

## TRASTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS EN ADULTOS MAYORES CUIDADORES FAMILIARES DE ENFERMOS CRÓNICOS Una revisión

*M.F. Tartaglini y D. Stefani*

María Florencia Tartaglini es Doctora en Humanidades Médicas por la Facultad de Medicina, UBA y Licenciada en Psicología, así como Investigadora Asistente CONICET. Dorina Sefani es Doctora en Humanidades Médicas por la Facultad de Medicina, UBA., Licenciada en Sociología e Investigadora Principal de CONICET.

### **Introducción**

El envejecimiento de la población mundial es un proceso intrínseco a la transición demográfica. Dicha transformación, reduce el grupo de personas de edades más jóvenes

y aumenta el grupo de adultos mayores. Se estima que para el año 2050, el porcentaje de adultos mayores a nivel mundial alcanzará el 21% de la población total (U.N., 2011).

Durante los últimos 60 años, en Argentina, la pirámide poblacional ha sufrido considerables modificaciones en su estructura. En el año 1950, contaba con una gran base, debido al alto rango de fecundidad; en 1985 comenzó a desdibujarse su estructura triangular, a causa del aumento de la proporción de ancianos; y se espera para el año 2020, contar con una pirámide poblacional invertida, similar a la de los países desarrollados. En la actualidad, el porcentaje de adultos mayores de 65 años o más es del 10.2% y, en particular, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires presenta el porcentaje más alto de adultos mayores (17%), considerándose la población más envejecida del país (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2011).

En forma paralela, el aumento de la población de adultos mayores se asocia con el crecimiento de índices de prevalencia de enfermedades no infecciosas, causadas fundamentalmente por el comportamiento humano y por procesos neurodegenerativos. El incremento de estas patologías crónicas modifica el nivel y el tipo de demanda de cuidadores que

asistan a dichos pacientes (Bloch, 1993; Levav, Lima y Somoza Lennon, 1989). Esta situación, conlleva que una gran cantidad de adultos mayores presente altas probabilidades de padecer enfermedades discapacitantes y cuente con pocos miembros jóvenes, de su red social, que los asistan (C.E.L.A.D.E., 2005). Por consiguiente, se estima un aumento de adultos mayores, quienes además de afrontar su propio envejecimiento, se transformarán, probablemente, en cuidadores de pacientes crónicos (Baster Moro, 2011).

Por otra parte, al explicar la relación entre el estrés crónico, al que se encuentran expuestos los cuidadores informales, y el desarrollo de enfermedades, se describen dos vías relevantes. La primera, parte desde los estresores crónicos hacia el estrés psicosocial y luego a las hormonas del estrés, ocasionando una fisiopatología (Steptoe, Cropley, Griffith y Kirschbaum, 2000). La segunda, señala que el estrés puede provocar comportamientos poco saludables, como dietas alimentarias pobres, conductas sedentarias y el abuso de sustancias. Ambas vías pueden contribuir al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, metabólicas y desregulaciones inmunológicas. Al respecto, Schultz y Beach (1999) mostraron que un grupo de cuidadores estresados presentó un 63% más de tasa de mortalidad que los no cuidadores, y además señalaron como consecuencias del cuidado: el descenso del sistema inmune, la presencia de nuevas enfermedades y/o el agravamiento de patologías existentes. Asimismo, se considera que otra de las consecuencias de las repercusiones negativas del cuidado de un enfermo crónico, es el "Sentimiento de Sobrecarga" del cuidador (Robinson, 1990), el cual, desde la Teoría Transaccional del Estrés (Lazarus y Folkman, 1984) es definido como una de las manifestaciones emocionales del estrés psicológico y social, generado por la situación de cuidado.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (2004) considera el cuidado de un enfermo crónico, como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales; dentro de los cuales, se observa un predominio de las alteraciones del estado de ánimo, específicamente, de depresión (Vázquez, Torres, Otero, Hermida y Blanco, 2012). Estudios longitudinales muestran que a medida que aumenta el nivel de sobrecarga en cuidadores, aparecen síntomas depresivos, por lo tanto, se puede afirmar que la sobrecarga, entre otros, es un factor predictor del surgimiento o agravamiento de los síntomas depresivos del cuidador (Li, 2005; Sherwood, Given, Given y von Eye 2005). En esposas cuidadoras, se observó la persistencia de estados depresivos, aún después de la internación del familiar enfermo e incluso posteriormente a su fallecimiento (Schulz, Belle, Czaja, McGinnis, Stevens y Zhang, 2004). Esto puede deberse a que, además del proceso de duelo, las esposas deben afrontar la pérdida del rol como cuidadoras (Tartaglioni, Ofman y Stefani, 2010).

