



UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL LISANDRO ALVARADO
DECANATO EXPERIMENTAL DE HUMANIDADES Y ARTES
PROGRAMA DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SOBRECARGA EN
CUIDADORES/AS INFORMALES DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA

Proyecto de Investigación Presentado por:

Wuendy C. TORREALBA ESCALONA

Y

Naireth T. YÉPEZ RODRÍGUEZ

Tutor:

Marisela YÉPEZ, P

Barquisimeto, Julio 2012



**UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL LISANDRO ALVARADO
DECANATO EXPERIMENTAL DE HUMANIDADES Y ARTES
PROGRAMA DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**



**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SOBRECARGA EN
CUIDADORES/AS INFORMALES DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA**

Trabajo de Investigación presentado por:

Wuendy C. TORREALBA ESCALONA

Y

Naireth T. YÉPEZ RODRÍGUEZ

al

**Programa de Psicología como un requisito para obtener el título de
Licenciatura de Psicología**

Tutor:

Marisela YÉPEZ, P

Barquisimeto, Julio 2012

A Dios por darnos la vida, por estar presente en nuestro camino para brindarnos sabiduría y paciencia para resolver cada dificultad con éxito.

A nuestros padres por el apoyo brindado en cada meta trazada, por sus buenos consejos, por brindarnos esa palabra de aliento cuando la necesitamos, por todo esto gracias.

A nuestras parejas por su comprensión, por darnos la fuerza para seguir adelante.

Agradecimientos

A Dios por su presencia en nuestro camino.

A nuestra tutora Marisela Yépez, por su colaboración, dedicación y enseñanza.

A nuestro profesor guía Víctor López por mostrarnos esa gran sabiduría, que permitió aclarar nuestras ideas y plasmar esos deseos y conocimientos.

A la unidad de Diálisis del Hospital Universitario “Antonio María Pineda”, Hospital Dr. Pastor Oropeza Riera y Unidad de diálisis Centroccidental sucursal el “Ángel” en Barquisimeto, Estado Lara, por abrirnos sus puertas para la realización de nuestra investigación.

A todos los cuidadores que participaron en el estudio, a todos ustedes gracias por contribuir en la realización del presente trabajo.

A la compañía de Wuendy Torrealba, ya que sin ella tampoco fuera realidad este gran sueño, por eso a ti gracias por tu comprensión, ayuda y dedicación.

A ti Naireth por tu aporte, empeño y dedicación, gracias por cada uno de los momentos compartidos.

Índice de contenido

	Pág.
Dedicatoria.....	2
Agradecimientos.....	3
Índice de contenido.....	i
Índice de tablas.....	iii
Resumen.....	v
Introducción.....	9
Marco teórico.....	12
Cuidadores.....	14
Tipos de Cuidado.....	16
Afrontamiento.....	17
Estrategias y Estilos de Afrontamiento.....	17
Modelos Explicativos del estrés y el Afrontamiento.....	19
Sobrecarga.....	23
Tipos de Sobrecarga.....	26
Método.....	31
Problema.....	31
Objetivo General.....	32
Objetivos Específicos.....	32
Definición de Variables.....	33
Tipo de Investigación.....	36
Diseño de Investigación.....	36
Participantes.....	36

Instrumentos.....	37
Procedimiento.....	41
Consideraciones Éticas.....	42
Resultados.....	45
Discusión.....	48
Conclusiones y Recomendaciones.....	52
Referencias.....	54
Anexos.....	54
Anexo A: Instrucciones y hoja de identificación.....	59
Anexo B: Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).....	61
Anexo C: Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (ECCZ).....	64
Anexo D: Confiabilidad del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) y Confiabilidad de la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (ECCZ).....	65
Anexo E: Correlación de Pearson de Estrategias de Afrontamiento y Carga Global.....	66
Anexo F: Correlación de Pearson de Estrategias de Afrontamiento y Carga Nula.....	67
Anexo G: Correlación de Pearson de Estrategias de Afrontamiento y Leve.....	68
Anexo H: Correlación de Pearson de Estrategias de Afrontamiento y Carga Moderada.....	69
Anexo I: Correlación de Pearson de Estrategias de Afrontamiento y Carga Severa.....	70
Anexo J: Frecuencias de las Estrategias de Afrontamiento.....	71
Anexo K: Frecuencias de Niveles de Sobrecarga.....	71

Anexo L: Factor de impacto del Cuidado de la Entrevista de Carga del Cuidador (ECC-Z).....	72
Anexo M: Factor Relaciones Interpersonales.....	72
Anexo N: Factor Expectativas de Autoeficacia.....	73

Índice de tablas

	Pág.
Tabla Núm. 1: Operacionalización del Inventario de Estrategias de afrontamiento.....	33
Tabla Núm. 2: Operacionalización de la Escala de Carga del Cuidador de Zarit (ECCZ).....	34
Tabla Núm.3: Correlación de Pearson de las Estrategias de Afrontamiento Sobrecarga y Niveles.....	47

Resumen

La presente investigación está enmarcada en el ámbito de la Psicología de la Salud, ya que esta, está orientada a determinar los procesos psicológicos que participan en la determinación de la salud, en el riesgo de enfermar y en la recuperación de la misma (Vera, 2004), por lo que resulta importante analizar las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga en los/las cuidadores/as de pacientes con enfermedad renal crónica que acudían a los hospitales públicos de Barquisimeto. Para ello, se utilizó un diseño transeccional correlacional-causal, en una muestra que estuvo conformada por 103 cuidadores informales, a quienes se les aplicó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (adaptación española por Cano et al. 2007) y la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (validada en una muestra de cuidadores informales por Alpuche et al. 2008). Los resultados que se obtuvieron reflejan que las estrategias de afrontamiento relacionadas con la sobrecarga fueron la autocrítica ($r=30^*$, $p<0,05$), pensamiento desiderativo ($r=25^*$ $p<0,05$) y retirada social ($r=32^{**}$ $p<0,01$). Por tanto, hay una asociación estadísticamente significativa entre las estrategias inadecuadas centradas en la emoción con la sobrecarga de los cuidadores.

Palabras Clave: Cuidadores Informales, Estrategias, Afrontamiento, Sobrecarga.

Introducción

La salud ha sido propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, como el completo estado de bienestar físico, psicológico y social. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino más bien es un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo (Labiano, 2006).

La Psicología de la Salud es la encargada de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad, poniendo especial énfasis en la identificación de los procesos psicológicos que participan en la determinación de la salud, en el riesgo de enfermar y en la recuperación de la misma (Vera, 2004), es por ello que la presente investigación, se enmarcó en el ámbito teórico de dicha disciplina, mediante la cual se estudió a los cuidadores/as.

En tal sentido, Vásquez (2007), plantea que estas personas se desempeñan en actividades de ayuda, y por lo general, se ven sometidos a una amplia gama de experiencias emocionales significativas, siendo los cuidadores/as familiares de pacientes con enfermedad crónica, los que se olvidan de identificar y cumplir con sus propias necesidades, viéndose afectada su vida social, su salud mental, y sus hábitos de la vida cotidiana.

No obstante, una estas enfermedades es la insuficiencia renal crónica (IRC), que trae severas consecuencias para quienes la padecen, así como para su entorno familiar, invadiendo su calidad de vida según las distintas modalidades de tratamiento (Rodríguez, Campillo, Avilés, 2006).

A medida que esta enfermedad avanza, los pacientes con insuficiencia renal crónica presentan una amplia variabilidad de síntomas no específicos, en general de carácter fluctuante, que condicionan de forma significativa su bienestar general, para los que muchas veces no es posible determinar una causa orgánica, por lo que, no responden adecuadamente a los tratamientos prescritos.

Asimismo, estos pacientes presentan con frecuencia trastornos emocionales, tales como ansiedad y depresión, por tanto, esto implica mayor dependencia del paciente al cuidador/a, ya que deben adaptarse a las múltiples necesidades del familiar, así como a la búsqueda de estrategias que lo ayuden al afrontamiento de dicha situación (De Larrinoa, Martínez, Ortiz, Carrasco, Solabarrieta, Gómez, 2011).

Autores como, Artaso, Biurrun y Goñi (2002), realizaron un estudio para describir las estrategias de afrontamiento empleadas por un grupo de cuidadoras de personas que padecen demencia, en donde exponen que la estrategia dirigida a la búsqueda de apoyo social se situó como una de la más usadas, y entre la menos empleadas resultó ser, la huida-avoidancia. Igualmente, las cuidadoras más jóvenes e hijas de los pacientes con mayor formación académica, utilizaban habilidades centradas en el problema como: la confrontación y la planificación. En el cual, la sobrecarga grave determinaba la mayor utilización de estrategias como la huida-avoidancia, la aceptación de la responsabilidad y la confrontación. Estos autores indican, que el afrontamiento de la tarea de cuidador/a varía en función del contexto en el que se produce y del grado de sobrecarga que estos presentan.

Por tanto, se observa que otra de las consecuencias ocasionadas por la labor que desempeñan los/las cuidadores/as de este tipo de pacientes, es la sobrecarga, considerada como el estado psicológico que resulta de la combinación del trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como de las demandas económicas que surgen del cuidado brindado (Roig, Abengózar y Serra, 1998).

En ese mismo orden de ideas, Alonso, Garrido, Díaz, Casquero y Riera (2004), estudiaron el perfil y la sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en un programa educativo; obteniendo que existe una elevada sobrecarga entre la población estudiada, a su vez, estos argumentan que a medida que aumenta la edad del cuidador, la sobrecarga es mayor, por lo cual, consideran que estas personas (cuidadoras/es) deberían ser integradas al igual que el paciente en la atención y asistencia sanitaria.

Tomando en cuenta la importancia del estudio de estas variables se analizaron las estrategias de afrontamiento, niveles de sobrecarga y su posible relación en los cuidadoras/es de pacientes con enfermedad renal crónica que acudían a los diferentes centros de salud pública de Barquisimeto, Estado Lara.

Marco Teórico

En el inicio del primer apartado, se presenta la relevancia de los cuidadores/as dentro del sistema sanitario; su descripción, tipos e investigaciones correspondientes y relevantes que permitieron observar al/la cuidador/a de forma global; a fin de proporcionar una mayor comprensión sobre la labor que desempeñan.

En el segundo apartado, se identifican las conceptualizaciones de afrontamiento, la diferenciación entre estrategias y estilos, los modelos explicativos, y a su vez, los antecedentes correspondientes que contribuyeron a la explicación de dicha variable.

Por último, se señalan los conceptos de sobrecarga y sus tipos, seguido de las investigaciones que otorgaron importancia en la variable estudiada.

Cuidadores/as

Flórez, Adeva y García (citado en Hernández, 2006), conciben como cuidador/a aquel individuo que atiende o cuida a otra persona que presenta cualquier discapacidad, minusvalía o incapacidad que le impide efectuar con normalidad aquellas actividades importantes y/o establecer relaciones sociales.

Asimismo, diversos estudios han señalado que los cuidadores y cuidadoras se basan de manera casi exclusiva en los aspectos instrumentales del cuidado, constituyéndose en una pieza clave en la triada terapéutica “equipo de salud-paciente-cuidador” (Cuesta, 2009).

Por lo cual, Aravena y Alvarado (2010), conciben que su labor es fundamental para los pacientes que sufren alguna enfermedad crónica, puesto que estos requieren de su cuidado, lo cual contribuye con el sistema sanitario de forma directa, cooperando con el estado de salud del paciente. Sin embargo, estas personas que ejercen dicha actividad no se encuentran incluidas dentro del sistema formal de salud, por lo tanto, no reciben alguna asistencia donde puedan atender las necesidades o implicación que tiene para ellos la labor de cuidar, donde solo son vistos como un agente cooperador, y no se toman en cuenta como factor

fundamental dentro de la recuperación del paciente o como un sujeto que requiere de atención.

Por su parte, se evidencia que la labor desempeñada por las personas que asisten a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) está enmarcada por la necesidad que tiene el paciente de recurrir constantemente al centro hospitalario para cumplir con el tratamiento renal sustitutivo, como la diálisis peritoneal y la hemodiálisis, el cual requiere de una variedad de cuidados que implica la asistencia de los cuidadores/as de forma directa e inmediata hacia sus pacientes (Alcubilla, 2011).

López, Sánchez, Mengibar, Jiménez y Marchal (2007), explican en su estudio las características del cuidado informal que recibe el paciente con IRC en programa de diálisis, en dicha investigación se obtuvo, que la demanda del cuidado informal corresponde con la necesidad de ayuda que requiere el paciente y la falta de los servicios sanitarios correspondientes.

El presente estudio indica que estos cuidadores/as cumplen tareas tales como: atender la medicación, la dieta, el control de ingesta de líquidos, la ganancia de peso interdiálisis, la preparación de las sesiones de diálisis y la realización de las actividades cotidianas. De igual manera, en cuanto a las características encontradas los autores refieren, que generalmente la atención al paciente, es facilitada por el núcleo familiar más cercano, siendo el género femenino el que ejerce el rol de cuidadora principal (López et al., 2007).

En este contexto, estudios realizados sobre personas cercanas (cuidadoras/es) de pacientes con enfermedad renal, identifican dos áreas de impacto, en primer lugar, la diálisis peritoneal y la hemodiálisis, que pueden tener una influencia perjudicial en la vida de los miembros de la familia, en donde la estructura semanal puede estar orientada a las sesiones de la diálisis; y en segundo lugar, algunos pacientes se vuelven más frágiles y pierden su independencia, necesitando así una mayor atención y apoyo físico Auer (citado en Low, Smith, Burns y Jones, 2008).

Es por ello, que el rol de los cuidadores/as supone importantes repercusiones para su salud física y mental, hablándose en la actualidad del

“síndrome del cuidador” para referirse a las consecuencias negativas (Seguí, Ortiz y De Diego, 2008).

En esta línea de ideas, Kohlsdorf y Costa (2011), realizaron una investigación donde toman en consideración, los datos sociodemográficos, la condición clínica del paciente, los indicadores de ansiedad y las estrategias adoptadas por los/las cuidadores/as de pacientes que padecen de leucemia. Para ello utilizaron la Escala de Afrontamiento (versión brasileña - EMEP), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y un cuestionario sociodemográfico.

