidades más importantes para los cuidadores fueron la necesidad de recibir información sobre la enfermedad, la necesidad de recibir apoyo emocional y la necesidad de recibir apoyo de la comunidad. La mayoría de cuidadores reportaron que tenían altos niveles de sobrecarga, depresión y problemas de salud. La necesidad de ayuda para mejorar la salud física fue la que mejor predijo la depresión y la sobrecarga en los cuidadores de personas con demencia. Las necesidades de tiempo

para descansar y de apoyo psicológico fueron las que mejor predijeron la satisfacción con la vida.

Unido a los estudios anteriores, Espín (2008) realizó en La Habana (Cuba) el estudio *Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia*, con el fin de describir características demográficas, sociales, psicológicas y otras de 61 cuidadores informales de personas que padecen demencia y que habían recibido atención en el Centro Iberoamericano para la Tercera Edad, en dicha ciudad, de 2004 a 2005, por medio del cuestionario de caracterización y la escala psicosocial del cuidador. En este estudio se obtuvieron como resultados que los cuidadores informales estudiados se caracterizaron por ser en su mayoría de sexo femenino, con edades entre 40 y 59 años, hijos de enfermos, casados, sin vínculo laboral en un alto porcentaje y predominio de universitarios. La mayoría de los cuidadores atendían al enfermo por razones afectivas, no tenían información acerca de la enfermedad, padecían de problemas nerviosos, óseos y musculares, entre otros, y su estrategia de afrontamiento era, fundamentalmente, la búsqueda de apoyo externo. La afectación de índole socioeconómica se encontró mayormente en el poco tiempo libre, problemas económicos y conflictos familiares. Los sentimientos negativos más frecuentes fueron la angustia o aflicción, la ira, el miedo y la desesperanza.

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

Ante la problemática de la sobrecarga, Zambrano-Cruz y Ceballos-Cardona (2007) realizaron en la ciudad de Bogotá (Colombia) el estudio

*Síndrome de carga del cuidador* con el fin de hacer hincapié en que el concepto del síndrome de carga del cuidador carece de discusión acerca de su validez y utilidad, por lo que existen grandes deficiencias teóricas y metodológicas para su manejo.

En función del estudio de los efectos negativos generados por la sobrecarga, como lo es la depresión, se halla el estudio *Un programa breve basado en la solución de problemas para la prevención de la depresión en cuidadores informales de pacientes con demencia: estudio piloto*, realizado por Vásquez, Otero, López, Blanco y Torres (2010) en la ciudad de Madrid, cuyo objetivo era evaluar la utilidad potencial de aplicar un programa de prevención de la depresión para cuidadores con síntomas significativos de depresión en una muestra de 20 mujeres y 3 hombres. Los resultados obtenidos después de la intervención mostraron una reducción estadísticamente significativa en la sintomatología depresiva ( $p < .001$ ), la inadaptación social ( $p < .001$ ), los niveles de sobrecarga ( $p < .05$ ), el riesgo de depresión y un incremento significativo en las habilidades de solución de problemas ( $p < .001$ ).

Como se ha podido observar, el estudio de las emociones o sentimientos experimentados merece importancia, tanto en el enfermo como en el cuidador. En este caso, la emoción que se debe tener en cuenta es la depresión, enfermedad que no solo incluye la influencia de factores internos, como es la deficiencia funcional de neurotransmisores al nivel de los receptores adrenérgicos, la reducción funcional del nivel de serotonina, explicables según los modelos biológicos, sino que también influyen factores externos. Se coincide con la literatura revisada en que las personas con trastornos del humor, independientemente de que pueda existir el factor humoral como precipitante, tienen asociados problemas sociales como desencadenantes (Díaz, Torres, Urrutia, Moreno, Font & Cardona, 2006).

Entre los posibles desencadenantes externos de la depresión se puede encontrar la falta de habilidades para el cuidado; ello es algo que se discute en el estudio *Habilidades para el cuidador y depresión en cuidadores de pacientes con demencia*, realizado por Ávila-Toscano, García-Cuadrado y Gaitán-Ruiz (2010), quienes tenían por objetivo identificar relaciones



entre las habilidades para el cuidado (conocimiento, valor y paciencia) y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. Evaluaron 32 cuidadores por medio del Inventario de Depresión de Beck y el *Caring Ability Inventory*. En esta investigación se obtuvieron promedios elevados de conocimiento, paciencia y valor, lo cual indica un buen rendimiento de habilidades para cuidar, mientras que la presencia de manifestaciones depresivas se halló en el 46.9% de la muestra. Finalmente, se establece que la depresión se asoció más a los cuidadores con poca formación educativa y con buen nivel de conocimientos sobre la enfermedad.