### **Objetivo**

Presentar un análisis de los resultados obtenidos en estudios empíricos realizados durante las últimas décadas, en Europa y América, en relación al impacto negativo del estrés asociado a la depresión, la alexitimia y los trastornos psicofisiológicos, en adultos mayores cuidadores de enfermos crónicos.

### **Método**

La localización del material bibliográfico generado entre los años 1981 y 2012, fue efectuada a través de una estrategia de búsqueda en las bases de datos Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal), Dialnet (de la Universidad de la Rioja, España), MEDLINE (de National Library of Medicine), Oxford Journals (de Oxford University Press) y Social Psychology Network. Las palabras claves utilizadas fueron: estrés, emociones negativas, depresión, depresión geriátrica, alexitimia, trastornos psicofisiológicos y adultos mayores cuidadores.

Dicha búsqueda electrónica fue completada, a partir de las listas de referencias de los trabajos elegidos, con una de índole manual en bibliotecas de instituciones educativas públicas, tales como las Facultades de Psicología y Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Fueron consultados 102 artículos publicados en revistas científicas y libros, de los cuales se seleccionaron 84 de acuerdo a la pertinencia en relación al tema objetivo del presente trabajo.

### **Resultados**

El material bibliográfico seleccionado y evaluado en forma cualitativa fue sistematizado en 3 ejes temáticos, con la finalidad de poder explorar y analizar cada uno de los temas que intervienen en el objetivo planteado, los cuales se presentan a continuación:

#### **1. Cuidadores familiares de pacientes crónicos**

Se considera cuidador informal de un enfermo crónico, a aquel individuo (familiar, amigo o vecino) perteneciente a la red de apoyo social del enfermo, quien dedica la mayor cantidad de tiempo a su asistencia y vigilancia, no recibe retribución económica por las tareas que realiza y es percibido por los miembros de la familia como el único responsable del cuidado (Mateo Rodríguez et al., 2000; Tartaglini y Stefani, 2006). En cuanto a su perfil sociodemográfico los estudios empíricos coinciden en señalar que la mayoría pertenece al género femenino, presenta bajos niveles educativos y sin ocupación laboral (Gomez-Busto, Ruiz de Alegría, Martín, San Jorge y Letona, 1999; Pérez Salanova y Yanguas Lezaun, 1998; Woods, 1996). Si bien históricamente, las hijas solteras o

viudas tendían a ocupar en primera instancia este rol, en los últimos años se informa que la mayoría de las cuidadoras son casadas y sus edades oscilan entre 45 y 65 años, siendo en su mayoría esposas (I.M.S.E.R.C.O., 1996; Steinglass y Horan, 1988).

Con respecto a la relación entre las variables demográficas y el impacto de la tarea de cuidado, la literatura señala, en cuanto a la edad, que si bien los cuidadores adultos mayores presentan una menor resistencia física a dichas tareas, cuentan con mayor experiencia como proveedores de cuidado en comparación a los cuidadores jóvenes (Curb et al., 1990; Rowe y Kahn, 1998). En cuanto a la relación de parentesco, se describen a las esposas cuidadoras como aquellas que refieren sentirse más frágiles, estresadas y aisladas; sin embargo, el cuidado del cónyuge es vivido como pertinente al compromiso marital. En cambio, la asistencia de los padres enfermos enfrenta, a la mayoría de las hijas cuidadoras, a cumplir con múltiples tareas de atención: hacia sus hijos, cónyuges y en algunos casos nietos. Esta situación se consolida en una fuente de conflictos que afecta negativamente la dinámica familiar (Szinovacz, 2003; Biurrún Unzué, 2001; Teri, 1997; Thomas, Hazif-Thomas y Arroyo-Anlló, 1998). En referencia al género, se observan diferencias en las manifestaciones de las repercusiones del cuidado: las mujeres refieren sentirse más estresadas, padecen mayores problemas de salud y recurren frecuentemente a los servicios hospitalarios. En cambio, los hombres no manifiestan la vivencia del estrés relativa a esta situación, como las mujeres, pero sí se observa en ellos, a través de análisis de laboratorio, un incremento consistente de las hormonas del estrés, de los neurotransmisores metabólicos y de la presión arterial (Chen, Bierhals, Prigeron, Kasl, Mazure y Jacobs, 1999). En relación al género y al estado civil, al compararse cuidadoras viudas y cuidadores viudos, se observa que estos últimos presentan mayor cantidad de enfermedades. Este resultado coincide con otros, donde se describe a los viudos con mayor prevalencia e incidencia de desórdenes físicos, psicológicos y menor satisfacción vital (Meléndez, Navarro, Oliver y Tomás, 2009).