Estos instrumentos mostraron la existencia de una relación entre las diferentes categorías de afrontamiento, la edad del cuidador, la educación, y la presencia de un cónyuge, así como correlaciones con el género y ansiedad. Por otra parte, no se observaron asociaciones entre la ansiedad y el afrontamiento centrado en la emoción, por lo que sugirieron realizar intervenciones durante las primeras etapas del tratamiento asociado con el impacto de vida que causa en los cuidadores.

Finalmente, se puede decir que los cuidadores realizan una importante labor y una amplia gama de actividades que dependerá de la enfermedad o padecimiento crónico que el familiar presente, ahora bien, existen otros tipos de cuidadores; para dar mayor explicación sobre esto, el siguiente apartado está dedicado a conocer los diferentes tipos y las diferencias que existen entre los cuidadores.

Tipos de Cuidadores/as

Cabe destacar que en América Latina las personas que tienen un familiar con enfermedad crónica se ven en la necesidad de desempeñarse como cuidadores/as, esto corresponde a la falta del personal de salud encargado para ejercer dicha labor, ya que frecuentemente se observan en los centros de salud aquellas personas que brindan atención a su familiar, esforzándose para brindarle una mejor calidad de vida durante todo el proceso de la enfermedad (Vega y Gonzales, 2009).

A causa de esto, resulta indispensable ofrecer información sobre los tipos de cuidadores/as que ejercen esta actividad. En la cual, atendiendo al grado de

formación, se clasifican en: *cuidadores/as primarios/as formales*, quienes forman parte del equipo de salud capacitados para dar un servicio profesional, que suele ser remunerado, entre ellos se encuentran, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, entre otros. Por su parte, los *cuidadores/as informales no profesionales*, son aquellas personas que pertenecen al sistema de apoyo del paciente, ya sea un familiar o un amigo que asume la responsabilidad absoluta de la persona enferma en todo lo que respecta a su atención básica, que por lo general, no poseen formación académica que les respalde la labor que estos realizan (Martínez, Robles, Ramos, Santiesteban, García, Morales y García, 2008).

Del mismo modo, las personas que pertenecen a la segunda clasificación mencionada anteriormente, reciben el nombre de cuidadoras/es principales, informales, no formales y familiares, todos estos, hacen referencia a la persona cercana que se encarga del cuidado del paciente crónico, durante el periodo de su enfermedad (Bergero, Gómez, Herrera y Mayoral, 2000).

En este sentido, se define a los cuidadores/as principales como aquellos individuos pertenecientes del sistema de apoyo informal del aquejado, que poseen un lazo de consanguinidad o de amistad con este, así como también, asumen las principales tareas de cuidado, con la responsabilidad que ello acarrea, no reciben dinero, estas personas son percibidos por los restantes miembros de la familia como los responsables de asumir el cuidado del enfermo (Roig, Abengózar y Serra, 1998).

Asimismo, el/la cuidador/a informal se define como aquel familiar, amigo/a o vecino/a, que asume brindar asistencia, sin recibir remuneración económica, y capacitación previa para atender aquella persona que por una situación de enfermedad requiere de ayuda y/o supervisión (Bergero, et al. 2000).

Por esto, es necesario tener en cuenta la valoración asumida por el cuidador familiar, relacionado con el hecho de que este acontecimiento represente para él un suceso estresante, donde afronta diferentes situaciones, la cual conduce a que este deba ejercer ciertas estrategias para el afrontamiento diario

correspondiente a la labor ejercida, es por ello, que se hace necesaria la descripción del afrontamiento en el siguiente punto.

Afrontamiento

Lazarus y Folkman (1986), enfatizan que el afrontamiento se refiere a “aquellos estresores 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” (Castaño y León, 2010).

De igual forma, especifican que el afrontamiento o manejo, está relacionado con la forma en que las personas solucionan o se sobreponen a condiciones altamente estresantes. También, en el ámbito de la psicología clínica, se ha propuesto incluso que el afrontamiento establece a diferencia de las defensas psicóticas y neuróticas, un modo más maduro y realista de sobreponer al estrés o al trauma (Lazarus, 2000).

Es importante destacar, que el estudio del afrontamiento, se produjo con la revolución cognitiva específicamente a partir de los trabajos de Lazarus (1966), en el cual, en concordancia con el paradigma que prevalecía en esa época, este autor plantea su teoría relacional del estrés, como proceso propio de evaluación y afrontamiento de situaciones, asimismo, después de varias décadas de investigación el modelo ha revelado su viabilidad para comprender como las personas manejan los estresores que se encuentran en su vida (Cano, Rodríguez y García, 2007).

En su trabajo Lazarus et al. (1986), conserva los aspectos esenciales de su teoría, por un lado, la ha transformado en una teoría de las emociones, en el que incluye las valoraciones poco estresantes de las situaciones, por otro lado, ha generado un giro epistemológico y metodológico hacia enfoques constructivistas y cualitativas respectivamente (Cano et al., 2007).

Es importante mencionar que dicho autor también realizó trabajos con otras personalidades para generar diferentes concepciones sobre el afrontamiento, uno de ello fue, Pearlin y Scholer (1978), donde refieren que este, representa la reacción ante aquellas situaciones que son percibidas por la persona como estresante, con el fin de reducir sus negativas consecuencias, es decir, el afrontamiento y los estresores conservan una relación mutua, ya que ante una condición de tensión se ponen en marcha los recursos que posee la persona para afrontar una situación determinada (Vázquez, 2007).

De igual forma Taylor (2007), expone que “el proceso mediante el cual las personas manejan las demandas internas y externas que ponen a prueba o exceden sus recursos, se denomina *afrontamiento*, en el cual, la persona y el ambiente se influyen mutuamente” (Moreno, 2010).

También, Martínez, Reyes, García y González (2006) reseñan que, la forma de *afrontar*, es un importante mediador de la respuesta psicológica, en cualquier actividad que el individuo puede realizar, tanto a nivel cognoscitivo como conductual para enfrentarse a una determinada situación.

Finalmente, se puede indicar que la situación que poseen los cuidadores representa una problemática que involucra la atención a personas con alguna enfermedad crónica, por lo que se verá en la obligación de poner en marcha recursos personales que pueden ser tanto cognitivos, como conductuales, a fin de resolver las situaciones (Devi y Ruíz, 2002).

Para esto, es importante conocer la diferencia entre los dos procesos de afrontamiento, como son los estilos y las estrategias, que los cuidadores utilizan para hacer frente a los diferentes acontecimientos que se presentan. El siguiente punto a tratar estará enmarcado en esta línea.

Estrategias y Estilos de Afrontamiento

Fernández y Abascal (citado en Cataño y León, 2010), realizan una distinción entre estrategias y estilos. Estos autores describen como *estilos de afrontamiento*, la tendencia particular para hacer frente a las circunstancias, al

igual que, son los responsables de las distinciones personales para emplear diferentes tipos de estrategias para afrontar una situación. Por su parte, las *estrategias de afrontamiento*, es aquel proceso determinado que se lleva a cabo de acuerdo a cada contexto, por lo cual, en ocasiones pueden cambiar dependiendo de la situación que lo desencadena.

Sin embargo, Pelechano (2005), quien es uno de los autores que más metódicamente ha investigado el proceso de afrontamiento en España, considera que ambos conceptos no son contrapuestos sino complementarios, refiriéndose de este modo, al estilo de afrontamiento como las formas estables y consistentes de afrontar el estrés, mientras que las *estrategias de afrontamiento* son las acciones más específicas.

Por otro lado, Muela, Torres y Peláez (2002), explican una de las clasificaciones más empleadas en la literatura, la cual, divide los estilos de afrontamiento en: centrados en el problema y centrados en la emoción. El primero se refiere a los intentos que realiza el/la cuidador/a por controlar las situaciones problemáticas que se plantean a través de alguna acción directa, solventando las dificultades a través de la toma de decisiones, búsqueda de información, entre otros. Es decir, en conjunto todas estas formas de responder tienen como finalidad procurar solventar eficazmente la situación. Mientras que, el afrontamiento centrado en la emoción, por el contrario se utiliza para controlar y disminuir las emociones negativas consecuentes al estrés. En este tipo se incluyen las estrategias tales como, la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas, la extracción de valores positivos, la regulación afectiva, la descarga emocional, la aceptación y la reevaluación de la situación.

De este modo, la explicación que se asume como la más adecuada de acuerdo a los fines de este estudio, es la definición propuesta por Lazarus et al. (1986), la misma considera que el afrontamiento corresponde a los aspectos tanto cognitivos y conductuales a la hora de hacer frente a una situación de estrés, es decir, cómo el individuo se maneja ante las demandas de los sucesos estresores.

Por otra parte, se hace necesario dar a conocer los modelos explicativos del estrés y del afrontamiento, en este caso se hará énfasis en el modelo transaccional adaptado al cuidado.

Modelos explicativos del estrés y el Afrontamiento

En este apartado se resaltan aquellos autores que propusieron una serie de modelos para comprender las consecuencias de la labor que desempeñan los cuidadores/as de personas que se encuentran en una situación de dependencia, comenzando por McCubbin y Patterson (1983), quienes fueron los primeros en proponer el siguiente modelo.

Modelo Doble de ABCX de MacCubbin y Patterson

Este modelo fue extendido inicialmente para explicar el impacto de un estresor en el sistema familiar, en donde se estima que “A” es el evento estresante, “B” son los recursos de la familia, “C” es la percepción familiar y “X” es el sentido de la tensión o cantidad de la crisis. En cuanto al término “Doble” se refiere primero a una acumulación de problemas que se han incrementado debido a la disrupción causada por la crisis inicial, y segundo, al hecho de que el estrés no sólo es consecuencia del evento original sino también de la continua combinación de cambios iniciados por los enfermos crónicos. Es decir, un estresor A (dar cuidado) interactúa con el sistema familiar (B), el cual se enfrenta a con sus recursos a dicho evento de acuerdo a la evaluación que hace la familia (C). Este proceso podría tener consecuencias negativas tanto a nivel físico como mental tanto en la familia como en los cuidadores (Pozo, Sarriá y Méndez, 2006).

Asimismo, este modelo está compuesto por cuatro elementos que se describen a continuación.

El primer elemento del modelo es un estresor. La idea del “doble ABCX” logra ser un recordatorio útil de que hay dos crisis o estresores: la situación de salud y la dificultad de dar cuidados. Asimismo, el conjunto de cambios generados en el/la cuidador/a han sido denominados tensiones asociadas al rol y

constituyen los factores generadores de sobrecarga en el contexto familiar (Deví y Ruiz, 2002).

El segundo elemento está conformado por las percepciones y evaluaciones. En este se describen dos vertientes: la percepción de síntomas y conductas presentes en el enfermo (como manejables ó desconcertantes), sentimiento subjetivo del/la cuidador/a y aquellos referidos a si son aceptables o no los cambios producidos en su vida a causa de dar cuidados (Deví y Ruiz, 2002).

El tercer elemento del modelo implica los recursos y estrategias de afrontamiento, entendidos también como mediadores de la situación de estrés. En donde los recursos, contienen contribuciones financieras y educacionales, soporte social y asistencia social; en la cual, estos han de servir como mediadores o como demandas competentes; por su parte, el afrontamiento comprende el manejo de la situación, la modificación del significado del evento y manejar los síntomas del estrés (Deví y Ruiz, 2002).

El cuarto elemento se refiere a las consecuencias para el/la cuidador/a, las cuales son generalmente asociadas al estrés ó carga. A su vez, los indicadores de estrés incluyen distrés emocional, enfermedad física en el/la cuidador/a, reducción de la participación social, relaciones alteradas con la persona mayor que recibe el cuidado y demandas financieras (Deví y Ruiz, 2002). Por lo cual, en el núcleo familiar donde se encuentre una persona con dependencia al tratamiento renal sustitutivo, el nivel de demandas es muy elevado y podría producir consecuencias negativas para la salud de la familia y a los/las encargado/as de la atención del paciente (Pérez, 2008).

No obstante, este nivel de demandas no se interpreta inadmisiblemente en un alto grado de estrés y tensión. Puesto que, debido a la interacción entre el suceso estresante, los recursos con lo que cuente el/la cuidador/a, y la apreciación de la gravedad del suceso que este tenga, puede causar que sea vulnerable al estrés y a la crisis (Pérez, 2008).

Modelo del proceso del estrés

El presente modelo explicativo de estrés de Lazarus y Folkman (1986), tiene como finalidad distinguir dos componentes en el proceso de cuidar como lo son: la evaluación primaria y la evaluación secundaria.

En lo que respecta a la evaluación primaria, las personas aprecian el carácter de un determinado evento para ellos como irrelevante, benigno o negativo. En tal sentido, si el evento no representa una amenaza no se establece ninguna condición estresante para el individuo, sin embargo, si este valora que el suceso es de carácter negativo, se abre paso a la valoración secundaria, en el cual, la persona apreciará los recursos que dispone para hacer frente así como también la magnitud de las consecuencias que puede causar si tiene éxito o no el afrontamiento empleado (Pérez, 2008).

En consecuencia este modelo admite una aproximación multidimensional, con la combinación de variables contextuales, como las variables demográficas (edad, sexo, estado civil, ingresos, situación laboral), el sistema y los nexos familiares, la forma en cómo se relacionaban antes de desempeñar la asistencia, la disponibilidad de cuidadores y de servicios, así como el entorno cultural y las características propias del cuidado (Pérez, 2008).

Modelo teórico expandido del cuidado

Zarit, Reever y Bach (1980), indican que la carga se oculta en los componentes subjetivos del modelo descrito anteriormente en el que muestra un esquema que permite conocer cómo se siente el/la cuidador/a respecto a la situación de atención.

Por tanto, si los recursos que utiliza el/la cuidador/a son valorados por éste como apropiados, posiblemente esta persona continuará en su rol sin manifestar una excesiva sensación de tensión física y emocional. Por el contrario, cuando los recursos son superados por los requerimientos, puede constituirse una crisis y resultar consecuencias negativas en la salud de esta persona que presta atención y a su vez, manifestar sobrecarga (Pérez, 2008).

Modelo transaccional adaptado al cuidado

En este modelo Lazarus et al. (1986), concibe que es el más adaptado a la situación de cuidado. Considera que atender a una persona con dependencia es un importante estresor para los cuidadores familiares, ya que estos se ven afectados a nivel físico, mental y social, aunque dicho efecto es mediado por los recursos de afrontamiento y el apoyo social (Pinquart y Sörensen, 2006; Vitaliano, Russo, Young, Teri y Maiuro, 1991; Goode, Haley, Roth y Ford, 1998).