En los estudios sobre la depresión (Díaz et al., 2006) se ha encontrado que esta es un síntoma cuando aparece la tristeza y una enfermedad cuando al síntoma se le añaden otros que lo convierte en un síndrome. La depresión es un fenómeno de primer orden en la práctica médica actual, con un valor real de prevalencia.

La depresión es un tema de investigación complejo. Uno de los posibles temas de interés tiene que ver con su evaluación. Para evaluar este trastorno del estado del ánimo se han desarrollado diferentes instrumentos; uno de estos es el Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER). Su objetivo es identificar el grado de afectación (estado) y la frecuencia de ocurrencia (rasgo) del componente afectivo de la depresión. En su área de contenido se halla el grado de presencia de afectividad negativa (distimia) y afectividad positiva (eutimia); entendiendo “distimia estado” como el grado en el que está presente en el momento de la evaluación un estado de afectividad negativa; “eutimia estado” como el grado en el que está presente al momento de la evaluación, la afectividad positiva; “distimia rasgo” como la frecuencia de la presencia de la afectividad negativa; y finalmente, “eutimia rasgo” como la frecuencia de la presencia de la afectividad positiva (Agudelo, 2009).

La prueba IDER fue validada al contexto colombiano en un estudio de Ocampo (2007) denominado *Análisis correlacional del cuestionario de depresión estado/rasgo con una muestra de adolescentes y universitarios de la ciudad de Medellín*, en el que obtuvo como resultados en la muestra de adolescentes las correlaciones con medidas de depresión BDI y CBD significativas, de 0.60 para ambos cuestionarios y en dirección positiva, en el caso de

la muestra conjunta. Para la distimia, las correlaciones fueron de 0.75 y 0.58 respectivamente, y para la subescala de eutimia las correlaciones fueron inferiores a 0.50 y 0.49. Lo anterior da cuenta de los niveles de validez convergente del cuestionario. Para la muestra de universitarios, las correlaciones con medidas de depresión, BDI y CBD, fueron de 0.43 para eutimia/BDI y 0.58 para distimia.

El anterior estudio fue apoyado por la investigación *Propiedades Psicométricas del Inventario de depresión estado-rasgo (IDER) con adolescentes y universitarios de la ciudad de Bucaramanga*, realizado por Agudelo (2009) en dicha ciudad y cuyo objetivo fue la presentación de las propiedades psicométricas del IDER utilizando el Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) (Spielberger, Agudelo & Buena-Casal, 2008). La muestra seleccionada fue de 298 adolescentes con edades de 12 a 17 años y 278 universitarios cuyas edades oscilan entre 16 y 28 años. Los resultados de dicho estudio permitieron identificar las adecuadas propiedades psicométricas de la prueba con valores de confiabilidad altos, mostrando evidencias de validez convergente, evaluadas a través de los resultados obtenidos con el BDI y con el CBD, que coinciden a lo largo de las muestras evaluadas en valores que oscilan entre 0,50 y 0,65, además de ser correlaciones positivas y, en todos los casos, altamente significativas ( $p \leq 0,001$ ). En esta línea se puede entender que el IDER es una herramienta capaz de identificar afectividad negativa y positiva en la depresión, de manera congruente con otras escalas de gran utilización clínica y de investigación, mayor para los universitarios frente a los adolescentes, evidencias de la validez convergente y discriminante y adecuados niveles de consistencia interna.

Como se ha visto, el inventario ha sido validado y sus propiedades psicométricas han sido notificadas; ello apoyado también por medio del estudio *El inventario de depresión rasgo-estado (IDERE): desarrollo y potencialidades*, realizado por Carbonell, Grau, Ramírez y Grau (2001) en La Habana con el fin de presentar los resultados de las investigaciones realizadas en la década de los 80 en Cuba, para así profundizar en la caracterización diferencial de ansiedad y depresión, además de describir las ventajas y desventajas del IDERE. Los resultados obtenidos corroboraron la validez empírica de la escala rasgo para evaluar la depresión personal, así como el valor de la escala estado para distinguir diversos niveles de intensidad

de la depresión. También se logró obtener dos variantes más cortas, las cuales resultan más aptas para aplicar en la práctica clínica y tienen mejores propiedades estadísticas.

Es así como el Inventario de Depresión Estado/Rasgo no solo aplica para contextos universitarios o adolescentes, sino también cuenta con la suficiente validez y confiabilidad para ser aplicado a cuidadores informales de pacientes con Alzheimer. Actualmente, el IDER es utilizado en la mayor parte de los hospitales y policlínicos de Cuba, y también nos han referido su uso en otros lugares como una Clínica de Valencia, el Centro de Servicios Psicológicos de la Universidad Cooperativa de Colombia y en varios consultorios privados de España, México y Colombia (Carbonell et al., 2001).