## **2. Estrés y afrontamiento**

Desde el modelo transaccional del estrés (Lazarus y Folkman, 1984), se considera al estrés psicológico como un proceso dinámico de interacción entre las personas y su medio. Tal como se mencionó en la introducción, y desde este modelo teórico, el "Sentimiento de Sobrecarga" es entendido como una de las manifestaciones emocionales del estrés psicológico y social generado por la situación de cuidado. Lazarus y Folkman recalcan que los efectos, sobre el bienestar psicofísico del cuidador, dependerán de los mecanismos de valoraciones cognitivas y de los estilos de afrontamiento que él posea.

El modelo de Pearlin, Mullan, Semple y Skaff (1990) ha sido muy difundido entre quienes analizaban la problemática de los cuidadores. Los autores proponen la interrelación de cinco elementos:

a) *Los antecedentes y condiciones del contexto*: refiriéndose a las variables previas a la situación de cuidado, tales como las características sociodemográficas del cuidador, la red social y familiar y la relación previa con el familiar enfermo.

b) *Los estresores y las variables moduladoras*: los estresores son descritos como primarios y secundarios. Los primarios son aquellos derivados de la propia tarea de cuidado, en cambio, los estresores secundarios se desprenden de las evaluaciones que hace el cuidador de sus propios recursos y las interacciones con otros. Finalmente, las variables moduladoras hacen referencia a las acciones y/o recursos que tienen por finalidad modificar el proceso de estrés, regulando los estresores y aliviando su impacto sobre el bienestar de los cuidadores.

c) *Los resultados o efectos causados por el cuidado*: son las situaciones que derivan del cuidado y que afectan el funcionamiento del organismo, por ejemplo, respuesta inmunológica deficiente, enfermedades físicas, estados depresivos y ansiosos, etc.

Por su parte, Vitaliano, Zhang y Scanlan (2003) en su artículo "Is Caregiving Hazardous to One's Physical Health?" realizaron un meta-análisis de 23 trabajos científicos donde se comparan los efectos de las tareas de cuidado, sobre la salud física de cuidadores y no cuidadores. Se plantea que, frente al estresor, el cuidador responderá desde sus vulnerabilidades y recursos. Se definen como vulnerabilidades a aquellas características fijas del individuo, tales como edad, sexo, raza, historia familiar y carga hereditaria. En cambio, los recursos son mutables, se ven afectados por la interacción del cuidador con el medio ambiente, y su naturaleza es multidimensional: comprende las características físicas, psicológicas y materiales del individuo. Las vulnerabilidades, entonces, quedan establecidas de modo temprano en el desarrollo del individuo y no son el resultado de los cuidados, mientras que los recursos pueden ser tanto predictores como consecuencias del rol de cuidador. El modo en que un cuidador afronte la situación de cuidado, dependerá de sus recursos y vulnerabilidades y, a su vez, ambos determinarán el surgimiento o no de trastornos psicológicos y el tipo de hábitos de salud. La interrelación de estas consecuencias desencadenará respuestas fisiológicas, facilitando el surgimiento de enfermedades y el aumento de la mortalidad del individuo. Frente a esta situación, Vitaliano, Zhang y Scanlan (2003) plantean la necesidad de diseñar un modelo teórico que relacione los factores estresantes del cuidado y los moderadores en el impacto sobre la salud de los cuidadores.

### **3. Emociones y salud**

El tema de las emociones ha sido objeto de estudio de las ciencias humanas y sociales durante más de cien años. Desde la obra de Darwin en 1872 *La expresión de la emoción en el hombre y en los animales* hasta los desarrollos de la Psicología Social, se analiza el papel que cumple la emoción en el proceso de comunicación social (Thompson, 1994; Palmero, Guerrero, Gómez y Carpi, 2006; Belli, 2009).

Recientemente, se ha comenzado a estudiar el impacto de las emociones sobre el bienestar psicológico de los individuos, como así también, la relación entre las emociones y diversos sistemas fisiológicos que participan del proceso salud-enfermedad (Cano-Vindel, 2011; Kleinginna y Kleinginna, 1981). Al respecto, desde el punto de vista psicológico, Cano-Vindel y Miguel-Tobal (2001) describen a la alegría, el miedo, la ansiedad o la ira como emociones naturales, presentes en todos los individuos de diversas culturas. Desde su componente biológico, son descritas como reacciones psicofisiológicas que emergen frente a situaciones relevantes, de modo adaptativo. Dichas reacciones se manifiestan en los individuos frente a situaciones que implican peligro, amenaza, daño, novedad, éxito, etc. y cumplen una función preparatoria del individuo ante las demandas del ambiente (Piqueras Rodríguez, Ramos Linares, Martínez González y Oblitas Guadalupe, 2009).