No obstante, al considerar el cuidado como un evento vital estresante, tanto la familia en su conjunto, como las personas que asumen el rol de cuidar al paciente, perciben graves consecuencias físicas y psicosociales de importancia, de igual forma algunos aspectos positivos, como los sentimientos de satisfacción.

Para exponer dicho proceso Lazarus et al. (1986), proponen el modelo relacional o transaccional del estrés mencionado anteriormente. Este enfoque puntualiza al estrés como el resultado de una interacción entre las personas y el contexto, que es evaluado por éstas como amenazante ó desbordante de sus recursos, poniendo en peligro su bienestar.

Asimismo, el modelo transaccional esparce la notabilidad de los factores psicológicos (cognitivos y conductuales) que intervienen entre estímulos y respuestas. Es decir, en las dimensiones básicas de valoración cognitiva y afrontamiento, entiende ambos como los mediadores de las reacciones del estrés a corto, medio y largo plazo. La estimación cognitiva que haga la persona del potencial estresor es clave en términos de la capacidad para causar daño, por lo que, es más relevante la interpretación del suceso que el suceso mismo. Dicha respuesta va a obedecer de las discrepancias individuales de los cuidadores.

En tal sentido, el modelo transaccional plantea que el impacto del cuidar puede elevarse o disminuirse por las variables mediadoras como el afrontamiento y el apoyo social.

Sobre la base de los diferentes modelos propuestos por los autores anteriormente citados, es necesario conocer las nociones que se tienen acerca de

las consecuencias del cuidado, es decir, aquellos niveles de sobrecarga que el cuidador pueda presentar al no poseer estrategias que le permitan hacer frente a las implicaciones del cuidado. Por tal motivo a continuación se presenta los conceptos correspondientes a la sobrecarga (Pérez, 2008).

En este sentido, después de mostrar los diferentes modelos propuestos por los autores anteriormente citados, es necesario conocer las nociones que se tienen acerca de las consecuencias del cuidado, es decir, aquellos niveles de sobrecarga que el cuidador pueda presentar al no poseer estrategias que le permitan hacer frente a las implicaciones del cuidado. Por tal motivo a continuación se presenta los conceptos correspondientes a la sobrecarga.

Sobrecarga

Luego de haber realizado una revisión bibliográfica, se puede indicar que esta variable ha sido objeto de estudio inicialmente por Zarit et al. (1980), lo cual, ha dejado importantes hallazgos, para la comprensión de la carga percibida por el/la cuidador/a que se desempeña en atender personas que presenten dificultades físicas y psíquicas que le generen algún tipo de dependencia. Sin embargo, a lo largo de los años han sido muchos los autores que han hecho referencia a esta variable.

En este contexto, De Larrinoa, Martínez, Ortiz, Carrasco, Solabarieta y Gómez (2011), conciben la sobrecarga como el grado en que la persona cuidadora percibe, como esa labor influye sobre los diferentes aspectos de su salud, vida social, personal y económica.

Se puede indicar que la sobrecarga se ha planteado principalmente en términos del impacto que genera la enfermedad en la calidad de vida de quienes asumen el rol de cuidador/a, considerándose como un constructo multicausado, que se genera por una combinación de las características y duración de la enfermedad del paciente, también por las características propias de la personalidad del familiar, de las responsabilidades en el hogar, las formas de apoyo social que posean e igualmente, del costo económico que conlleva la enfermedad (Urizar, Molina, Maldonado, García, 2011).

Con respecto a ello, Álvarez, Valdés, Estébanez y Rebollo (2004), planten, evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la carga de los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis y analizar los factores que se asociaron con él. En los resultados obtenidos se observa que la calidad de vida relacionada con la salud de los/las cuidadores/as familiares de pacientes de diálisis es ligeramente peor que la de la población española de la misma edad y sexo. Los miembros más jóvenes de la familia, que son los cuidadores principales de pacientes mayores en diálisis con mala calidad de vida relacionada a la salud, experimentó una mayor carga, tenían una peor calidad de vida relacionada con la salud y un mayor riesgo de depresión clínica, a lo se podía agravar si se percibía un bajo apoyo social.

Por tanto, se puede definir la sobrecarga como un “estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen al cuidar dicho enfermo” (Roig, Abengózar y Serra, 1998).

Para ello, Seguí, Ortiz y De Diego (2008), realizan una investigación donde plantean como objetivo, la evaluación de los niveles de sobrecarga, así como el estado de salud mental y física en los/las cuidadores/as de niños diagnosticados con autismo. A su vez, analizaron la relación existente entre dichas variables, en la cual, los resultados indicaron una elevada sobrecarga en las personas que brindan atención, así como deterioros en salud mental y física respecto a la población general. Se encontraron correlaciones positivas y significativas entre los niveles de sobrecarga, las dimensiones psicopatológicas y las dimensiones de salud. En tal sentido dichos resultados son consistentes con estudios previos en este campo. Ya que se apoya la idea de la necesidad de programas de atención y apoyo para los cuidadores de niños con enfermedades crónicas.

Asimismo, Alfaro, Morales, Vázquez, Sánchez, Ramos, Guevara (2008), investigaron sobre la carga del/la cuidador/a, plantean un estudio donde el objetivo fue medir y comparar los niveles de sobrecarga, ansiedad y depresión de 65 cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico, con los de 35 cuidadores de pacientes terminales.

Los resultados de la presente investigación indican que ambos grupos excedieron el punto de corte del nivel de sobrecarga, en la cual, no se destacaron diferencias significativas en esta variable ni en la ansiedad. Sin embargo, solo los cuidadores de pacientes terminales presentaron mayor sintomatología depresiva y mayor percepción de impacto en su estado de ánimo. Además, se encontraron correlaciones positivas entre sobrecarga-depresión; sobrecarga-ansiedad; y depresión-ansiedad. Por tanto, se puede concluir que los cuidadores tienen sintomatología afectiva que necesita atención, sobre todo si cuidan pacientes terminales. El tipo de paciente influye en la sintomatología depresiva.

En tal sentido, se puede definir la sobrecarga de los/las cuidadores/as como un concepto multidimensional que explica la tensión existente en los aspectos emocionales, físicos, sociales y económicos de la vida de las personas (Leal, Sales, Ibáñez y Giner, 2008).

Alonso et al. (2004), estudiaron el perfil y la sobrecarga de los/as cuidadores/as de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. Como objetivo secundario, estos pretendían valorar la satisfacción de las personas que brindan atención con la intervención y la evolución de la sobrecarga tras el desarrollo del programa. En los resultados obtenidos los autores refirieron, que existe una elevada sobrecarga entre las personas que ejercen el rol de cuidar, siendo mayor a medida que aumenta la edad. De igual forma exponen que, estas personas valoran positivamente su participación en el programa, reflejando que la asistencia al/la cuidador/a debería integrarse en la atención al paciente.

También, Aravena y Alvarado (2010), realizaron una investigación enfocada a establecer la sobrecarga derivada de la tarea de cuidar, en los/las cuidadores/as informales y los factores asociados a ella. Los resultados, reflejaron que el perfil de estas personas, corresponde a una mujer entre 54 y 65 años de edad, hija, esposa y/o madre, que cuida más de 8 horas diarias a su familiar y realiza esta tarea desde hace más de 6 años, que no ha recibido la formación para los diferentes cuidados que otorga y que presenta niveles moderados de sobrecarga.

Los autores concluyen que es posible establecer algunos parámetros predictivos de sobrecarga, entre estos se encuentran: aquellos cuidadoras/es que

muestran escasas redes sociales, estado de salud regular, peor que hace un año atrás y que presentan molestias físicas. Resaltando, que es de suma importancia que estas personas sean tomadas en cuenta como un usuario que también requiere de atención y no sólo visto como un agente colaborador para el sistema formal de salud.

Para lograr esto, se requiere en primer lugar, realizar una medición de la carga en aquellas personas que desempeñan labores como cuidadores/as informales. Para ello, existen numerosos instrumentos que intentan valorar la sobrecarga del cuidador como: el “índice global de carga”; “entrevista de sobrecarga del cuidador”; “cuestionario de sentido de competencia”. Sin embargo, estas herramientas evalúan sólo algunas dimensiones de este fenómeno, que incluye calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente atendido. Es así como, la “Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit” logra aunar consistentemente todas estas dimensiones; siendo la más utilizada a nivel internacional. Por ende, ha sido validada en diversos idiomas incluyendo el español. En la presente investigación, se utilizará esta escala.

Una mayor sobrecarga deteriora la salud mental, social y física del cuidador/a, presentando con mayor frecuencia trastornos ansioso-depresivos, mayor aislamiento social, empeoramiento de la situación económica familiar, mayor morbilidad general e incluso mayor mortalidad. Para ello, se hace necesario identificar los niveles de sobrecarga que pueden presentar los cuidadores de pacientes en tratamiento de hemodiálisis.

Tipos de Sobrecarga

La sobrecarga experimentada por los/las cuidadores/as principales puede dividirse en dos vertientes: la primera sería la sobrecarga objetiva, que se debe inexorablemente al desempeño de las tareas de cuidado, como por ejemplo, asear al enfermo todos los días y darle de comer. Y la sobrecarga subjetiva, que corresponde al plano de los sentimientos y emociones que provocan dicha labor de cuidado (Roig, Abengózar y Serra, 1998).

También, Artaso, Goñi, y Biurrún (2003), exponen que la carga «objetiva» engloba los cambios comportamentales y de autonomía del paciente, y la «subjetiva» que se refiere a los problemas prácticos que llevan consigo, la carga o reacción emocional del/la cuidador/a.

En este mismo orden de ideas, Zarit (1989), Miller y Montgomery (1990), exponen diferencias entre sobrecarga objetiva, la cual, corresponde a como la persona percibe el grado de dedicación y el impacto que este tiene sobre su vida; y la sobrecarga subjetiva, que se refiere a la forma en que estos sujetos responden a la situación de cuidados. Es un sentimiento psicológico que se asocia al hecho de cuidar y se relaciona con el grado en que los/las cuidadores/as se sienten agotados y perciben dificultades para manejar la situación que generan los cuidados (Aravena y Alvarado, 2010).

Por tanto, en la presente investigación, se tomará en cuenta los dos tipos de sobrecarga descritos anteriormente por los diferentes autores, ya que esta requiere ser evaluada de forma global, representada en niveles, que pueden experimentar los cuidadores, debido a la labor que desempeñan.

Luego, de haber revisado las diferentes concepciones y modelos teóricos, sobre el afrontamiento y la sobrecarga que pueden presentar los/las cuidadores/as, es importante resaltar que son pocas las investigaciones que involucran las dos variables.

Sobre la base de lo expuesto, es importante resaltar que son pocas las investigaciones que involucran las dos variables. En las revisiones bibliográficas realizadas fueron encontradas las que se presentan a continuación.

Autores como, Nasser, Ibraheem, Ezzat, y Ebraheim (2011), realizaron un estudio enfocado a los cuidadores de pacientes esquizofrénicos, con el fin de explorar las estrategias de afrontamiento y la carga que estos presentan, así como también, identificar la relación que pueda existir entre ellas. Obtuvieron como resultado, que el nivel de carga reportado por los/las cuidadores/as de pacientes esquizofrénicos fue alto.

En dicho estudio, la mayoría de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los/las cuidadores/as de los pacientes fueron: auto reevaluación de control

positivo, y escape-evitación. La carga, fue negativa y no se correlacionó significativamente con el afrontamiento de confrontación, distanciamiento, búsqueda de apoyo social y estrategias positivas de afrontamiento y reevaluación. Sin embargo, fue positiva y no de manera significativa, la correlación con el control de sí mismo/a, aceptar la responsabilidad, escape-evitación y resolución de problemas planificada.

Muela et al. (2002), hablan sobre la relación entre estrategias, carga y optimismo, así como también, comparan estos dos tipos de clasificaciones: centradas en el problema/ emoción, contra adecuadas/ inadecuadas. En este estudio participaron 85 cuidadores/as principales de enfermos de Alzheimer. Donde se encontraron diferencias en el número de habilidades inadecuadas usadas en función del nivel de carga. Asimismo, se observó la relación entre optimismo y destrezas inadecuadas, así como, entre optimismo y estrategias centradas en el problema. Estos resultados reflejaron, la utilidad de usar un criterio de adecuación de las habilidades a la situación planteada en cuidadores/as de enfermos de Alzheimer.

Otro estudio que relacionan ambas variables es el de Artaso, Goñi y Biurrún (2002), el cual plantea como objetivo, la descripción de las estrategias de afrontamiento utilizadas por un grupo de cuidadoras de enfermos con demencia. Donde, se estudiaron 40 cuidadoras mujeres o hijas de este tipo de pacientes que permanecían en la comunidad. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas: deterioro cognitivo (MEC) y funcional (índice de Barthel), sobrecarga (“Escala de sobrecarga del cuidador”) y estrategias de afrontamiento (“Cuestionario de formas de afrontamiento”).

Los resultados obtenidos en esta investigación fueron que las estrategia más utilizadas son, la “búsqueda de apoyo social” y la menos la “escape- evitación”. Las cuidadoras más jóvenes e hijas de los pacientes con mayor formación académica, utilizaban más estrategias centradas en los problemas y en concreto la “confrontación y la “planificación”. La sobrecarga grave determinaba la mayor utilización de la “huida- evitación”, la “aceptación de la responsabilidad” y la “confrontación”. Estos concluyen mencionando que el afrontamiento de la

tarea de los/las cuidadores/as varía en función del contexto vital en el que se produce y del grado de sobrecarga.

Navarro (2010), con el objetivo de evaluar si existe relación entre la personalidad, la sobrecarga de los/las cuidadores/as y las estrategias de afrontamiento que desarrollan estos, para enfrentar el cuidado, solicitaron la participación de 23 cuidadores/as de personas mayores en situación de dependencia ingresadas en el área hospitalaria de Sevilla. Para la recolección de las variables clínicas aplicaron el Cuestionario revisado de Personalidad de Eysenck, versión reducida (EPQ-RA), Inventario de Estrategias de afrontamiento (CSI) y la Escala de Sobrecarga de Zarit, la cual, obtuvieron que la mayoría de la muestra eran mujeres (86.96%) con una edad media de 54 años, con estudios de educación básica. Un 56.2 % padecían de alguna enfermedad y un 92 % no tenían ayuda.