Es así como este estudio tiene como objetivo identificar el nivel de depresión por medio de la prueba IDER y describir los datos sociodemográficos en una muestra de cuidadores informales de pacientes con Alzheimer y las principales características depresivas expresadas en niveles de eutimia y distimia como estado y como rasgo.

## **MÉTODO**

### **Diseño**

Este corresponde a un estudio transversal descriptivo.

### **Instrumento**

En este estudio se utilizó el Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER), elaborado por C. D. Spielberger y validado para Colombia por G. Buena-Casal y D. Agudelo Vélez (2008). Teniendo finalmente claro que su función es evaluar el componente afectivo de la depresión mediante escalas, estado y rasgo, y cuatro subescalas (eutimia-e, distimia-e, eutimia-r, distimia-r).

La prueba consiste en marcar las opciones más cercanas a la descripción del estado de ánimo de la persona en el momento o generalmente y dependiendo del género; contemplando así 4 columnas de respuestas.

Varones en este momento, mujeres en este momento con opciones de respuesta: “nada”, “algo”, “bastante” y “mucho”; varones generalmente y mujeres generalmente con opciones de respuesta: “casi nunca”, “a veces”, “a menudo” y “casi siempre”, cada una de las columnas con 10 ítems. Para puntuar la prueba se mantiene la división de las 4 columnas y se evalúa de acuerdo con los valores de las escalas de eutimia o distimia, con valores de 1, 2, 3 y 4 para las dos. La puntuación se realiza de forma ascendente para la escala de eutimia (1=1, 2=2, 3=3 y 4 =4) y de forma descendente para distimia (1=4, 2=3, 3=2, 4=1). Seguidamente se suman las puntuaciones directas de distimia y eutimia por separado, para posteriormente obtener la puntuación directa total. En seguida se sacan los percentiles correspondientes a distimia y eutimia por separado y finalmente el percentil total. Esta herramienta tiene una alta confiabilidad en diferentes muestras evaluadas como clínica, universitarias, adolescentes y población en general (Spielberger et. al., 2008).

## Participantes

Esta se compone por 52 cuidadores informales de pacientes con Alzheimer, seleccionados por conveniencia, que cumplen los siguientes criterios de inclusión: ser familiar de primer grado del enfermo con Alzheimer, vivir en el mismo domicilio, mantener el cuidado del paciente como mínimo 12 horas durante mínimo 6 semanas y que posea un diagnóstico clínico.

## Procedimiento

- *Fase I.* Se basó en la recolección de información y revisión de literatura pertinente para el estudio.
- *Fase II.* Se llevó a cabo la selección de la prueba indicada para la evaluación de los cuidadores y se conformó una carpeta guía con los documentos pertinentes para la evaluación, consentimiento informado, formato de datos sociodemográficos y cada una de las pruebas seleccionadas.
- *Fase III.* Se procedió a la consecución de los cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer por diferentes medio

de comunicación, entre ellos la voz a voz, redes sociales y la visita y llamadas a instituciones relacionadas con la problemática. Los lugares llamados y visitados corresponden a las ciudades de Bogotá, en la Fundación Acción Familiar Alzheimer Colombia, Ocaña (Norte de Santander) y Floridablanca, Bucaramanga, Playón y Piedecuesta (Santander). La búsqueda de los sujetos se realizó por parejas, al igual que la aplicación.

- *Fase IV.* Se conformaron 10 parejas de estudiantes, todos pertenecientes al grupo de investigación del semillero de clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana. Cada pareja, desde el mes de febrero hasta septiembre, después de localizar o contactar al cuidador se dirigía a su casa o trabajo para realizar la aplicación de una batería de pruebas conformada por 5 pruebas, siendo aplicadas todas las pruebas por cada grupo, pero al momento del análisis y realización del documento escrito cada pareja se centró en una prueba específica.
- *Fase V.* Se tomaron los datos recolectados en los cuidadores y se registraron en el programa SPSS 1.9, con el cual se consiguió mantener un orden y asociación de datos importante.

## RESULTADOS

A continuación se describen los datos sociodemográficos más importantes, tanto del paciente como del cuidador de la persona con Alzheimer, y los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba IDER. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS, en el cual se lleva a cabo un análisis descriptivo, arrojando porcentajes y frecuencias de cada una de las variables.