La experiencia emocional, conformada por sentimiento y pensamiento, es analizada desde tres dimensiones diferentes: según provoquen sensaciones placenteras o displacenteras, según el grado de intensidad de las emociones y de acuerdo al grado de control que se ejerza sobre ellas (Schmidt-Atzert, 1985). Por su parte, Chóliz (2005) señala que la dimensión de placer y displacer es la que diferencia a la emoción de cualquier otro proceso psicológico. Al respecto, Company, Oberst y Sánchez (2012) describen la regulación emocional como la intención y capacidad de modificar los componentes de la experiencia emocional en su frecuencia, forma, duración e intensidad. Los autores señalan que quienes presentan mayor capacidad para regular sus emociones, sostienen relaciones positivas, presentan menos conductas sociales desviadas y son menos propensos a desarrollar trastornos psicológicos.

#### **3.1 Emociones negativas y trastornos psicofisiológicos**

Debido al reconocimiento, por parte de la comunidad científica, de la participación de las emociones positivas y negativas en el proceso salud-enfermedad, han proliferado estudios sobre el tema (Izard, 1993; Fredrickson, 2002). Al respecto, en el estudio de Ostir, Markides, Black y Goodwin (2000), realizado sobre una muestra de 2000 adultos mayores de 65 años, los resultados señalaron que las emociones positivas incidían en el nivel de salud psicofísica de los participantes del estudio, protegiéndolos de los efectos negativos del envejecimiento y aumentando la cantidad de años de vida.

Se señala, también, en la literatura científica, que las emociones, en tanto respuestas adaptativas, pueden presentar desajustes en su frecuencia, intensidad o adecuación al contexto, transformándose en patológicas. Al respecto, fueron analizadas las relaciones entre emociones negativas tales como ira, ansiedad, tristeza y los trastornos psicofisiológicos, depresivos y ansiosos (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1995; Miguel-Tobal y Casado, 1994; Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 1997; Sanz, 1991).

Por otra parte, en acuerdo con la medicina psicosomática y conductual, y con la psicología de la salud, se definen como trastornos psicofisiológicos a las alteraciones físicas que son provocadas, agravadas o perpetuadas por factores psicológicos y psicosociales. Algunos de estos trastornos pueden ser cardiovasculares, respiratorios, inmunológicos, gastrointestinales, cefaleas, síndromes premenstruales, asma y problemas dermatológicos, entre otros (Gatchel, Baum y Krantz, 1989; Piqueras Rodríguez, Ramos Linares, Martínez González y Oblitas Guadalupe, 2009; Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1999). Desde estas perspectivas, se apoya la aproximación multicausal de la enfermedad bajo el concepto de trastorno psicofisiológico. Cano-Vindel y Miguel-Tobal (2001) definen a este tipo de trastornos, como una disfunción de un sistema orgánico que trabaja en exceso y mantiene esa actividad fuera de los tiempos normales. Este excesivo funcionamiento del organismo, genera mayores niveles de ansiedad, agravando, a su vez, la disfunción orgánica. Los trastornos psicofisiológicos son el resultado de factores psicológicos que afectan el estado de ánimo, provocando un efecto clínico en el desarrollo o evolución de una enfermedad, como respuesta fisiológica del individuo frente a una situación de estrés (A.P.A., 1994). La aceptación de esta clasificación por parte de la A.P.A., resulta enriquecedora ya que considera a la enfermedad como una entidad en la que se ven comprometidos aspectos psicológicos y orgánicos, simultáneamente (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001).

### **3.2 Emociones negativas: depresión**

La depresión es clasificada como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por: la pérdida del interés y disfrute de los hechos de la vida, la falta de vitalidad que conduce a reducir las actividades desarrolladas y la expresión de un sentimiento de cansancio exagerado en función de las tareas realizadas (A.P.A., 1994; C.I.E.-10, 1992). El diagnóstico diferencial de depresión, resulta una tarea compleja, y esto puede deberse a sus diferentes modos de presentación, como "síntoma", "síndrome" y "enfermedad" (Moizeszowicz, 1998). Al respecto, Vázquez (1990) afirma que la depresión como "síntoma" se encuentra presente en la mayor parte de cuadros psicopatológicos. En cuanto a la prevalencia de la depresión mayor, Kessler y colaboradores (2005) señalan que los valores oscilan entre el 8% y el 10% para las mujeres y entre el 3% y

el 5% para los varones. Asimismo, se afirma que la tasa de prevalencia es similar en los países occidentales y menor en los países orientales (Andrade et al. 2003). En la actualidad se acuerda en señalar a la depresión como un problema mayor en la salud pública, y un importante predictor de discapacidad funcional y mortalidad (López Vicente, Gabarrón Hortal y Ruiz Baqués, 2011; Mori y Caballero, 2010).