Asimismo, la autora encontró una significación estadística para la extraversión, el neocriticismo, disimulo-conformidad, la sobrecarga y las estrategias de afrontamiento. Revelando que aquellos cuidadores/as que alcanzaron puntuaciones altas en la escala de extraversión efectuaron un manejo adecuado de la situación, mientras que los que obtuvieron mayores puntuaciones en el neuroticismo asumieron un manejo inadecuado de la situación.

Por otro lado, Arechabala, Catoni, Palma y Barrios (2011), realizaron un estudio para determinar los síntomas depresivos, apoyo social percibido y autopercepción de carga en los/las cuidadores/as y pacientes en hemodiálisis crónica (HDC) asimismo, evaluaron la relación entre el número de años de cuidado y el grado de fatiga alcanzado, tomando una muestra de 162 díadas paciente-cuidador/as, a quienes les aplicaron los instrumentos “escala adaptada de percepción de apoyo social”, “escala de autopercepción de carga”, “escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos” y “escala de severidad de la fatiga”. Los instrumentos les fueron aplicados a los pacientes por ayudantes entrenados y, en el caso de los/las cuidadores/as fueron autoaplicados. Arroja que, tanto los pacientes (40,74 %) como los/las cuidadores/as principales (43,82%) presentaban síntomas de depresión. Además, se evidenció una

asociación positiva ($r = 0,43$, $P < 0,001$) entre la autopercepción de carga y la presencia de síntomas depresivos en los pacientes. Los/las cuidadores/as principales fueron en su mayoría mujeres y familiares de los pacientes, se percibían fatigados con el cuidado, al igual que lo observaron los propios pacientes. En cuanto a la presencia de síntomas depresivos el resultado fue similar en pacientes y cuidadores/as, así como también, hubo una asociación estadísticamente significativa entre autopercepción de carga y presencia de síntomas depresivos en los pacientes.

En este contexto, cabe resaltar la carencia de la escasa evidencia de estudios dedicados a dar explicaciones sobre los fenómenos que ocurren durante la tarea del cuidado, sumado a la poca importancia que se le da a la tarea de los/las cuidadores/as informales y en específico a aquellos que asumen este rol con pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. También son insuficientes las investigaciones que hablan sobre la relación que puede tener la carga que estos presentan y las estrategias que estos asumen para enfrentar la situación (Low, Smith, Burns y Jones, 2008).

Por tanto, es de interés la verificación de dichas variables a través del presente estudio, acotando que mediante los resultados se obtendrá aportes teóricos que contribuirán con el conocimiento académico y a su vez servirá como precursor para el estudio de próximas investigaciones. Con la obtención de estos datos, le permitirá al sistema sanitario y a los profesionales de la salud mental, establecer programas de intervención dirigidos a atender las necesidades que estas personas refieren, a fin de prevenir futuros problemas psicológicos en los/las cuidadores/as, ya que no existen evidencias claras de la eficacia de las intervenciones terapéuticas en este ámbito (Brodaty, Green y Koschera, 2003).

Método

Problema

Siguiendo con el apartado anterior, donde se observó la existencia de investigaciones dirigidas a evaluar las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga en cuidadores de pacientes con patologías crónicas, como las demencias, el Alzheimer, la enfermedad pulmonar obstructiva, el cáncer, entre otros. Sin embargo, son escasos los estudios que se han enfocado a estudiar las variables antes mencionadas en cuidadores/as de pacientes con enfermedad renal crónica (Teixidó, Tarrats, Arias y Cosculluela, 2006).

De hecho, se ha valorado en los cuidadores/as de pacientes con tratamiento de hemodiálisis, la calidad de vida, la relación de pareja, ansiedad, personalidad, depresión, la satisfacción, el estrés familiar, mientras que la sobrecarga en estos se ha estudiado poco (Shimoyama, Hirakawa, Yahiro, Mizumachi, Schreiner y Kakuma, 2003).

Esta deficiencia, amerita la continuación de investigaciones dirigidas a conocer los niveles de sobrecarga que pudiesen estar presente en los cuidadores/as de pacientes con enfermedad renal crónica. Por lo tanto, sería interesante contrastar los resultados obtenidos por Aravena y Alvarado (2010), sobre los parámetros predictivos para padecer sobrecarga. Los mismos, establecen que aquellos cuidadores/as sufren este padecimiento cuando muestran escasas redes sociales, estado de salud regular y molestias físicas.

De igual manera, García, Mateo y Marato (2004), refieren que los cuidadores/as con mayor nivel de sobrecarga, manifiestan deficiente autopercepción de salud y mayor posibilidad de padecer trastornos emocionales, aludiendo que se deben establecer acciones preventivas a fin de evitar el desarrollo de enfermedades crónicas, físicas y psicológicas derivadas por la sobrecarga.

Por tanto, es de interés identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan los encargados/as de brindar atención a los pacientes con patologías crónicas, puesto que el estudio realizado por Nasser et al. (2011), cuyo objetivo principal consistió en identificar la relación entre la carga y las estrategias de afrontamiento en los cuidadores/as de pacientes con esquizofrenia, reflejó un alto nivel de carga; así como también, aclaró que la estrategia de afrontamiento más utilizada fue: escape-avoidancia. Esto indica que aquellas personas que utilizan este tipo de estrategias presentan mayores niveles de sobrecarga. Sin embargo, estos resultados pueden variar de acuerdo al contexto, por lo tanto, es necesario continuar profundizando el estudio de estas variables.

En tal sentido, surge la siguiente interrogante ¿existe relación entre las estrategias de afrontamiento empleadas por los cuidadores/as de pacientes con enfermedad renal crónica y la sobrecarga? A fin de dar respuesta a esta interrogante se plantean los siguientes objetivos.

Objetivo General

Analizar si existe relación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga en los cuidadores/as informales de pacientes con Enfermedad Renal Crónica, que acuden a los Hospitales públicos de Barquisimeto.

Objetivos Específicos

- Identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan los/las cuidadores/as informales de pacientes con enfermedad renal crónica, que acuden al Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”, Hospital Dr. Pastor Oropeza Riera, Unidad de diálisis Lara y Unidad de diálisis Centroccidental sucursal el “Ángel” en Barquisimeto, Estado Lara.
- Determinar los niveles de sobrecarga en los/las cuidadores/es informales de pacientes que acuden al Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda” Hospital Dr. Pastor Oropeza Riera, Unidad de diálisis Lara y Unidad de diálisis Centroccidental sucursal el “Ángel” en Barquisimeto, Estado Lara.

- Evaluar si existe relación entre los niveles de sobrecarga y las estrategias de afrontamiento en los/las cuidadores/as informales de pacientes con enfermedad renal crónica, que acuden al Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda y el Hospital Dr. Pastor Oropeza Riera, Unidad de diálisis Lara y Unidad de diálisis Centroccidental sucursal el “Ángel” en Barquisimeto, Estado Lara.

Variables

Variable A: Estrategias de afrontamiento

Definición conceptual

Aquellos recursos cognitivos que utilizan las personas para enfrentar situaciones de tensión. De igual forma, se establece que, es un conjunto de respuestas cognitivas y conductuales que los sujetos emplean para enfrentar situaciones estresantes (Sapene y Tommasino, 2001).

Definición operacional

A través de el puntaje obtenido en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Tobin et al., (1989) adaptada por Cano et al. (2006). Expuesta de manera detallada en la tabla 1.

Tabla N°1.

Operacionalización del Inventario de Estrategias de Afrontamiento

Variable	Dimensiones	Ítems
Estrategia de Afrontamiento	Resolución de Problemas (REP)	01,09,17,25,33
	Autocrítica (AUC)	02,10,18,26,34
	Expresión Emocional (EEM)	03,11,19,27,35
	Pensamiento Desiderativo (PSD)	04,12,20,28,36
	Apoyo Social (APS)	05,13,21,29,37
	Reestructuración Cognitiva (REC)	06,14,22,30,38
	Evitación de Problemas (EVP)	07,15,23,31,39
	Retirada Social (RES)	08,16,24,32,40

Variable B: Sobrecarga

Definición conceptual

La sobrecarga se define como la evaluación o percepción que el/la cuidador/a tiene sobre las demandas del medio relacionadas a su rol y los recursos con los que cuenta para satisfacer dicha demanda (Aravena y Alvarado, 2010).

Definición operacional

Se define operacionalmente a través de la sumatoria del puntaje obtenido en la Escala de Carga del Cuidador (ECCZ) de Zarit (1985). Esta la observa de manera precisa en la Tabla 2.

Tabla N° 2.

Operacionalización de la Escala de Carga del Cuidador de Zarit (ECCZ)

Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems
Carga	Carga objetiva	Impacto del Cuidado	2, 3, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19 y 22.
	Carga subjetiva	Relación Interpersonal	1, 4, 5, 6, 9 y 13.
		Expectativas de Autoeficacia	15, 20 y 21.

Variables a controlar

Edad

Definición conceptual

Se refiere a la edad acumulada por la persona desde su nacimiento (Real academia española, 2001). Esta variable se controlará por medio del proceso de inclusión, seleccionando a los participantes mayores de 18 años.

Nivel de instrucción

Definición conceptual

Es el grado de estudio alcanzado o en curso por una persona (Unesco, 1978). Participaran aquellos/as cuidadores/as que tengan un nivel de instrucción igual o mayor a la primaria.

Tipo de paciente y tratamiento

Definición conceptual

Paciente es aquella persona que padece física y corporalmente, lo que amerita de asistencia, mientras que tratamiento, es el conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad (Real Academia Española, 2001). La misma se controlará, eligiendo a aquellos cuidadores/as de pacientes con patología de insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis.

Instrucción del facilitador

Definición conceptual

Se refiere al “conjunto de reglas o advertencias para algún fin (Real Academia Española, 2001). Estas serán estandarizadas para todos los sujetos e impartidas por los examinadores.

Tipo de Investigación

La presente investigación es no experimental, de campo y de corte transversal.

Es no experimental, dado que las investigadoras no manipulan las variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2006), de campo puesto que la investigación se llevó a cabo en el medio natural donde ocurre el fenómeno (Coolican, 2006) y transeccional, ya que los datos se recolectarán en un solo momento, en un tiempo único (Hernández et al. 2006).

Así mismo, se considera correlacional, debido a que este tipo de estudio permite medir el grado de relación entre dos o más variables (Hernández, et al. 2006), en esta investigación se planteó conocer la posible relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga de los cuidadores/as de pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden a los centros hospitalarios públicos de Barquisimeto, Estado Lara.

Diseño de Investigación

Diseño correlacional causal, puesto que se evaluó la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga de los cuidadores/as de pacientes con insuficiencia renal crónica que acudían a los centros hospitalarios públicos de Barquisimeto, Estado Lara, sin precisar causalidad entre estas, ya que solo se limitó a evaluar la existencia de relaciones entre las variables mencionadas (Hernández et al. 2006).

Participantes

La población estuvo constituida por los cuidadores/as de pacientes con enfermedad renal crónica que acudían al tratamiento de hemodiálisis en los centros de salud públicos del Estado Lara.

El muestreo que se llevó a cabo en esta investigación fue, de tipo no probabilístico accidental, ya que la selección de los cuidadores se hizo en función de los que acudieron al lugar en un momento determinado (Peña, 2009).

La muestra estuvo constituida por aproximadamente 103 cuidadores/as informales de pacientes con insuficiencia renal crónica que acudieron de lunes a viernes a la Unidad de diálisis del Hospital Universitario “Antonio María Pineda”, Seguro Social Dr. Pastor Oropeza, Unidad de diálisis Lara y Unidad de diálisis Centroccidental sucursal el “Ángel” en Barquisimeto, Estado Lara. Asimismo, los participantes tenían un rango de edad igual o mayor a 18 años, y un nivel de escolaridad igual o mayor a primaria.

Instrumentos

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

El inventario que se utilizó en la presente investigación fue creado originalmente por Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989). El mismo, fue adaptado a la población española por Cano, Rodríguez y García (2007), y está constituido por 40 ítems que miden la variable estrategias de afrontamiento.

Dentro de las propiedades psicométricas del test, se puede decir que, este presenta niveles de fiabilidad adecuados refiriéndose a la consistencia interna con un Alpha de Cronbach entre 0.63 y 0.89 dependiendo de los factores. Asimismo, se obtuvieron 8 factores que explicaron el 61 % de la varianza; la validez convergente se comprobó utilizando las intercorrelaciones entre escalas y las correlaciones con disposiciones de personalidad (NEO-FFI) y eficacia percibida del afrontamiento.

El CSI está constituido por una escala del 0 al 4 donde la persona debe indicar de acuerdo a la situación o hecho que haya elegido el grado de cómo reacciona tal como lo señala el ítems (0 = en absoluto; 1 = un poco; 2 = bastante; 3 = mucho y 4 = totalmente).

El mismo está conformado por ocho dimensiones como:

- Resolución de problemas (REP): estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.
- Autocrítica (AUC): estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.
- Expresión emocional (EEM): estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés.
- Pensamiento desiderativo (PSD): estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.
- Restructuración cognitiva (REC): estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante
- Apoyo social (APS): estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional.
- Evitación de problemas (EVP): estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.
- Retirada social (RES): estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante.

Este inventario se corrigió para efectos de la presente investigación, de la siguiente manera: en la dimensión resolución de problemas (REP), se obtuvo un puntaje con la sumatoria obtenida en cada ítem de la siguiente manera. El puntaje comprendido entre 0 y 10 permite considerar que la persona utiliza poco o en absoluto la estrategia resolución de problema. El comprendido entre 11 y 20, indica que el sujeto emplea mucho o totalmente dicha estrategia.

De igual forma, la dimensión Autocrítica, se interpretó de la siguiente manera: 0 al 10 indicará poca ausencia de autocrítica, mientras que del 11 al 20 se consideró que el sujeto emplea mucho o exclusivamente la autocrítica.

En cuanto a la Expresión emocional: del 0 al 10 indicará poca o absoluta inexpressión de sus emociones, y del 11 al 20 indicará una expresión total de sus emociones.

Pensamiento desiderativo, de 0 al 10 indicará poco o absoluto pensamiento desiderativo, y del 11 al 20 indica que utiliza mucho o totalmente esta estrategia.

Apoyo social, 0 al 10 indicará la poca utilización de la búsqueda de apoyo emocional, y del 11 al 20 indica que la persona emplea totalmente esta estrategia.