**Tabla 1**  
Datos sociodemográficos

	n°	%		n°	%
SEXO			CONOCIMIENTO REDES DE APOYO		
Hombres	9	17.3	Sí	22	42,3
Mujeres	43	82.7	No	30	57,7

*Continúa...*

	nº	%		nº	%
EDAD			ESTADO CIVIL		
Menos de 40	12	23,1	Soltero	9	17,3
41-50	13	25	Casado	31	59,6
51-60	19	36,5	Divorciado	4	7,7
61-70	5	9,6	Viudo	3	5,8
Más de 70	3	5,8	Unión libre	5	9,6
PARENTESCO			TIEMPO CUIDANDO		
Hijo	29	55,8	3-6 meses	2	3,8
Esposo	16	30,8	7-12 meses	3	5,8
Nieto	3	5,8	13-36 meses	18	34,6
Otros	4	7,7	Más de 36	29	55,8
ESCOLARIDAD			SITUACIÓN LABORAL		
Sin estudios		1,9	Ama de casa	19	36,5
Primarios	7	13,5	Activo	13	25
Secundaria Bachillerato	21	40,4	Prejubilado	1	1,9
Universitario	18	34,6	Jubilado	14	26,9
Diplomado	3	5,8	Desempleado	2	3,8
Otros	2	3,8	Otro	3	5,8
ESTRATO			APOYO MÉDICO		
1	4	7,7	Sí	29	55,8
2	7	13,5	No	23	44,2
3	12	23,1	CAPACITACIÓN		
4	22	42,3	Sí	23	44,2
5	7	13,5	No	29	55,8
MOTIVACIÓN			EDAD PACIENTE		
Cariño	1	1,9	1	1,9	
Obligación	14	26,9	5	9,6	
Cariño y obligación	35	67,3	8	15,4	
Otro	2	3,8	38	73,1	

*Continúa...*

	n°	%		n°	%
INGRESOS			ETAPA ENFERMEDAD		
Menos del mínimo	12	23,1	Leve	13	25
Mínimo	11	21,2	Moderado	18	34,6
Más del mínimo	29	55,8	Grave	21	40,4

En la población estudiada se encontró una prevalencia de mujeres cuidadoras con un 82.7% sobre la cantidad de hombres cuidadores con 17.3%, con un total de la muestra de 52 sujetos, 43 mujeres y 9 hombres. En segundo lugar se analiza el conocimiento de redes de apoyo existentes por parte de los cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer; allí se encontró que el 57,7% de la población no conoce ninguna red de apoyo y el 42,3% restante sí conoce alguna.

En cuanto a la edad de los evaluados, se encontró que el rango de edad más frecuente refiere a la de 51-60 años de edad, que representa el 36,5% de la población total, seguido por 41-50, con el 25.0%, menos de 40, con el 23,1%, y con menor frecuencia 61-70 años, con un 9,6%, y más de 70, con 5,8%. En el estado civil de los cuidadores, la mayor frecuencia se encontró en el estado de casados, con 59,6%, seguida de solteros, con 17,3% unión libre, con 9,6%, divorciado, 7,7%, y finalmente viudo, con 5,8%.

Respecto al parentesco de los cuidadores informales con los pacientes, se identificó que el rango más frecuente es el de hijo, con 55,8% del total de la población, seguido por esposo, 30,8%, nieto, 5,8%, y finalmente con otros 7,7%. En el tiempo de cuidado del paciente se halló mayor frecuencia en el rango de más de 36 meses, equivalente a 55,8% de la población, seguida por el rango de 13-36 meses, con 34,6%, el rango de 7-12 meses, con 5,8%, y finalmente 3-6 meses, con 3,8%.

La escolaridad de los evaluados presenta mayor frecuencia en el rango de estudios secundarios-bachillerato, con 40,4%, seguido por estudios universitarios, con 34,6%, estudios primarios, con 13,5%, diplomados, con 5,8%, y sin estudios, 3,8%. En relación con la situación laboral de los cuidadores, encontramos con mayor frecuencia la actividad de ama

de casa, con 36,5%, seguida de jubilados, con 26,9%, activos, con 25,0%, otros, 5,8%, desempleados, 3,8%, y prejubilados, 1,9%.

En cuanto al nivel socioeconómico de los cuidadores, encontramos que la mayoría de ellos se encuentra en el estrato 4 con 42,3%, seguido por el estrato 3, con 23,1%, estrato 2, con 13,5%, estrato 5, con 9,6%, estrato 1, con 7,7%, y finalmente el estrato 6, con 3,8%. Respecto al apoyo médico recibido por parte de los cuidadores, se halló que el 55,8% sí ha recibido apoyo médico, información y asesorías por parte de alguna entidad médica y el 44,2% restante no lo ha recibido. En cuanto a algún tipo de capacitación para los cuidadores informales de pacientes con Alzheimer, se encontró que el 55,8% de la población no ha recibido ningún tipo de capacitación, mientras que el 44,2% de la población evaluada sí la ha recibido.

En relación con la motivación del cuidador ante el cuidado del paciente, se encontró que el rango más frecuente refiere al cariño y la motivación, con 67,3%, seguido de obligación, con 26,9%, y finalmente por cariño, con 1,9%. En cuanto a los datos de los pacientes, se logró identificar que las edad más frecuentes de estos es de más de 70 años de edad, con 71,2% de la población total, seguido de los 61-70 años, con 15,4%, 51-60 años, y finalmente de 40-50 años de edad.