Blazer (2003), por su parte, llevó a cabo una revisión que reunía los resultados de tres investigaciones realizadas en comunidades de adultos mayores, hallando un valor promedio de depresión del 11%. En contraste, el estudio de Schulz, O'Brien, Bookwala y Fleissner (1995) sobre la morbilidad en cuidadores de enfermos crónicos, obtuvo un promedio de depresión del 22%, valor que duplica el promedio obtenido en población no cuidadora. Russo, Vitaliano, Brewer, Kanton y Becker (1995) mostraron que el 73% de cuidadores con historia previa de depresión, tuvieron una recurrencia mientras desarrollaban las tareas de cuidado, mientras que, solo el 30% de adultos no cuidadores, con historia previa de depresión, padecieron una recurrencia de la patología en el mismo lapso de tiempo. Se señala, también, que esta enfermedad puede condicionar la evolución de otras patologías e interferir en procesos de rehabilitación, pudiendo causar deterioro funcional (Shah, Phongsathom, Bielawska y Katona, 1994), mental y social (Blazer, 2000; Rovner, 1993). Asimismo, la depresión eleva el riesgo de muerte, no sólo por el incremento de los suicidios, sino por la alteración del sistema inmune y el aumento de los trastornos psicofisiológicos (Lebowitz, Pearson, Schneider et al., 1997).

Por otra parte, la literatura científica afirma la mayor ocurrencia de síndromes depresivos, en adultos mayores de 65 años, siendo éste uno de los problemas de salud mental, que predominan, en este grupo etario (Bulut, 2009). En la misma línea, se señala un aumento de la prevalencia de los síntomas depresivos en el pasaje de la adultez a la tercera edad (A.P.A., 1994; W.H.O., 1992). Al respecto, Alexopoulos (2005) relaciona las pérdidas físicas, económicas y psicosociales de los adultos mayores, junto a los cambios biológicos, y los considera factores predictores de la depresión. En general, el diagnóstico de los trastornos depresivos en población geriátrica resulta difícil por su forma de presentación (somatizaciones), por la atribución errónea a enfermedades coexistentes y, finalmente, por la polifarmacia (Balmón Cruz y Dorado Primo, 2004). La depresión geriátrica puede ser un episodio nuevo, en una persona que cursó una depresión previamente, o puede presentarse por primera vez de manera tardía. Algunos autores consideran que la presentación tardía de la depresión es más frecuente y está más influenciada por factores ambientales que por la carga genética (Van Ojen, Hooijer, Jonker, Lindeboom y Van Tilburg, 1995)

### *3.2.1 Depresión y Alexitimia*

En función de los altos niveles de depresión en población cuidadora de enfermos crónicos, Ashley, Connor y Jones (2011) analizaron la relación entre alexitimia y depresión. La alexitimia como constructo, fue acuñado por Sifneos (1973), quien se encargó de organizar bajo esta entidad conceptual, las observaciones clínicas y fenomenológicas descritas en pacientes psicósomáticos. Taylor, Bagby y Parker (1991) definen a la alexitimia como la dificultad para identificar y describir sentimientos, y distinguirlos de sensaciones corporales propias de la activación emocional. Además, se refieren a la escasa capacidad de simbolización, evidenciado por la escasez de fantasías y un estilo cognitivo orientado hacia el exterior en detrimento de experiencias internas. Asimismo, la literatura científica coincide en agregar rasgos accesorios de la alexitimia, tales como: alto grado de conformismo social (McDougall, 1991), rasgos de impulsividad, tendencia a establecer relaciones interpersonales estereotipadas de dependencia o de aislamiento (Kristal, 1988), personalidad inmadura y resistencia a la psicoterapia tradicional (Sivak y Wiater, 1997). Estudios sobre alexitimia han mostrado, también, una asociación entre el déficit del procesamiento emocional y ciertos trastornos somáticos y emocionales (Company, Orbest y Sánchez, 2012).