Reestructuración cognitiva, 0 al 10, indica la poca utilización de esta estrategia, y del 11 al 20 refleja totalmente utilización de esta estrategia.

Evitación de problema, 0 al 10 indicará poca utilización de esta estrategia, y del 11-20 indica mayor utilización de evitación del problema.

Retirada social, 0 al 10 indicará poca retirada social, y del 11 al 20 indica mayor retirada social.

Escala de Carga del Cuidador de Zarit (ECCZ)

Esta escala se validó inicialmente por Montorio en 1998, esta posee 22 reactivos; presenta tres dimensiones subyacentes a la carga del cuidador como: impacto del cuidado, carga interpersonal y expectativas de autoeficacia. En conjunto, los tres factores explicaron el 55% de la varianza, siendo el factor “impacto” el que explicó el mayor porcentaje (33.2%).

Asimismo, en cuanto al análisis de las propiedades psicométricas, la escala presentó tanto en la carga global como las tres subdimensiones derivadas a partir del análisis factorial, una aceptable consistencia interna, que osciló entre .69 y .90 en el índice alfa de Cronbach.

Posterior a ello, Alpuche, Ramos, Rojas y Figueroa (2008), realizaron un estudio con el propósito evaluar la validez de la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit, de la versión española de Montorio y cols. (1998). En esta investigación, los tres factores explican en total 50.39% de la varianza, mientras que el factor 1 es el que explica el mayor porcentaje (24.49%) de varianza. No obstante, se obtuvo una adecuada confiabilidad (.90) para los 21 reactivos de la ECCZ, por otro lado, para respaldar la validez de constructo, los autores hicieron una

correlación de Spearman entre el CPE y la carga, obteniéndose $r_s = .679$ ($p < .01$). Por tanto, se obtuvo un alfa de Cronbach de .90 y la fiabilidad de cada dimensión subyacente a la carga osciló entre .88 y .64, siendo la más baja la de Autoeficacia, influida por el número de ítems que la componen.

Este instrumento estuvo constituido por una escala de tipo Likert que va desde 0 al 4, en la cual la persona debió responder con qué frecuencia se ha sentido en los últimos seis meses tal como lo señalan los ítems asignado el 0 = nunca; 1=casi siempre; 2=algunas veces; 3=frecuentemente; 4=siempre.

Esta escala la constituyen dos dimensiones, la carga objetiva, y la carga subjetiva. La carga objetiva está compuesta por los indicadores: Impacto del Cuidado, mientras que la carga subjetiva está constituida por Relación Interpersonal y Expectativas de Autoeficacia. Los resultados que arroja este instrumento son: si los cuidadores puntúan de 0 a 23 la carga es nula/sin carga; 24 a 30=Carga Leve; 31 a 40 =Carga Moderada; 41 ó Más Puntos = Carga Severa.

Por último, el factor 1, Impacto del cuidado sobre el cuidador, se refiere principalmente a las valoraciones que hace el sujeto respecto de la prestación de cuidados, como falta de tiempo libre, deterioro de su salud, falta de intimidad, sensación de pérdida de control de su vida, deterioro de su vida social, etcétera. El factor 2, Relación interpersonal cuidador/a-paciente, está representado por aquellos elementos referidos a la relación que este mantiene con su familiar o paciente, como sentimientos de vergüenza, enfado o tensión. El factor 3, Expectativas de autoeficacia, refleja creencias del/las cuidador/as sobre su capacidad para cuidar a su familiar, el deber de hacerlo, el sí podría hacerlo mejor, la falta de recursos económicos y la creencia de que solo él puede hacerlo.

Asimismo, es importante destacar que, en la actual investigación el Inventario de Estrategias de Afrontamiento arrojó una confiabilidad de 0.83 puntos para la escala global (ver anexo D), mientras que la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (ECCZ) obtuvo una fiabilidad de 0.82 para la escala total (ver anexo D). No obstante, para la evaluación de estos aspectos se utilizó la prueba de Alpha de Cronbach que hace referencia a la consistencia interna de los constructos.

Procedimiento

En el presente estudio se seleccionaron los instrumentos para la medición de las variables estrategias de afrontamiento y sobrecarga, posterior a ello, se contactó a los jefes del servicio de nefrología del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, Hospital Dr. Pastor Oropeza Riera, Unidad de diálisis Lara y la Unidad de Diálisis Centroccidental Lisandro Alvarado sucursal el Ángel; con la finalidad de explicarles los objetivos y relevancia de la investigación, así como también, solicitar la colaboración y autorización para acceder a la muestra y recolectar los datos.

Luego de la obtención de los permisos correspondientes, se procedió a aplicar las escalas a los cuidadores/as de pacientes que asistían al tratamiento de hemodiálisis, durante el tiempo que permanecían en la sala de espera; así mismo se les explicó acerca del objetivo de la investigación que se estaba llevando a cabo, en donde se expuso que “la exploración estaba dirigida a conocer cuál era la experiencia percibida por los cuidadores/as de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, solicitándoles su valiosa colaboración para llenar los formularios”.

Seguidamente, se les informó sobre la confidencialidad y anonimato de los datos, destacando la posibilidad de rehusarse a participar en la investigación. Luego de obtener la afirmación por parte de las/los cuidadoras/es para participar en la misma, se les hizo entrega de un sobre amarillo que contenía las dos escalas y una hoja con las instrucciones estandarizadas, datos relacionados al sexo, edad, estado civil, parentesco, domicilio, escolaridad, pago y tiempo que llevan cuidando al familiar o paciente. Asimismo, el tiempo estimado para contestar ambas encuestas fue de 60 minutos aproximadamente.

Sin embargo, es preciso destacar que en la presente investigación se respetaron los parámetros éticos para el estudio con los seres humanos, tomando en cuenta lo establecido en el siguiente apartado.

Consideraciones Éticas

A fin de dar cumplimiento a lo expresado en el Código de Ética del Profesional de la Psicología en Venezuela, se tomó en consideración los siguientes artículos expresados en el Capítulo I, que hacen referencia a los deberes Éticos que rigen el área de la Investigación.

Artículo 54: La investigación en Psicología debe inspirarse en lo más elevados principios éticos y científicos.

Artículo 55: La investigación en Psicología deberá ser realizada y supervisada por personas técnicamente entrenadas y científicamente calificadas.

Artículo 57: Para proteger la integridad física y mental de la persona, la experimentación con humanos debe cumplir los siguientes requisitos:

- a) Toda persona debe expresar con absoluta libertad su voluntad de aceptar o rechazar su condición de sujeto de experimentación, salvo los casos contemplados en el artículo 56.
- b) Debe tener la facultad de suspender la experiencia en cualquier momento.
- c) Debe estar suficientemente informado acerca de la naturaleza, alcance, fines y consecuencias que pudieran esperarse de la experimentación, excepto en aquellos casos en que la información pudiera alterar los resultados de la misma.
- d) Debe garantizársele la asistencia médica y psicológica necesaria durante todo el tiempo que dure la experimentación, y aún después de concluida ésta, por las consecuencias que puedan resultar de la misma.
- e) Deben establecerse procedimientos que permitan compensarle por los riesgos que se deriven de la experiencia efectuada.

Artículo 59: Toda investigación deberá ser calificada en función de su necesidad real, de su alcance y de los riesgos que implica. El investigador deberá tener sumo cuidado de transmitir las verdaderas razones de su investigación.

Artículo 60: El investigador deberá garantizar el anonimato de las respuestas de los sujetos sometidos a investigaciones y evitar aminorar la posibilidad de cualquier daño moral a aquellos.

Artículo 61: Es antiético informar a los sujetos que los resultados obtenidos de la investigación servirán para resolver algún problema sin esforzarse después en esa dirección.

Artículo 62: El desacuerdo con los resultados de una investigación o estudio no es razón admisible para silenciar su publicación.

Artículo 63: Como científico, el Psicólogo debe, en lo posible, comunicar los resultados de su investigación a otros investigadores.

Artículo 65: Cuando un Psicólogo acepte un empleo que impida o limite la publicación de los resultados de su investigación, debe insistir cuanto le sea posible que se publiquen las conclusiones fundamentales para el desarrollo de la Psicología como ciencia o para el bienestar común.

Artículo 66: Los Psicólogos que interpretan para el público los conceptos y los servicios psicológicos tienen la obligación de informar clara y fielmente. Se debe evitar toda exageración, sensacionalismo, superficialidad e información prematura sobre los progresos recientes. La modestia y la discreción deben caracterizar las divulgaciones del Psicólogo, quien no debe autorizar la publicación de los resultados de su investigación sin tener la seguridad de que se les dará una interpretación seria, imparcial y adecuada.

Artículo 69: El Psicólogo asumirá máxima responsabilidad en divulgación de información psicológica a fin de servir adecuadamente al público, y así proteger a los individuos y la buena reputación de la profesión.

Artículo 70: En la publicación de libros, artículos y trabajos de investigación el Psicólogo debe adjudicar justo reconocimiento a la labor de todos los que tomaron parte en el proyecto. Quienes hayan contribuido a una publicación deben recibir mención adecuada, en proporción a su trabajo y tomando en cuenta sólo éste.

También deben expresarse claramente la índole de la colaboración, aclarando si se trata de proyectos de investigación, recopilación de datos, redacción u otros.

Artículo 73: Los materiales publicados por un autor y utilizados por otro en una publicación ulterior deben utilizarse sólo con permiso de quien posea derechos de autor sobre el material. En caso de que no exista título de propiedad sobre los materiales publicados, se debe obtener permiso del autor del trabajo original y hacerse la declaración de procedencia apropiada. El Psicólogo deberá reconocer con sumo cuidado, y a través de citas específicas, el origen, de sus ideas y materiales.

Por otro lado, luego de obtener los datos y completada la muestra, se procedió a realizar el vaciado de las respuestas y depuración de los mismos en la hoja de cálculo del programa Microsoft Office Excel (2007), obtenido a través de formulas la puntuación total de cada sujeto.

Una vez culminada la recolección de los datos, estos fueron introducidos para su análisis en el paquete estadístico SPSS versión 19.0 para Windows, los mismos se describen de manera más precisa en el siguiente apartado.

Resultados

Para analizar si existe relación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga en los cuidadoras/es informales de pacientes con enfermedad renal crónica, se utilizó el estadístico de coeficiente de correlación de Pearson (r) para variables cuantitativas, asimismo, para determinar el grado significativo de esta relación se consideró un nivel de significancia (p) igual o mayor a 0.05 ($p \leq 0.05$).

En este sentido, se obtuvo que las estrategias de afrontamiento que se asociaron con la sobrecarga fueron: la autocrítica ($r .30^*$; $p < 0.05$), que hace referencia a la autoinculpción por la situación estresante o su inadecuado manejo, el pensamiento desiderativo ($r .25^*$; $p < 0.05$), que indica que el uso de estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no sea estresante, y la retirada social ($r .27^{**}$; $p < 0,01$), la cual implica que a medida que los cuidadores y las cuidadoras se alejan de aquellas personas importantes (amigos, familiares y compañeros) que están asociadas con la reacción emocional, tienden a aumentar la sobrecarga durante el proceso estresante.

A través de estos resultados, se interpretó el tamaño del efecto de estas variables. El mismo fue obtenido por la correlación de Pearson, tomando en consideración los criterios de coeficiente de Beta (ρ) de Keith (2006), observándose un tamaño de efecto grande, lo que quiere decir que el fenómeno estudiado, la relación entre las estrategias de afrontamiento inadecuadas centradas en el problema y centradas en la emoción inciden en la sobrecarga manifestada en los cuidadores/as de pacientes renales.

Por otro lado, para verificar las estrategias de afrontamiento empleadas por los cuidadores/es, se realizó un análisis de frecuencia, tomando en cuenta el valor de las medias, donde se pudo apreciar que, la resolución de problemas ($M=15$) y la reestructuración cognitiva ($M=12$), ambas correspondientes a un manejo

adecuado centrado en el problema, y el pensamiento desiderativo (M=14) manejo inadecuado, resultaron ser las más usadas.

Por tanto, la autocrítica (M=3), la retirada social (M=5) y la evitación de problema (M=7) pertenecientes al manejo inadecuado del problema y de la emoción, resultaron ser las estrategias menos empleadas.

Posteriormente, se utilizó la estadística descriptiva y se realizó un análisis de frecuencia, para la identificación de los niveles de sobrecarga manifestados por los cuidadores/as, de los cuales, se obtuvo para una muestra de 103 participantes, que un 24,3 % no presentaron carga, 21,4 % mostraron carga leve, 29,1% carga moderada, mientras que un 25,2 % presentó una carga severa, resultado que indica que la mayoría de la muestra presenta una nivel de sobrecarga que va desde leve a severa, siendo la carga moderada quien obtuvo un mayor porcentaje en la muestra estudiada.

En relación a las subdimensiones que conforman la Escala del Cuidador de Zarit (ECCZ), se analizaron las frecuencias de las respuestas, donde el factor impacto de cuidado obtuvo un 45%, lo que expresa que, el tiempo libre, la salud, la intimidad y vida social de las/os cuidadoras/es no se ven afectadas por la labor que estos realizan, mientras que un 24% consideró que estos aspectos algunas veces resultan afectados, y finalmente el 19,8 % de ello cree que, el brindar atención a estas personas, ocasiona una sensación de pérdida de control de su vida y a su vez de su tiempo libre.

De igual forma, se consideró la dimensión de las relaciones interpersonales entre cuidador-paciente, donde se observó que el 67% de cuidadores/as no presentan sentimientos de vergüenza, enfado o tensión cuando están cerca de su familiar, mientras que un 16,2 % respondió que algunas veces si poseen emociones de este tipo hacia la persona cuidada.

También se verificó la expectativa de autoeficacia, donde un 47% cree que solo ellos pueden brindar una adecuada atención a su familiar, además consideran

que no poseen los recursos económicos necesarios para cubrir los gastos que requieren las personas con enfermedad renal.

Consecutivamente, se realizó la evaluación de las estrategias de afrontamiento y los niveles de sobrecarga, para ello se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, hallándose una relación altamente significativa entre el apoyo social ($r= 51^{**}$ $p=0,01$), reestructuración cognitiva ($r = 46^*$ $p= 0,05$) y evitación de problema ($r = 48^*$ $p=0,05$) con la ausencia de carga (carga nula).