En cuanto a los ingresos de los cuidadores, se encontró que el 55,8% ganaban más del mínimo, 23,1% menos del mínimo y 21,1% el mínimo. Siendo el mínimo \$535.600. La etapa de la enfermedad en la se encuentran los pacientes con enfermedad de Alzheimer presenta mayor frecuencia en el rango de grave, con 38,5%, seguida de moderada, con 32,7%, y finalmente leve, con 25,0% de la población total.



**Tabla 2**  
Resultados de la subescala estado de la prueba IDER

<b>EUTIMIA ESTADO</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Ausencia	25	48,1
Presencia	27	51,9
<b>DISTIMIA ESTADO</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Ausencia	40	76,9
Presencia	12	23,1
<b>TOTAL ESTADO</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Ausencia	28	53,8
Presencia	24	46,2

En los cuidadores evaluados se encontró que el 51,9% de los sujetos presentan puntuaciones altas en la subescala de eutimia estado, mientras que el 48,1% puntuaciones bajas. En la subescala de distimia estado se encontró que el 76,9% de los cuidadores evaluados presentan puntuaciones bajas y el 23,1% restante puntuaciones altas. En total estado se encontró que 28 de los evaluados, correspondientes al 53,8%, obtuvieron puntuaciones bajas y el 46,2% puntuaciones altas en esta subescala.

**Tabla 3**  
Resultados de la subescala rasgo de la prueba IDER

<b>EUTIMIA RASGO</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Ausencia	38	73,1
Presencia	14	26,9
<b>DISTIMIA RASGO</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Ausencia	46	88,5
Presencia	6	11,5
<b>TOTAL RASGO</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Ausencia	40	76,9
Presencia	12	23,1

En cuanto a la subescala de eutimia como rasgo, se halló que el 73,1% presenta puntuaciones bajas y el 26,9%. La subescala distimia rasgo indica puntuaciones altas en una proporción de 11,5% y puntuaciones bajas en un 88,5%. En la subescala total de rasgo se halló que hay puntuaciones bajas en un 76,9% de la población y puntuaciones altas en un 23,1%.

## DISCUSIÓN

Este estudio se centró en la descripción de los resultados obtenidos en las subescalas de eutimia estado, distimia estado, eutimia rasgo, distimia rasgo, evaluada a través de la prueba IDER y los datos sociodemográficos de los cuidadores informales de pacientes con Alzheimer.

En los datos se encuentra que la mayor parte de cuidadores informales de pacientes con Alzheimer de la muestra son mujeres, con 82,7%, con más de 71 años de edad, con 71,2%, casadas, con 59,6%, con estudios de secundaria-bachillerato, 40,4%, amas de casa, 36,5%, ganan más del mínimo 55,8%, son de estrato cuatro 42,3%, llevan cuidando al paciente durante un tiempo mayor de 36 meses 55,8%, no conocen ninguna red de apoyo 57,7%, han recibido apoyo médico 55,8%, pero no han recibido capacitaciones acerca del cuidado del enfermo o el avance de la enfermedad 55,8%, la mayoría son hijos de los pacientes 55,8%, tienen un proyecto de vida 59,6% y cuidan al paciente por cariño y obligación 67,3%.

Los datos mencionados y encontrados con mayor frecuencia en los evaluados de este estudio se han hallado en otro tipo de investigaciones, como la de Espín (2008), quien encontró en su población 70,5 % de mujeres y 29,5 % de hombres, lo que demuestra también que la proporción de hombres cuidadores es menor, y se confirma con esto que es la mujer quien asume el cuidado de un familiar que se encuentra en estas condiciones y, por tanto, la carga que experimentan las mujeres cuidadoras es mayor que en los hombres (Roig, Abengózar & Serra, 1998).

En este estudio, el 38,6% de sus evaluados y representando la mayor frecuencia eran casados; en el estudio de Espín (2008), la mayoría de los cuidadores (55,7 %) estaban casados, de igual manera en el estudio

de Perdomo y Llibre (2010), lo cual permite identificar la posibilidad de que la cantidad de responsabilidades para los cuidadores sea mayor, ya que estar casados implica otras actividades, como el cuidado de hijos y quehaceres de la casa, como se demuestra en el estudio de Roig et al. (1998), quienes encontraron que hay una mayor sobrecarga en los cuidadores del grupo casados.

En el mismo estudio de Espín (2008) se encontró que el 73,8 % de los cuidadores eran los hijos de los enfermos y el 13,2 % cónyuges; en este estudio, el 55,8% de los cuidadores eran hijos y 30,6% eran esposos, presentados en ese orden de frecuencia, primero hijos y después esposos; ello relacionado también con la edad más frecuente de los pacientes, que es el rango de más de 71 años de edad, con 71,2% , es decir, a una edad tan avanzada es más probable que el hijo o hija esté a cargo, y desde luego, en menos frecuencia otros familiares, como el esposo o nietos.