Al analizar la relación entre depresión y alexitimia, se observan diferentes posturas: López-Ibor Aliño (1972) sostiene que las características de la alexitimia coinciden con ciertas manifestaciones de la depresión, mientras que, Taylor, James, Parker y Bagby (1990) afirman que la alexitimia es un constructo independiente y distinto a la depresión. Por su parte, Fisch (1989) señala que la alexitimia se presenta de manera concomitante a la depresión, provocando su enmascaramiento a través de síntomas somáticos. Este autor, coincide con los resultados de Hendrix, Haviland y Shaw (1991), al describir a la alexitimia como un constructo multidimensional que responde a estresores situacionales.

Por último, el estudio de Ashley, Connor y Jones (2011), evaluó la eficacia de intervenciones escritas, en la reducción del estrés psicológico y el efecto moderador de la alexitimia sobre los niveles de depresión en cuidadores. Los resultados revelaron que cuidadores con bajos niveles de alexitimia, luego de la intervención (que consistía en escribir sobre experiencias positivas de su vida), presentaron menores niveles de depresión y ansiedad. Esta diferencia no se observó en los cuidadores que, como intervención, escribieron sobre la situación de cuidado. Los autores plantean la necesidad de examinar las variables moduladoras del estrés, destacando el importante papel de las emociones positivas en función de la adaptación a situaciones de estrés crónico.

### **Conclusiones**

A través del análisis de contenido de la bibliografía seleccionada, se concluye que:

En forma paralela al aumento de la población de adultos mayores, se observa el incremento de enfermedades neurodegenerativas. Este incremento modifica el nivel y el tipo de demanda de cuidadores informales que asistan a dichos pacientes. Esta situación, junto a la inversión de la pirámide poblacional, conlleva a que, probablemente, un número mayor de adultos mayores cuenten con pocos miembros jóvenes, en su red social, que los asistan. Por consiguiente, se estima que ellos mismos se transformarán en cuidadores informales de pacientes crónicos de su misma cohorte.

En relación al rol de cuidador y la edad, se observa que los cuidadores adultos mayores presentan una menor resistencia física a dichas tareas pero cuentan con mayor experiencia como proveedores de cuidado, en comparación a cuidadores jóvenes. Con respecto al género, se señala que tanto en hombres y mujeres cuidadoras, el estrés de la situación de cuidado aumenta las probabilidades de padecer mayores problemas de salud.

La manifestación de las repercusiones del cuidado ha sido conceptualizada como "Sentimiento de Sobrecarga", considerándolo una manifestación del estrés psicológico y social generado por la situación de cuidado. Se ha conformado un nuevo modelo teórico que relaciona los factores estresantes del cuidado, los recursos y vulnerabilidades del cuidador y, finalmente, los factores moderadores que podrían morigerar dicho impacto. El modo en que un cuidador afronte la situación de cuidado determinará el surgimiento o no de trastornos psicológicos y el tipo de hábitos de salud. Estudios empíricos sobre cuidadores familiares de enfermos crónicos, hallaron asociaciones entre el estrés y el descenso del sistema inmune, la presencia de distintas enfermedades y/o agravamiento patologías existentes y el aumento de la tasa de mortalidad.

En la actualidad, surge el estudio del impacto de las emociones sobre el bienestar psicológico de los individuos, como así también por la relación entre las emociones y diversos sistemas fisiológicos que participan del proceso salud-enfermedad. Al analizar la relación entre las emociones negativas y la salud, se observó en cuidadores informales de enfermos crónicos, que estados de depresión, ansiedad e ira se relacionaron con la irrupción de trastornos psicofisiológicos.

En la actualidad, se acuerda en señalar a la depresión como un problema mayor de la salud pública, y un importante predictor de discapacidad funcional y mortalidad. Asimismo, el ejercicio del rol de cuidador aumenta la probabilidad de recurrencia de episodios depresivos y condiciona la evolución de otras enfermedades. A lo que se agrega su interferencia en los procesos de rehabilitación, pudiendo causar deterioro funcional, mental y social. Se eleva la probabilidad del riesgo de muerte, no

sólo por el incremento de los suicidios, sino por la alteración de sistema inmune y por el aumento de los trastornos psicofisiológicos.

Con respecto a la relación entre depresión y alexitimia, existen diferentes posturas, aunque todas acuerdan en señalar la cercanía de ambos conceptos. Se describe a la alexitimia como un constructo multidimensional que responde a estresores situacionales, y que se manifiesta como la dificultad para identificar y describir sentimientos, y distinguir sentimientos de sensaciones corporales, propias de la activación emocional. Estudios realizados en población cuidadora informal, señalaron que bajos niveles de alexitimia se correlacionaron con menores niveles de depresión.