De igual modo, las estrategias que tienen una correlación altamente significativa con la carga leve son: expresión emocional ($r=64^{**}$ $p=0,01$), pensamiento desiderativo ($r = 49^{**}$ $p=0,01$), apoyo social ($r =75^{**}$ $p=0,01$), reestructuración cognitiva ($r=59^{**}$ $p=0,01$) y retirada social ($r=51^*$ $p=0,05$).

Al igual que el pensamiento desiderativo ($r=58^{**}$ $p=0,01$), y reestructuración cognitiva ($r =59^{**}$ $p=0,01$) tienen una relación altamente significativa con la carga moderada, así como también, existe una relación inversa

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CARGA GLOBAL
--

con este nivel de carga y la expresión emocional ($r= -36^*$ $p=0,05$).

Mientras que, la retirada social ($r= 48^*$ $p=0,05$) apoyo social ($r= 55^{**}$ $p=0,01$) y evitación de problema ($r= 47^*$ $p=0,05$) tiene una relación parcial con la carga severa.

Tabla 3.

Correlación de Pearson de las Estrategias de Afrontamiento, Sobrecarga y sus Niveles

Sobrecarga		Estrategias de Afrontamiento						
N	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
103		r 30**		r 25*				r 27**
Medias (M)	15	3	10	14	10	12	7	5
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y NIVELES SOBRECARGA								
NIVELES	N							
Nula	25					r 51**	r 46*	r 48*
Leve	22		r 64**	r 49*	r 75**	r 59**		r 51*
Moderado	30		r -36*	r 58**		r 59**		
Severa	26					r 55**	r 47*	r 48*
NOTA: en el cuadro se reflejan los resultados más significativos.								
*La correlación es significativa al nivel $p < 0,01$ ** La correlación es significativa al nivel $p < 0,05$								
REP: Resolución de Problema; AUT: Autocritica; EEM: Expresión emocional; PSD: Pensamiento Desiderativo; APS: Apoyo Social; REC: Reestructuración Cognitiva; EVP: Evitación de Problema; RES: Retirada Social.								

Discusión

El objetivo general del presente estudio fue analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga en cuidadores/as de pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Mediante los resultados obtenidos se observa una relación positiva y significativa entre estas variables, específicamente, la autocritica, pensamiento desiderativo y la retirada social con la carga global, esta última se presenta entre moderada y severa. Igualmente, esto refleja que la utilización de estrategias desadaptativas centradas en el problema y en la emoción se relacionan con la presencia de sobrecarga en la muestra estudiada.

Este resultado se asemeja al reflejado por Navarro (2010), quien encontró que la autocritica y la evitación de problemas tiene una correlación directa con la sobrecarga, mientras que en la resolución de problema la correlación resulto ser inversa, ya que a medida que disminuye el empleo de estrategias dirigidas a resolver la situación estresante aumenta la sobrecarga.

Asimismo, estos resultados también concuerdan con investigaciones realizadas por otros autores como Muela et al. (2002), donde encontraron relación entre el número de estrategias usadas inadecuadas en función de los niveles de carga, también, el trabajo realizado por Nasser et al. (2011), indica una

concordancia positiva poco significativa entre auto reevaluación del control positivo, escape-evitación y una carga alta, de igual forma, Artaso y colaboradores (2002), coinciden con la afinidad entre la búsqueda de apoyo social, escape- evitación y un nivel de carga grave.

Por otra parte, las estrategias de afrontamiento empleadas por los cuidadores de pacientes con enfermedad renal crónica son: la resolución de problema, reestructuración cognitiva y el pensamiento desiderativo. Estos resultados concuerdan con lo expuesto por Nasser, et al. (2011), Artaso, Goñi y Biurrún (2003), Artaso, et al. (2002), que aunque utilizaron muestras e instrumentos diferentes al estudio actual, obtuvieron que las formas de afrontar más utilizadas fueron: la planificación y la reevaluación positiva, denominaciones que poseen el mismo significado que la resolución de problema y reestructuración cognitiva, evidenciándose así el manejo de habilidades centradas en el problema.

Seguidamente, al identificar los niveles de sobrecarga en los cuidadores/as, se observan altos porcentajes entre carga severa y moderada. Esto concuerda con Navarro (2010), quien encontró que los cuidadores/as presentaron una carga intensa, al igual que Artaso et al. (2003), revela que la mayoría de las personas que brindan esta labor manifestaron una sobrecarga intensa. Asimismo, mediante estas comparaciones se corrobora la presencia de una carga significativa en individuos que cuidan a pacientes en hemodiálisis.

También, es necesario destacar la diferencia de los resultados obtenidos en el presente estudio con el de Bañobre, et al. (2005), ya que en sus descubrimientos obtuvieron que la mayoría de la muestra estudiada no presentó sobrecarga, y una minoría de ellos percibieron carga leve e intensa, diferenciándose esto con los resultados obtenidos en esta investigación, ya que aquí se localizó un mayor porcentaje de sobrecarga que varía entre moderada y severa.

Por tanto, se indica que los cuidadores con una sobrecarga severa se asocian con el uso de estrategias como el apoyo social, la evitación de problemas y la retirada social, coincidiendo con Artaso et al. (2002), quienes indican que las variables como el apoyo social y la estrategia huida- evitación explican el nivel de sobrecarga presente en los cuidadores y cuidadoras de pacientes con demencia.

Mientras que las personas con carga moderada se relacionaron significativamente con la utilización de habilidades como la reestructuración cognitiva y pensamiento desiderativo, estas destrezas están centradas en el problema, además de ello, la primera es adaptativa mientras que la segunda es desadaptativa. Este resultado se diferencia del trabajo desempeñado por Muela et al. (2002), los cuales encontraron diferencias entre las estrategias y la sobrecarga y solo relación entre la carga baja y la utilización de estrategias inadecuadas centradas en el problema.

Por otra parte, se consideraron las discrepancias encontradas en la investigación realizada por Artaso, et al. (2002), la cual refiere que las personas que cuidan pacientes con demencia, al compárala con el presente estudio la búsqueda del apoyo social no alcanzó una puntuación estadísticamente significativa, es decir, no resultó ser una de las más empleadas, mientras que, aquellas personas que tienen a su cargo pacientes con demencia, el apoyo social si lo fue. Esta diferencia puede estar asociada a las características y la condición de enfermedad de la muestra, ya que los pacientes con este padecimiento requieren de una mayor atención, y por ende los cuidadores/as se ven en la necesidad de buscar un mayor apoyo.

Sin embargo, los resultados reflejados en la presente investigación con respecto a la poca utilización de estrategias dirigidas a la búsqueda del apoyo social, coinciden con el trabajo realizado por Aravena y Alvarado (2010), quienes establecieron como parámetros predictivos de sobrecarga en los cuidadores/as y cuidadoras aquellos que mostraron escasas redes sociales.

De igual modo, los cuidadoras/es que participaron en el presente estudio utilizaron con menos frecuencia estrategias como, la autocrítica, retirada social y evitación de problema, resultado que se contrapone a la publicación expuesta por Nasser, et al. (2011), quienes exponen que los cuidadores de pacientes con esquizofrenia tienden a huir y evitar el problema, por su parte, los cuidadores de pacientes en tratamiento de hemodiálisis no recurren a este tipo de afrontamiento, catalogados como habilidades de afrontamiento inadecuadas centradas en el problema y en la emoción.

En cuanto a las características del perfil de los cuidadores/as, se obtuvo que la mayoría corresponden al sexo femenino. Los hijos(as) son quienes asumen el cuidado, seguido de los esposos(as). La edad pertenece al grupo de mayores de 40 años. Por lo general solteras/os, con un nivel educativo de bachiller, no reciben pago, tienen más de un año cuidando al familiar, por más de cuatro horas, y más de cuatro días. Estos resultados concuerdan con los expuestos por Navarro (2010), Artaso et al. (2002) y Arechabala, Catoni, Palma y Barrios (2011), los cuales describen a los cuidadores como hijos, que en su mayoría son mujeres, con edades entre 40 y 50 años, solteros, con estudios de educación básica y no reciben ningún tipo de ayuda.

En lo que corresponde a las limitaciones que surgieron en el presente trabajo, se encontró que la muestra obtenida de ciento tres (103) cuidadoras/es fue relativamente pequeña a lo que inicialmente se tenía planteado (160), por tanto, se recomienda aumentar el número de participantes para una mayor generalización de los resultados. Así como la poca receptividad por parte de la muestra a la hora del llenado de los instrumentos, aunado a que las áreas donde se realizaron las entrevistas fueron inadecuadas en las diferentes instituciones visitadas.

Finalmente, estos resultados refuerzan y evidencian la relación positiva que existe entre las estrategias de afrontamiento y la sobrecarga que presentan los cuidadores/as de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, a su vez, en el presente estudio se observó como la carga influye en la forma de afrontar de estos cuidadores, ya que la mayor cantidad de la población que poseen carga severa y moderada, tienden a utilizar estrategias enfocadas a la evitación del problema y la retirada social, lo que les dificulta la expresión emocional de aquellos síntomas o situaciones que generan este tipo de carga, teniendo como consecuencia el incremento de la sobrecarga y el deterioro de la calidad de vida.

Conclusiones y Recomendaciones

Basados en los resultados obtenidos se puede concluir que el uso de estrategias inadecuadas centradas en el problema y centradas en la emoción como la Autocritica, el Pensamiento desiderativo y la Retirada social, aumentan la posibilidad de manifestar sobrecarga.

Por otro lado, se encontró que los cuidadores/as de pacientes con enfermedad renal en tratamiento de hemodiálisis presentan un mayor porcentaje de carga que oscila entre leve, moderado y severo, aunado a ello, estas personas manifestaron una alta percepción de sobrecarga subjetiva, relacionado a la percepción de autoeficacia, en el que reflejaron la creencia sobre la capacidad que poseen para brindar cuidado a su familiar, manifestando en su totalidad que solo ellos pueden ofrecer una mejor atención, resaltando así, la carencia de recursos económicos para cubrir los gastos ocasionados por la enfermedad.

Asimismo, la combinación de estrategias inadecuadas centradas en el problema (evitación de problema) con el uso de un afrontamiento adecuado centrado en el problema y en la emoción (reestructuración cognitiva y apoyo social) se relacionaron significativamente con la ausencia de sobrecarga en los cuidadoras/es de pacientes en tratamiento de hemodiálisis.

Seguidamente , el uso de estrategias adecuadas centradas en el problema y en la emoción como la reestructuración cognitiva y el apoyo social, seguido de pensamientos desiderativos y expresión emocional tienden a relacionarse con la presencia de una sobrecarga leve.

Además, cuando el uso de la expresión emocional disminuye la carga aumenta a un nivel moderado, así como también, cuando el pensamiento desiderativo y la reestructuración cognitiva aumentan, la sobrecarga también crece a un nivel moderado.

Por último, el apoyo social, unido a la evitación de problema y la retirada social se relacionan con la presencia de una sobrecarga severa en estos cuidadores/as.

Por tanto, parece indicar que el uso de estrategias como la reestructuración cognitiva favorece a la ausencia de carga y si esta última se percibe se presenta en un nivel leve. En consecuencia se puede decir que debido a la falta de la búsqueda del apoyo social, en este caso un apoyo emocional, los cuidadores tienden a presentar una mayor sobrecarga que va de leve a severa.

Por tal motivo, se hace necesario continuar ampliando los estudios en esta dirección, ya que son pocos las investigaciones realizadas enfocadas a conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento que se relacionan con la presencia de sobrecarga en los cuidadores/as de personas en tratamiento de hemodiálisis.

De igual forma, se recomienda brindar un lugar adecuado para la aplicación de las escalas, para así obtener una mayor sinceridad por parte de los colaboradores.

Igualmente, resulta importante conocer si estas estrategias varían en función del tiempo, para así poder realizar programas de intervención dirigidos a brindar herramientas a estas personas que en su afán por brindar una atención adecuada, se autoexigen en relación a la atención que pueden ofrecer a sus familiares.

También, es fundamental que se realice psicoeducación relacionada a que los cuidadores conozcan sobre la enfermedad de su familiar, el por qué la importancia de seguir estrictamente la dieta, que consecuencias conlleva para el paciente el incumplimiento de esta.

Asimismo, propiciar la realización de grupos de apoyo, conformados por personas con la misma condición de cuidador, para que entre ellos hablen y discutan de las situaciones referentes al cuidado.

Referencias

- Alcubilla, J. (2011). Más de dos mil pacientes renales en Venezuela esperan ser trasplantados. *Revista electrónica salud y tecnología*. Recuperado de http://www.tecnologiahechapalabra.com/salud/salud_instante/articulo.asp?i=5443.
- Alfaro-Ramírez del Castillo., Morales-Vigil, T., Vázquez-Pineda., F., Sánchez-Román., S. Ramos-del Río, B., Y Guevara-López., U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*. 46 (5), 485-494.
- Alpuche-Ramos, V. J., Ramos- del Río, B., Rojas-Russell, M.E., y Figueroa-Gonzalo, C. (2008). Validez de la entrevista de carga de zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud*, 28(02), 237-245.
- Alonso, A., Garrido, A., Díaz, A., Casquero, R., y Riera, M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención primaria*, 14 (2)61-68.
- Álvarez-Ude, F., Valdés, C., Éstebanez, C., Rebollo, P. (2004). Health-related quality of life of family caregivers of dialysis patients. *Journal nephrology*, 17(6), 841-50.
- Aravena, J., y Alvarado, S. (2010). Evaluación de la sobrecarga de cuidadores informales. *Revista ciencias y enfermería*, 16(2), 111-120.
- Arechabala, M., Catoni, M., Palma, E., y Barrios, S. (2011). Depresión y autopercepción de la carga del cuidado en pacientes en hemodiálisis y sus cuidadores. *Rev Panam Salud Publica*, 30(1), 74-79.
- Artaso, B., Goñi, A., y Biurrún, A. (2002). Estrategias de afrontamiento de las cuidadoras informales del paciente con demencia. *Cuadernos de medicina Psicosomática y Psiquiátrica*, 60, 38-45.
- Artaso-Irigoyen, B., Biurrún-Unzue, A., y Goñi-Sarriés, A. (2003). Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Revista española de geriatría y gerontología: órgano oficial de la sociedad española de geriatría y gerontología*. 38 (4), 212-218.
- Auer, J. (2002). Dialysis a family matter. A personal tribute to the relatives of kidney patients. *EDTNA ERCA J*, 28, 141-144.
- Bañobre, A., Vázquez, J., Outeiriño, S., Rodríguez, M., González, M., Graña, J., Manso, B., Estevez, A., Remigio, M., Álvarez, P., y Otero, A. (2005). Efectividad de la intervención educativa en cuidadores de pacientes dependientes en diálisis y valoración de la carga. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería y Nefrología*, 8 (2), 156-165.
- Bergero, T., Gómez, Herrera, M., y Mayoral, F. (2000). Grupo de cuidadores primarios de daño cerebral: una perspectiva de análisis. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20 (73) ,127-135.
- Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayanz, S. Guerra, C., y Millán, T. (2008). Validación en Chile de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista médica de Chile*, 137: 657-665.