Del mismo modo, en el estudio de Perdomo y Llibre (2010), que trabajan la variable de etapa de la enfermedad en relación con el paciente, se encontraron 47 adultos mayores con un grado de severidad moderada y 28 ancianos con un grado de severidad leve y ninguno con un grado de severidad grave, y en este estudio se encontraron 21 pacientes con grado de severidad grave, 18 con grado de severidad moderada y 13 con grado de severidad leve; las diferentes etapas en la que se encuentra la enfermedad indican una diferencia en relación con el autocuidado y el nivel de independencia del paciente. Como se demostró en el estudio de Roig et al. (1998), la sobrecarga sería mayor en los cuidadores que se hacen cargo de ancianos en tercera fase o fase grave.

En cuanto a los resultados obtenidos en la medición de los niveles de depresión por medio del IDER, se hallan estudios como el de Ávila-Toscano et al. (2010), en el que lograron identificar los siguientes niveles de depresión en cuidadores informales de pacientes con demencia: 53.1% de ellos no presentan manifestaciones depresivas, mientras que el restante 46.9% presentó diferentes niveles de depresión, siendo el más frecuente la depresión leve (34.4%), seguida de la depresión moderada (12.5%), mientras que no se reportaron casos de depresión grave.

De forma similar, en esta investigación encontramos que en la escala de estado, y con mayor frecuencia en la subescala de eutimia estado, se evidencia una cantidad significativa de presencia de la depresión, si bien la ausencia es de 53,8%, la presencia indica altos niveles, aunque no mayores de depresión como estado; mientras que en la escala de rasgo se encuentra una ausencia de 76,9%, lo cual demuestra una diferencia más marcada que en la escala de estado, sobre todo en la subescala de distimia rasgo, con una ausencia de 88,5%, lo cual indica que no hay relevancia en cuanto el nivel de depresión como rasgo.

Al hallar mayor frecuencia de la depresión como estado y no como rasgo nos da noción de que no es una variable presentada con anterioridad y posiblemente cambie con el paso del tiempo; además de que hay un factor que está desencadenando dicho estado en la persona y que posiblemente esté asociado con la labor que está desempeñando, el cuidado del enfermo.

En este estudio no se hallan resultados que comprueben que el cuidador informal de pacientes con enfermedad de Alzheimer experimenta depresión a causa del cuidado del paciente; sin embargo, es una variable que ya se ha afirmado: los cuidadores informales de personas mayores con demencia presentan altos niveles de depresión y ansiedad (Espín, 2008) y los resultados de esta investigación dan cuenta de que la cifra encontrada en depresión como estado arroja un valor que merece profundización. Si bien no se puede decir que la muestra evaluada de cuidadores tiene depresión, sí se puede decir que la depresión como estado, como ya mencionó, indica que existe un evento significativo que desencadena dichos síntomas, a diferencia de la depresión como rasgo, que no obtuvo puntuaciones altas.

Además, dentro los datos sociodemográficos se encuentran resultados que justifican el nivel de depresión encontrado; resultados como el del nivel de estudios de los evaluados, en el que se halló que el 40,4% tenían estudios de secundaria-bachillerato, lo que indica que la muestra estudiada no es de educación escolar baja, y confirma el argumento presentado por Ávila-Toscano et al. (2010), quienes afirman que frente a la depresión, los cuidadores con un bajo nivel de escolaridad tienen una mayor tendencia a presentar manifestaciones anímicas negativas.

El National Institute of Mental Health (2001) afirma que algunos cuidadores primarios suelen presentar un estado de tristeza de intensidad baja durante varios meses, mientras que otros experimentan cambios repentinos de su estado anímico, es decir, el nivel de depresión varía en la medida que algunas circunstancias y características personales cambian.

Ello es demostrado en estudios como el de Covinsky et al. (2003) con una muestra de 5627 cuidadores de pacientes con demencia, en el que obtuvieron como resultados que el 32% de los individuos presentaba depresión, siendo mucho más frecuente entre los cuidadores más jóvenes (alrededor de los 65 años) y con menor nivel de formación educativa; estos autores muestran el desarrollo de la depresión en los cuidadores como un proceso complejo, ligado a las características culturales e individuales de los cuidadores, así como a las características personales del paciente.