Por último, se advierte que el envejecimiento demográfico de América Latina es un hecho inexorable. Frente a esta situación, es prioritario el diseño de políticas públicas de salud que se focalicen en la prevención e implementación de mecanismos de apoyo a los cuidadores familiares (CE.LA.DE., 2005). Esto se debe a que los adultos mayores cuidadores, en su mayoría, son pacientes subdiagnosticados, que generalmente postergan su atención hasta el fallecimiento del familiar enfermo (Aramburu, Izquierdo y Romo, 2001). Se considera iatrogénico que los sistemas de salud actúen, solamente, cuando el cuidador lo solicita (Navarro Llanio y Gonzalez Perdomo, 2003). Diferentes estudios describen las consecuencias del cuidado de enfermos crónicos, sobre la salud bio-psico-social de sus cuidadores; por lo tanto, se recomienda ahondar, específicamente, en el estudio de adultos mayores que cumplen con este rol.

**Nota:** La infraestructura, material y equipamiento necesarios para el desarrollo del presente estudio fueron provistos por el Instituto de Investigaciones Cardiológicas "Prof. Dr. Alberto C. Taquini", Unidad Ejecutora del CONICET. Asimismo, el presente proyecto se encuentra adscripto al proyecto "Estrés Psicosocial y Estilo de Vida en personas con Hipertensión Arterial Esencial. Un análisis a partir del Género", financiado por el subsidio del CONICET PIP N° 112/200801/00114 (2009-2011), y dirigido por la Dra. Dorina Stefani.

## **Referencias**

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association Press.
- Alexopoulos, G.S. (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, 365 (9475):1961-1970.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J.J., Berglund, P., Bijl, R.V., De Graaf, R., Vollebergh, W., Dragomirecka, E., Kohn, R., Keller, M., Kessler, R.C., Kawakami, N., Kilic, C., Offord, D., Ustun, T.B. y Wittchen, H.U. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res.*, 12(1):3-21.
- Aramburu, I., Izquierdo, A. y Romo, I. (2001). Análisis comparativo de necesidades psicosociales de cuidadores informales de personas afectadas de Alzheimer y ancianos con patología no invalidante. *Rev Mult Gerontol*, 11(2):64-71.

- Ashley, L. O'Connor, D.B. y Jones, F. (2011). Effects of emotional disclosure in caregivers: Moderating role of alexithymia. *Stress and Health*, 27(5): 376-387.
- Balmon Cruz, C. y Dorado Primo, J.A. (2004). Detección y prevalencia de trastornos depresivos geriátricos en atención primaria. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online]. Recuperado el 19 de diciembre de 2011, de: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021157352004000200002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352004000200002&lng=es&nrm=iso)>.
- Baster Moro, J.C. (2011). Adultos mayores en funciones de cuidadores de ancianos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38 (1). Recuperado el 7 de febrero de 2012, de [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38\\_1\\_12/spu16112.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38_1_12/spu16112.htm).
- Blazer, D.G. (2000). Psychiatry and the Oldest old. *Am J. Psychiatry*, 157 (12): 1915-1924.
- Blazer, D.G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *The Journal of Gerontology Medical Sciences*, 58(3): 249-265.
- Belli, S. (2009). La construcción de una emoción y su relación con el lenguaje: Revisión y discusión de un área importante de las ciencias sociales. *Theoría*, 18 (2):15-42.
- Biurrun Unzué, A. (2001). La asistencia de los familiares cuidadores en la enfermedad de Alzheimer. *Rev. Esp. Geriat. Geront.*, 36(6): 325-330.
- Bloch, D. A. (1993). The "full-service" model: an immodest proposal. *Fam Syst Med*, 11: 1-19.
- Bulut, S. (2009). Late life depresión: A review of late-life depresión and contributing factors. *Anales de psicología*, 25 (1): 21-26.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1995). *Emociones negativas (Ansiedad, Depresión e Ira) y Salud*. Conferencia presentada en I Congreso virtual de psiquiatría. Recuperado el 15 de septiembre de 2011, de [http://www.psiquiatria.com/congreso\\_old/mesas/mesa28/conferencias/28\\_ci\\_a.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_a.htm).
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1999). *Anxiety, anger and cardiovascular reactivity*. Comunicación presentada en 20th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society, STAR. Cracow, Poland.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (2001). Emociones y salud. *Ansiedad y Estrés*, 7: 111-121.
- Cano-Vindel, A. (2011). Los desórdenes emocionales en atención primaria. *Ansiedad y Estrés*, 17(1):75-97.
- CE.LA.DE. (2005). Transición demográfica. Cambios en la estructura poblacional: Una pirámide que exige nuevas miradas. Recuperado el 12 de diciembre de 2011 en [http://www.eclac.cl/celade/noticias/noticias/2/23462/PyDTD\\_1.pdf](http://www.eclac.cl/celade/noticias/noticias/2/23462/PyDTD_1.pdf).
- Chen, J.H., Bierhals, A.J., Prigeron, S., Kasl, V., Mazure, C.M. y Jacobs, S. (1999). Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychological Medicine*, 29:367-380.
- Chóliz, M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. Recuperado el 19 de julio de 2011, de <http://www.uv.es/=choliz>
- Company, R., Orbest, U. y Sánchez, F. (2012). Regulación emocional interpersonal de las emociones de ira y tristeza. *Boletín de Psicología*, 104: 7-36.
- Curb, J. D., Guralnik, J.M., LaCroix, A.Z., Korper, S.P., Deeg, D., Miles, T., et al. (1990). Effective aging: Meeting the challenge of growing older. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38: 827-828.
- Darwin, C. (1972). *The Expression of Emotion in Man and Animals*. Ed. Jhon Murray. London.
- Fisch, R. Z. (1989) Alexithymia, masked depression and loss in an holocaust survivor. *British Journal of Psychiatry*, 154:708-710.
- Fredrickson, B. L. (2002). Positive emotions. En C.R. Snyder y S. J. Lopez (Eds.) *Handbook of Positive Psychology* (pp. 120-134). New York: Oxford University Press.