- Brodsky, H., Green, A., Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the american geriatrics society*. 51(5), 657-64.
- Cano, F. Rodríguez, L., y García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas españolas psiquiátricas*, 35(1), 29-39.
- Castaño, E., y León, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of psychology and psychological therapy*. 10, (2), 245-257.
- Coolican, H. (2006). Métodos de investigación y estadística en psicología. Manual moderno Bogotá- Colombia.
- Cuesta-Benjumea, C. (2009). El cuidado familiar: una revisión crítica. *Revista Ciencia y enfermería*, 27(1), 96-102.
- Dakduk, S., González, A., y Montilla, V. (2008). Relación de variables sociodemográficas, psicológicas y la condición laboral con el significado del trabajo. *Interamerican Journal of Psychology*, 42, 390-401.
- De Larrinoa-Palacios, P., Martínez-Rodríguez, S., Ortiz-Márquez, N., Carrasco-Zabaleta, M., Solabarrieta-Eizaguirre, J., y Gómez-Marroquín, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23 (3), 338-393.
- Deví, J., y Ruiz, I. (2002). Modelos de estrés y afrontamiento en el cuidador del enfermo con demencia. *Revista mult gerontología*, 12 (1), 31-37.
- Fan, L., Sathick, I., McKitty, K., y Punzalan, S. (2008). Quality of life of caregivers and patients on peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant*. 23(5), 1713-1719.
- Fernández-Abascal, E, G. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En EG Fernández Abascal, F Palmero, M Chóliz y F Martínez: *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción* (pp. 189-206). Madrid: Pirámide.
- García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I., y Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria*, 18(2), 83-92.
- Gayomali, C., Sutherland, S., y Finkelstein, F.O. (2008). The challenge for the caregiver of the patient with chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant*, 23, 3749–3751.
- Goode, K., Haley, W., Roth, D., y Ford, G. (1998) Predicting Longitudinal Changes in Caregiver Physical and Mental Health. A stress Process Model. *Health Psychology*, 17(2),109-98.
- Hernández, S., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación (4ta edición). México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Islas, N., Ramos, B., Aguilar, M., y García, M. (2006). Perfil Psicosocial del Cuidador Primario Informal del Paciente con EPOC. *Revista instituto nacional enfermedades respiratorias México*, 19 (4), 266-271.
- Keith, T. (2006). Multiple regression and beyond. Pearson: Madrid.
- Kohlsdorf, M., y Costa, A. (2011). Coping strategies and caregiver's anxiety in pediatric oncology. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 24(2), 272-280.
- Labiano, M. (2006). Introducción a la psicología de la salud. En Oblitas, L.A. (Ed.). *Psicología de la Salud* (2da Edición). México.
- Lazarus, R. (1966). Psychological stress and the coping process. New York: McGraw Hill.

- Lazarus, R., Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y Emoción. Modelo del proceso del estrés, manejo e implicaciones en nuestra salud*. 1ª ed. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Leal, M., Sales, E., Ibáñez, J., y Giner, C. (2008). Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. *Actas españolas psiquiátricas*, 36 (2), 63-69.
- López, J., Sánchez, L., Mengibar, R., Jiménez, S., y Marchal, M. (2007). Aproximación a los cuidados informales de enfermos renales crónicos en el complejo hospitalario de Jaén. *Revista sociedad española de enfermería nefrología*, 10(2), 127-136.
- Low, J., Smith, G., Burns, A., y Jones, L. (2008). The impact of end-stage kidney disease (ESKD) on close persons: a literature review. *Nephrology Dialysis Transplantation plus*, 2, 67-79.
- McCubbin, H., y Patterson, J. (1983). The family stress process: the double ABCX model of adjustment and adaptation, en McCubbin, H., Sussman, M., y Patterson, J. *Social stress and the family: advances and developments en family stress theory and research*, 7-37, New York: Haworth.
- Martínez-Correa, A., Reyes-del paso, G., García-León, A., González-Jareño, M. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18 (1), 66-72.
- Martínez-González, L., Robles-Rendón, Ma., Ramos del Río, B., Santiesteban-Macario, F., García-Valdés, Ma., Morales-Enríquez, M., y García-Leaños, L. (2008). Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 20 (1), 23-29.
- Miller, B., Montgomery, A. (1990). Family caregivers and limitations in social activities. *Res Aging* 12(1), 72-93.
- Montorio, C., Izal, F., López, L., y Sánchez, C. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14 (4), 229-248.
- Moreno-de Ibarra, M., y Peña, G. (2010). Discapacidad y estrés familiar. *Tópicos en psicología de la salud: Discapacidad y estrés familiar* (1era ed). Caracas, Venezuela: publicaciones UCAB.
- Muela-Martínez, J., Torres-Colmenero, C., Pelaéz-Pelaéz, E. (2002). Comparación entre las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de alzheimer. *Psicothema*, 14 (3), 558-563.
- Nasser, W., Ibraheem, I., Ezzat, A., y Ebraheim, N. (2011). Burden and coping strategies in caregivers of schizophrenic patients. *Journal of American Science*, 7(5), 802-811.
- Navarro, M^a. (2010). Relación entre personalidad, sobrecarga y estrategias de afrontamiento en cuidadores de pacientes mayores dependientes en el área hospitalaria Virgen de Macarena de Sevilla. *Nure investigación*, 51, 1-11.
- Organización de las Naciones Unidas para la educación la ciencia y la cultura. Instrumentos normativos. (1978). Recuperación de http://portal.unesco.org/es/ev.php_URL_ID=13136&URL_DO_TOPIC&URL_SECTI_ON=201.html.

- Organización Mundial de la Salud (2012). Temas de salud: enfermedad crónica. [Versión electrónica]. Recuperado en diciembre 12, de 2011 en http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.
- Pearlin, L., Y Scholer, C. (1978). The structure of coping. *The journal of health and social behavior*, 19(1), 2-21.
- Pelechano, V. (2005). Acerca de afrontamiento y enfermedad crónica: una reflexión ¿fundada? con alguna sugerencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica: Revista Oficial de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*, 10(1), 3-14.
- Peña, G. (2010). Psicología de la salud: noción general y términos relacionados. En Cañoto, Y., Peña, G. y Yaber, G. (Eds). *Tópicos en Psicología de la Salud*, Caracas: UCAB.
- Peña, G. (2009). Estadística inferencial. Una introducción para las ciencias del comportamiento. (1ra ed.). Caracas, Venezuela: Publicaciones UCAB.
- Pérez, A. (2008). Dependencia, cuidado informal y función familiar. Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento (Tesis Doctoral, Departamento de Psiquiatría, Psicología Médica, Medicina Legal e Historia de la Ciencia, Universidad de Salamanca). Recuperada de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/tesis-perez-dependencia.pdf>.
- Pinquart, M., y Sörensen, S. (2006). Gender Differences in Caregiver Stressors, Social Resources, and Health: An Updated Meta-Analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 61(1), 33-45.
- Pozo, P., Sarriá, E., y Méndez, L. (2006). Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista. *Psicothema*, 22 (3), 342-347.
- Ramos, M. Catena, A. y Trujillo, H. (2004). Manual de métodos y técnicas de investigación en ciencias del comportamiento. Madrid, España: Biblioteca Nueva, S.L.
- Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22º ed.). Madrid, España: Autor.
- Rodríguez-Ángel, E.; Campillo-R, M.; y Avilés-Esquivel, M.; (2006). Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y Familia. *Revista Hacer psicología*, ISSN: 1870-5618 22, 1-22.
- Roig, M^a, Abengózar, M^a, y Serra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de alzheimer. *Anales de psicología*, 14(2), 215-227.
- Sapene, A., y Tommasino, A. (2001). Afrontamiento, apoyo social, género, y burnout en personal que trabaja con niños de la calle e institucionalizados (trabajo de grado de la Licenciatura no publicado). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Seguí, J., Ortiz, A., y De Diego, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de psicología*, 24 (1), 100-105.
- Shimoyama, S., Hirakawa, O., Yahiro, K., Mizumachi, T., Schreiner, A., y Kakuma, T. (2003). Health-related quality of life and caregiver burden among peritoneal dialysis patients and their family caregivers in japan. *Peritoneal Dialysis International*, 23(2) S200-S205.
- Taylor, Sh. (2007). Psicología de la salud. (6ta ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

- Teixidó, J., Tarrats, L., Arias, N., y Cosculluela, A. (2006). Cuestionario de sobrecarga de cuidadores de pacientes de diálisis peritoneal. *Revista de Nefrología*, 26(1), 1-10.
- Tobin D., Holroyd, K., Reynolds, R., Kigal, J. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognit Ther Res* 13, 343-61.
- Urizar, A., Molina, P., Maldonado, J., y García, M. (2011). Sobrecarga en cuidadores aymaras de pacientes con esquizofrenia. *Revista de psiquiátrica y salud mental Barcelona*, 33 (22), 1-5.
- Vásquez, M. (2007). Sentido de coherencia, afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25,64-71.
- Vega, A., y González, E. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Revista electrónica cuatrimestral de enfermería*, 16, 1-11.
- Vera, B. (2004). Resistir y rehacerse: una reconceptualización de la experiencia desde la psicología positiva. *Revista de psicología positiva* 1. [Versión electrónica]. Recuperado en Noviembre 16, de 2006 en www.psicologiapositiva.com.
- Vitaliano, P., Russo, J., Young, H., Teri, L., y Maiuro, R. (1991). Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychol Aging*. 6(3), 392-402.
- Zarcovich, A. (1996). *Técnicas de Investigación Pedagógicas*. México: McGraw-Hill.
- Zarit Sh., Toseland, R. (1989). Current and future direction in family caregiving research. *Gerontologist*, 29, 481-3.
- Zarit, Sh., Orr, N., y Zarit, J. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress*. New York: New York University Press.
- Zarit, S., Reever, Ke., y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives Of the impaired el derly: correlates of fellings of burden. *Gerentologist*, 20 (06), 649-655.

Anexo A: INSTRUCCIONES Y HOJA DE IDENTIFICACIÓN

Estimado (a) Participante

La presente encuesta tiene por finalidad conocer su opinión en relación a algunos aspectos de su actividad como cuidador de pacientes con enfermedad renal crónica. Los datos que se solicitan serán utilizados para culminar un trabajo de investigación. Su colaboración es muy valiosa y la información que usted aporte será totalmente confidencial.

En el sobre encontrará 2 cuestionarios, en los que deberá responder en su totalidad, ajustado a su experiencia como cuidador, **no deje preguntas sin responder; no existen respuestas buenas ni malas solo queremos conocer su opinión.** Recuerde que no debe colocar su nombre.

Por favor complete los datos que se le presentan a continuación, marque con una equis (X) la opción con la que usted se identifique.

Sexo: () 1. Femenino	Edad: _____	Estado civil:	Parentesco:
() 2. Masculino		() 1. Casado (a)	() 1. Esposo(a)
		() 2. Soltero (a)	() 2. Madre/padre
		() 3. Divorciado(a)	() 3. Hermano(a)
		() 4. Viudo (a)	() 4. Tío (a)
		() 5. Otro: _____	() 5. Hijo (a)
			() 6. Otro: _____

Domicilio: () 1. Barquisimeto. () 2. Otro: Especifique: _____

Escolaridad:

() 1. Primaria	Culminado	Si ()	No ()
() 2. Bachiller	Culminado	Si ()	No ()
() 3. Técnico superior	Culminado	Si ()	No ()
() 4. Superior o Licenciatura	Culminado	Si ()	No ()
() 5. Postgrado o Maestría	Culminado	Si ()	No ()

Recibe algún pago o remuneración económica por cuidar a su familiar/paciente?

1. Si 2. No

Tiempo (meses, años) que lleva usted cuidando a su familiar/paciente: 1. Menos de 6 meses. 2. Más de 6 meses. 3. Más de 1 año. 6. Otro: especifique: _____

Días a la semana que usted permanece a cargo del familiar/paciente: 1. Menos de 4 días. 2. Más de 4 días.

Horas diarias que Ud. permanece a cargo del familiar/paciente 1. Menos de 4 horas. 2. más de 4 horas.

Anexo B: INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

(Adaptación por Cano y Rodríguez y García 2006)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página.

Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si está mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.

De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0: en absoluto 1: un poco 2: bastante 3: mucho 4: totalmente

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

1. Luché para resolver el problema	0 1 2 3 4
2. Me culpé a mí mismo	0 1 2 3 4
3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0 1 2 3 4
4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0 1 2 3 4
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema	0 1 2 3 4
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0 1 2 3 4
7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0 1 2 3 4
8. Pasé algún tiempo solo	0 1 2 3 4
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0 1 2 3 4
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0 1 2 3 4
11. Expresé mis emociones, lo que sentía	0 1 2 3 4
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0 1 2 3 4
13. Hablé con una persona de confianza	0 1 2 3 4
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0 1 2 3 4
15. Traté de olvidar por completo el asunto	0 1 2 3 4
16. Evité estar con gente	0 1 2 3 4
17. Hice frente al problema	0 1 2 3 4
18. Me critiqué por lo ocurrido	0 1 2 3 4

19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0 1 2 3 4
20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0 1 2 3 4
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano	0 1 2 3 4
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0 1 2 3 4
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0 1 2 3 4
24. Oculté lo que pensaba y sentía	0 1 2 3 4
25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0 1 2 3 4
26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0 1 2 3 4
27. Dejé desahogar mis emociones	0 1 2 3 4
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0 1 2 3 4
29. Pasé algún tiempo con mis amigos	0 1 2 3 4
30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0 1 2 3 4
31. Me comporté como si nada hubiera pasado	0 1 2 3 4
32. No dejé que nadie supiera cómo me sentía	0 1 2 3 4
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0 1 2 3 4
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0 1 2 3 4
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0 1 2 3 4
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0 1 2 3 4
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0 1 2 3 4
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas	0 1 2 3 4
39. Evité pensar o hacer nada	0 1 2 3 4
40. Traté de ocultar mis sentimientos	0 1 2 3 4
41. Me consideré capaz de afrontar la situación	0 1 2 3 4

Anexo C: ECC-Z

INSTRUCCIONES: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan de una persona enferma. Lea cada pregunta y marque con una “X” con qué frecuencia se ha sentido Ud. así en los últimos seis meses. No existen respuestas correctas o incorrectas, sino sólo su experiencia como cuidador. Utilice la siguiente escala.