Otro de los datos que contribuyen a los resultados obtenidos hace referencia al tiempo de cuidado; 55,8% de los cuidadores de este estudio llevan cuidando al paciente 36 meses o más, lo cual representa la mayor frecuencia de tiempo de cuidado en la muestra. Como afirman Ávila-Toscano et al. (2010), los individuos con más tiempo como cuidadores son los que presentan menor nivel de conocimientos ( $r = -.39$ ,  $p < .05$ ); ello relacionado con que en este estudio el 58,7% de los cuidadores no conocen ninguna red de apoyo y el 55,8% no han recibido capacitaciones acerca del cuidado del enfermo o el avance de la misma; sin embargo, los mismos autores encontraron que los cuidadores con menor tiempo en esta actividad son quienes expresan más tendencia a mostrar síntomas depresivos, como se encontró en los resultados, y el nivel de depresión de la mayoría de quienes llevan más tiempo como cuidadores es bajo.

Ante la situación planteada se sugiere para estudios posteriores la profundización sobre esta variable que amerita estudio, y desde luego, control. Se ha encontrado que la sobrecarga que experimente un cuidador puede repercutir de forma negativa en su salud, con más frecuencia problemas mentales, y principalmente depresión (Cardona et al., 2011), apoyando la idea de que el aspecto psicológico, y con mayor peso el anímico, genera consecuencias en la persona que lo padece.

## Referencias

- Agudelo, D. (2009). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) con adolescentes y universitarios de la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12), 139-160.
- Alberca, R. (2002). *Tratamiento de las alteraciones conductuales en a enfermedad de Alzheimer y en otros procesos neurológicos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Alberca, R. & López-Posua, S. (1998). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Arango-Laspriella, J., Rogers, H. & Fernández-Guinea, S. (2003). La familia y el cuidador del paciente con demencia y sus recursos. En J. Arango-Laspriella., S. Fernández-Guinea & A. Ardila (Eds.), *las demencias. Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento*. México: DF: Manual Moderno.
- Ávila-Toscano, J. H., García-Cuadrado, J. M. & Gaitán-Ruiz, J. (2010). Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(1), 71-84.
- Biurrun, U. (2003). Voluntariado en la enfermedad de Alzheimer. *Intervención Psicosocial*, 12(3), 353-361.
- Carbonell, M., Grau, J., Ramírez, V. & Grau, R. (2001). El inventario de depresión rasgo/estado (IDERE): desarrollo y potencialidades. *Psicología.com*, 5 (1). Recuperado de: <http://www.psicologiadela salud.cl/prontus/articulos/site/pags/20050401191629.html>
- Cardona, D., Segura, A., Berberí, D., Ordóñez, J. & Agudelo, A. (2011). Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. *Investigación Andina*, 13 (22), 178-193.
- Cresse, J., Bedard, M., Brazil, K. & Chambers, L. (2008). Sleep disturbances un spousal caregivers of individuals whit Alzheimer´s disease. *Intpsychogeriatr*, 20 (1), 149-161.
- Covinsky, K., Newcomber, R., Fox, P., Wood, J., Sands, L., Dane, K. & Yaffe, K. (2003). Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 1006-1014.
- De los Reyes, C., Chamorro, A., Hernández, L., Olmos, K. & Torres, M. (2009). Impacto de la discapacidad en la familia de pacientes con diferentes patologías. Síndrome del cuidador en la enfermedad del Alzheimer y el trauma craneoencefálico. *Memorias de cátedra perfil del cuidador*. Barranquilla: X-press estudio gráfico.
- Díaz, L., Torres, V., Urrutia, E., Moreno, R., Font, I. & Cardona, M. (2006). Factores psicosociales de la depresión. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 35 (3), 1-7.

- Donaldson, C., Terrier, N. & Burns, A. (1998). Determinations of carer stress in Alzheimer's disease. *Int J GeriatrPsychiatry*, 13 (4), 248 -256.
- Espín, A. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana Salud Pública*, 34 (3), 1-13.
- Espín, A. (2009). "Escuela de cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana Salud Pública*, 5 (2), 1-14.
- Ferrera, M., Languiano, E., Di Brango, T., De Vito, E., Di Cioccio, L. & Baucó, C. (2008). Prevalence of stress, anxiety and depression whit Alzheimer caregivers. *Health Qual life Outcomes*, 6 (93). doi: 10.1186/1477-7525-6-93.
- Fuentes, P. (2003). Enfermedad de Alzheimer: una nota histórica. *Revista Chilena neuro-psiquiátrica*, 41(2), 9-12. doi: 10.4067/S0717-92272003041200002.
- Garre-Olmos, J., Hernández-Ferrandiz, M., Lozano-Gallego, M., Vilalta-Franch, J., Turon-Estrada, A., Cruz-Reina, M. et al. (2000). Carga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista Neurología*, 31(6), 522-527.
- González, R. (2000). *Enfermedad de Alzheimer. Clínica, Tratamiento y rehabilitación*. Barcelona: Masson.
- Helmes, E. & Ostbye, T. (2002). Beyond memory impairment: cognitive changes in Alzheimer's disease. *Arch clinneuropsychol*, 17(2), 179-193.
- Lladó, A., Atón-Aguirre, S., Villar, A., Rami, L & Molinuevo, J. (2008). Impacto psicológico del diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 23(25), 294 -298.
- Llibre, J. & Guerra, M. (2002). Actualización sobre la enfermedad de Alzheimer. *Revista cubana de medicina general integral*, 18(4), 264-269.
- López, J., Urueta, R., Gómez-Caro, S., Sánchez, A., Carmona, J. & Moreno, F. (2009). El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2 (7), 332-339.
- Lyketsos, C., López, O., Jones, B., Fitzpatrick, A., Breitner, J. & Dekosky, S. (2002). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardio vascular health study. *JAMA*, 228(12), 1475-1483.
- Martínez-Otero, V. (2010). Sintomatología depresiva en universitarios: estudio de una muestra de alumnos de pedagogía. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(4) 1-18.
- Martínez, J. & Khachaturian, Z. (2001) *Alzheimer XXI: Ciencia y Sociedad*. Barcelona, España: Masson.
- McCurry, S., Logsdon, R., Teri, L. & Vitiello, M. (2007). Sleep disturbances in caregivers of person whit dementia: contributing factors and treatment implications. *Sleep med rev*, 11(2), 143-153.