0. Nunca

1. Casi nunca

2. Algunas veces

3. Frecuentemente

4. Siempre

1. ¿Cree que su paciente le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2. ¿Cree que por el tiempo que dedica a su paciente no tiene suficiente tiempo para Ud.?	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente agobiado por cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades con su familia o trabajo?	0	1	2	3	4
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su paciente?	0	1	2	3	4
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su paciente?	0	1	2	3	4
6. ¿Piensa que su paciente afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia? (pareja, hijos).	0	1	2	3	4
7. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su paciente?	0	1	2	3	4
8. ¿Cree que su paciente depende de Ud.?	0	1	2	3	4
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su paciente?	0	1	2	3	4
10. ¿Cree que la salud de Ud. se ha deteriorado por cuidar a su paciente?	0	1	2	3	4
11. ¿Cree que su intimidad se ha visto afectada por cuidar de su paciente?	0	1	2	3	4
12. ¿Cree que su vida social se ha deteriorado por cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
13. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades por cuidar de su paciente?	0	1	2	3	4
14. ¿Cree que su paciente espera que Ud. sea la única persona que le cuide, como si nadie más pudiera hacerlo?	0	1	2	3	4
15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su paciente y además cubrir otros gastos?	0	1	2	3	4
16. ¿Cree que no será capaz de cuidar de su paciente por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida personal desde que inició la enfermedad y cuidado de su paciente?	0	1	2	3	4

18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su paciente a otra persona?	0	1	2	3	4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su paciente?	0	1	2	3	4
20. ¿Cree que debería hacer más por su paciente?	0	1	2	3	4
21. ¿Cree que podría cuidar mejor de su paciente?	0	1	2	3	4
22. En resumen, ¿Se ha sentido sobrecargado por el hecho de cuidar a su paciente?	0	1	2	3	4

ANEXOS D

Fiabilidad del inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Estadísticos de fiabilidad CSI

Alfa de Cronbach	N de elementos
,833	41

Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (ECC-Z)

Estadísticos de fiabilidad ECC-Z

Alfa de Cronbach	N de elementos
,829	22

Anexo E: Correlación de Pearson de las Estrategias de Afrontamiento y Carga global

Correlaciones Estrategias de Afrontamiento y Carga Global

	0	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
0 Correlación de Pearson	1	,186	,306**	,093	,252*	-,006	-,122	,002	,277**
Sig. (bilateral)		,060	,002	,350	,010	,952	,219	,981	,005
N	103	103	103	103	103	103	103	103	103
RE Correlación de Pearson	,186	1	-,015	,249*	,354**	,468**	,428**	-,006	,029
P Sig. (bilateral)	,060		,878	,011	,000	,000	,000	,951	,775
N	103	103	103	103	103	103	103	103	103
AU Correlación de Pearson	,306**	-,015	1	-,068	,068	-,187	,038	,002	,311**
T Sig. (bilateral)	,002	,878		,493	,492	,059	,702	,980	,001
N	103	103	103	103	103	103	103	103	103
EE Correlación de Pearson	,093	,249*	-,068	1	,380**	,464**	,260**	,259**	,124
M Sig. (bilateral)	,350	,011	,493		,000	,000	,008	,008	,213
N	103	103	103	103	103	103	103	103	103
PS Correlación de Pearson	,252*	,354**	,068	,380**	1	,338**	,296**	,150	,068
D Sig. (bilateral)	,010	,000	,492	,000		,000	,002	,129	,494
N	103	103	103	103	103	103	103	103	103
AP Correlación de Pearson	-,006	,468**	-,187	,464**	,338**	1	,421**	,148	-,106
S Sig. (bilateral)	,952	,000	,059	,000	,000		,000	,136	,287
N	103	103	103	103	103	103	103	103	103
RE Correlación de Pearson	-,122	,428**	,038	,260**	,296**	,421**	1	,334**	-,015
C Sig. (bilateral)	,219	,000	,702	,008	,002	,000		,001	,877
N	103	103	103	103	103	103	103	103	103
EV Correlación de Pearson	,002	-,006	,002	,259**	,150	,148	,334**	1	,312**
P Sig. (bilateral)	,981	,951	,980	,008	,129	,136	,001		,001
N	103	103	103	103	103	103	103	103	103
RE Correlación de Pearson	,277**	,029	,311**	,124	,068	-,106	-,015	,312**	1
S Sig. (bilateral)	,005	,775	,001	,213	,494	,287	,877	,001	
N	103	103	103	103	103	103	103	103	103

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Anexo F: Correlación de Pearson de las Estrategias de Afrontamiento y Carga Nula

Correlaciones^a

		REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
REP	Correlación de Pearson	1	-,016	-,193	-,090	,513**	,465*	-,100	-,092
	Sig. (bilateral)		,940	,354	,669	,009	,019	,633	,660
	N	25	25	25	25	25	25	25	25
AUT	Correlación de Pearson	-,016	1	,182	-,063	-,122	-,079	,003	-,185
	Sig. (bilateral)	,940		,383	,763	,561	,709	,988	,377
	N	25	25	25	25	25	25	25	25
EEM	Correlación de Pearson	-,193	,182	1	,360	,273	,140	,171	,061
	Sig. (bilateral)	,354	,383		,077	,186	,505	,413	,773
	N	25	25	25	25	25	25	25	25
PSD	Correlación de Pearson	-,090	-,063	,360	1	,236	,154	,076	,001
	Sig. (bilateral)	,669	,763	,077		,256	,462	,718	,997
	N	25	25	25	25	25	25	25	25
APS	Correlación de Pearson	,513**	-,122	,273	,236	1	,436*	-,159	-,220
	Sig. (bilateral)	,009	,561	,186	,256		,029	,447	,292
	N	25	25	25	25	25	25	25	25
REC	Correlación de Pearson	,465*	-,079	,140	,154	,436*	1	,482*	-,009
	Sig. (bilateral)	,019	,709	,505	,462	,029		,015	,968
	N	25	25	25	25	25	25	25	25
EVP	Correlación de Pearson	-,100	,003	,171	,076	-,159	,482*	1	,307
	Sig. (bilateral)	,633	,988	,413	,718	,447	,015		,135
	N	25	25	25	25	25	25	25	25
RES	Correlación de Pearson	-,092	-,185	,061	,001	-,220	-,009	,307	1
	Sig. (bilateral)	,660	,377	,773	,997	,292	,968	,135	
	N	25	25	25	25	25	25	25	25

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

a. NIVEL = Nula

Anexo G: Correlación de Pearson de las Estrategias de Afrontamiento y Carga Leve

		Correlaciones ^a							
		REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
REP	Correlación de Pearson	1	-,283	,641**	,492*	,605**	,472*	-,121	,177
	Sig. (bilateral)		,201	,001	,020	,003	,027	,591	,431
	N	22	22	22	22	22	22	22	22
AUT	Correlación de Pearson	-,283	1	-,112	,122	-,328	-,033	,604**	,268
	Sig. (bilateral)	,201		,621	,588	,136	,886	,003	,229
	N	22	22	22	22	22	22	22	22
EEM	Correlación de Pearson	,641**	-,112	1	,463*	,753**	,564**	,374	,259
	Sig. (bilateral)	,001	,621		,030	,000	,006	,086	,245
	N	22	22	22	22	22	22	22	22
PSD	Correlación de Pearson	,492*	,122	,463*	1	,279	,591**	,283	,452*
	Sig. (bilateral)	,020	,588	,030		,208	,004	,201	,035
	N	22	22	22	22	22	22	22	22
APS	Correlación de Pearson	,605**	-,328	,753**	,279	1	,398	,214	,170
	Sig. (bilateral)	,003	,136	,000	,208		,067	,339	,449
	N	22	22	22	22	22	22	22	22
REC	Correlación de Pearson	,472*	-,033	,564**	,591**	,398	1	,044	,058
	Sig. (bilateral)	,027	,886	,006	,004	,067		,846	,799
	N	22	22	22	22	22	22	22	22
EVP	Correlación de Pearson	-,121	,604**	,374	,283	,214	,044	1	,511*
	Sig. (bilateral)	,591	,003	,086	,201	,339	,846		,015
	N	22	22	22	22	22	22	22	22
RES	Correlación de Pearson	,177	,268	,259	,452*	,170	,058	,511*	1
	Sig. (bilateral)	,431	,229	,245	,035	,449	,799	,015	
	N	22	22	22	22	22	22	22	22

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

a. NIVEL = Leve

Anexo H: Correlación de Pearson de las Estrategias de Afrontamiento y Carga Moderada

		Correlaciones ^a							
		REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
REP	Correlación de Pearson	1	,142	,179	,589**	,423*	,592**	,142	,113
	Sig. (bilateral)		,455	,345	,001	,020	,001	,455	,551
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
AUT	Correlación de Pearson	,142	1	-,365*	,098	-,267	,116	-,230	,214
	Sig. (bilateral)	,455		,047	,606	,154	,540	,221	,257
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
EEM	Correlación de Pearson	,179	-,365*	1	,273	,277	,082	,317	,176
	Sig. (bilateral)	,345	,047		,144	,139	,666	,088	,351
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
PSD	Correlación de Pearson	,589**	,098	,273	1	,405*	,416*	,183	-,100
	Sig. (bilateral)	,001	,606	,144		,026	,022	,333	,600
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
APS	Correlación de Pearson	,423*	-,267	,277	,405*	1	,478**	,260	-,051
	Sig. (bilateral)	,020	,154	,139	,026		,007	,165	,788
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
REC	Correlación de Pearson	,592**	,116	,082	,416*	,478**	1	,278	-,153
	Sig. (bilateral)	,001	,540	,666	,022	,007		,136	,420
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
EVP	Correlación de Pearson	,142	-,230	,317	,183	,260	,278	1	,152
	Sig. (bilateral)	,455	,221	,088	,333	,165	,136		,422
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
RES	Correlación de Pearson	,113	,214	,176	-,100	-,051	-,153	,152	1
	Sig. (bilateral)	,551	,257	,351	,600	,788	,420	,422	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

a. NIVEL = Moderada

Anexo I: Correlación de Pearson de las Estrategias de Afrontamiento y Carga Severa

Correlaciones^a

		REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
REP	Correlación de Pearson	1	-,102	,155	,370	,332	,158	-,174	-,226
	Sig. (bilateral)		,621	,449	,063	,098	,441	,395	,268
	N	26	26	26	26	26	26	26	26
AUT	Correlación de Pearson	-,102	1	-,015	-,035	-,125	,303	-,105	,483 [*]
	Sig. (bilateral)	,621		,942	,866	,543	,133	,610	,012
	N	26	26	26	26	26	26	26	26
EEM	Correlación de Pearson	,155	-,015	1	,353	,554 ^{**}	,254	,096	-,138
	Sig. (bilateral)	,449	,942		,077	,003	,210	,642	,502
	N	26	26	26	26	26	26	26	26
PSD	Correlación de Pearson	,370	-,035	,353	1	,385	,156	-,018	-,146
	Sig. (bilateral)	,063	,866	,077		,052	,448	,932	,478
	N	26	26	26	26	26	26	26	26
APS	Correlación de Pearson	,332	-,125	,554 ^{**}	,385	1	,388	,197	-,373
	Sig. (bilateral)	,098	,543	,003	,052		,050	,334	,061
	N	26	26	26	26	26	26	26	26
REC	Correlación de Pearson	,158	,303	,254	,156	,388	1	,473 [*]	,229
	Sig. (bilateral)	,441	,133	,210	,448	,050		,015	,261
	N	26	26	26	26	26	26	26	26
EVP	Correlación de Pearson	-,174	-,105	,096	-,018	,197	,473 [*]	1	,403 [*]
	Sig. (bilateral)	,395	,610	,642	,932	,334	,015		,041
	N	26	26	26	26	26	26	26	26
RES	Correlación de Pearson	-,226	,483 [*]	-,138	-,146	-,373	,229	,403 [*]	1
	Sig. (bilateral)	,268	,012	,502	,478	,061	,261	,041	
	N	26	26	26	26	26	26	26	26

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

a. NIVEL = severa

Anexo J: Estrategias de Afrontamiento (EA)

EA	Media	Mediana	Moda
REP	15	16	20
AUT	3	2	0
EEM	10	9	10
PSD	14	14	20
APS	10	10	13
REC	12	11	20
EVP	7	6	1
RES	5	4	3

Anexo K: Niveles de Sobrecarga

NIVEL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Leve	22	21,4	21,4	21,4
Moderada	30	29,1	29,1	50,5
Nula	25	24,3	24,3	74,8
severa	26	25,2	25,2	100,0
Total	103	100,0	100,0	

Anexo L: Factor Impacto del Cuidado de la Entrevista de Carga del Cuidador (ECC-Z)

Frecuencias \$IC

	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
\$IC ^a 0	599	45,2%	587,3%
1	67	5,1%	65,7%
2	325	24,5%	318,6%
3	72	5,4%	70,6%
4	262	19,8%	256,9%
Total	1325	100,0%	1299,0%

Anexo M: Factor Relaciones Interpersonales del ECCZ

Frecuencias \$RI

	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
\$RI ^a 0	409	67,0%	401,0%
1	37	6,1%	36,3%
2	99	16,2%	97,1%
3	17	2,8%	16,7%
4	48	7,9%	47,1%
Total	610	100,0%	598,0%

Anexo N: Factor Expectativas de Autoeficacia de la ECCZ

Frecuencias \$EA

	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
\$EA ^a 0	40	13,1%	39,2%
1	16	5,2%	15,7%
2	74	24,2%	72,5%
3	24	7,8%	23,5%
4	152	49,7%	149,0%
Total	306	100,0%	300,0%