- Mega, M. S., Cummings, J. L., Fiorello, T. & Gornbein, J. (1996). The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's Disease. *Neurology*, 46(1), 130-135.
- Moreno, J., Arango-Lasprilla, J. & Rogers, H. (2010). Necesidades familiares y su relación con las características psicosociales que presentan los cuidadores de personas con demencia. *Psicología desde el Caribe*, 26, 1-45.
- Morris, R. (1996). *The cognitive neuropsychology of Alzheimer-type dementia*. New York: Oxford University Press.
- Muñoz, J., Iruarriza, I. & Tobal, J. (1995). Déficit neuropsicológicos asociados a la enfermedad de Alzheimer. *Psicothema*, 7(3), 473-487.
- National Institute of Mental Health. (2001). Depression (00-3561). Bethesda, MD: Autor.
- Ocampo, L. (2007). Análisis correlacional del cuestionario de depresión estado/rasgo con una muestra de adolescentes y universitarios de la ciudad de Medellín (Colombia). *Psicología desde el Caribe* (Universidad del Norte), (20), 28-49.
- Padrón, N., Menéndez, S. & Llibre, J. (2002). Presenilinas, Apo E y enfermedad de Alzheimer. *Revista cubana de investigación biomédica*, 21(4), 262-269.
- Paleo, N. & Rodríguez, N. (2005). ¿Por qué cuidar a los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer? *Revista electrónica de geriatría*, 7. Recuperado de: [www.geriatrienet.com/introx.html](http://www.geriatrienet.com/introx.html).
- 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-Paerdomo, M. & Llibre, J. J. (2010). Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 104-116.
- Peraita, H. & Galeote, M. (1999). En el estudio deterioro de la memoria semántica en pacientes de Alzheimer. *Sicothema*, 11(4), 17-937.
- Roig, M., Abengózar, C. & Serra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anuales de Psicología*, 14(2), 215-227.
- Rogers, S. D. & Jarrot, S. E. (2008). Cognitive impairment and effects on upper body strength of adults with dementia. *J Aging Phys Act*, 16(1), 61-68.
- Sánchez, Y., López, A., Calvo, M., Noriega, L. & López, J. (2009). Depresión y Deterioro cognitivo. Estudio basado en la población mayor de 65 años realizado. *Revista habanera de ciencias médicas*, 8(4), 1-8.
- Sanders, S., Ott, C., Kelber, S. & Noonan, P. (2008). The experience of high levels of grief in caregivers of persons with Alzheimer's disease and related demential, *Death stud*, 32 (6), 495-523.
- Simonelli, C., Tripodi, F., Rossi, R., Fabrizi, A., Lembo, D., Cosmi, V. et al. (2008). The influence of caregiver burden on sexual intimacy and marital satisfaction in couples with an Alzheimer spouse. *Int J Clin Pract*, 62(1), 47-52.



- Spielberger, C.D., Buena-Casal, G. & Agudelo-Velez, D. (2008). *Inventario de Depresión Estado-Rasgo, IDER* (manual). Madrid: TEA Ediciones.
- Strauss, M. & Sperry, S. (2002). An informant-based assessment of apathy in Alzheimer disease. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*, 15(3), 176-183.
- Vásquez, F., Otero, P., López, M., Blanco, V. & Torres, A. (2010). Un programa breve basado en la solución de problemas para la prevención de la depresión en cuidadores informales de pacientes con demencia: estudio piloto. *Clínica y salud*, 21(1), 59-76.
- Zambrano-Cruz, R. & Ceballos-Cardona, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36 (1), 26-39.