- Gatchel, R. J., Baum, A. y Krantz, D. S. (1989). *An Introduction to Health Psychology*. Second Edition. New York: McGraw-Hill.
- Gomez-Busto F., Ruiz de Alegría L., Martín A. B., San Jorge B., Letona J. (1999). Perfil del cuidador, carga familiar y severidad de la demencia en tres ámbitos diferentes: domicilio, centro de día y residencia de válidos. *Revista Esp. Geriat. Geront.*, 34 (3): 141-149.
- Hendrix, M.S., Haviland, M.G. y Shaw, D.G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationship to anxiety and depression. *J. Pers. Asses*, 56(2):227-237.
- INSERCO (1996). Perfiles. Reciprocidad familiar. Familias y discapacidad. *Las personas mayores en España* Madrid: INSERCO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2011). Envejecimiento de la población por provincia o jurisdicción, según censos nacionales 1970 a 2010. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 06 de enero de 2012, de <http://www.indec.mecon.ar/>
- Izard, C. E. (1993) Organizational and motivacional functions of discrete emotions. En M. Lewis (Ed.), *Handbook of emotions*. Nueva York: Guilford Press, 631-641.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. y Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6):593-602.
- Kleinginna, P. R. y Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with a suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion*, 5: 345-379.
- Kristal, H. (1988). *Integration and Self-healing: Affect, Trauma, Alexithymia*. Hillsdale, N.J: Analytic Press.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: McGraw-Hill.
- Lebowitz, B.D., Pearson, J.L., Schneider, L.S., Reynolds, C.F., Alexopoulos, G.S., Bruce, M.I., Conwell, Y., Katz, I.R., Meyers, B.S., Morrison, M.F., Mossey, J., Niederehe, G. y Parmelee, P. (1997). Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *Journal of the American Medical Association*, 278:1186-1190.
- Levav, I., Lima, B.R. y Somoza Lennon, M. (1989). Salud Mental para todos en América latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 107 (3): 196-219.
- Li, L.W. (2005). From caregiving to bereavement: trajectories of depressive symptoms among wife and daughter caregivers. *Journal of Gerontology: Psychological sciences*, 60B(4):190-198.
- López-Ibor Aliño, J.J. (1972). *Los equivalentes depresivos*. Paz Montalvo (Ed). Madrid.
- López Vicente, M., Gabarrón Hortal, E. y Ruiz Baqués, A. (2011). Depresión en atención primaria: Una aproximación a los trabajos realizados en España. *Psiquiatría.com*. Recuperado el 19 de diciembre de 2011, de <http://hdl.handle.net/10401/4299>.
- Mateo Rodríguez I., Millán Carrasco A., García Calvente M.M., Gutiérrez Cuadra P., Gonzalo Jiménez E. y López Fernández L.A. (2000). Cuidadores familiares de personas con enfermedad neurodegenerativa: perfil, aportaciones del impacto de cuidar. *Atención Primaria*, 3(26): 25-34.
- McDougall, J. (1991). *Teatros del cuerpo*. Colección Continente/Contenido, Madrid.
- Meléndez J.C., Navarro E., Oliver A. y Tomás J.M. (2009). La satisfacción vital en los mayores. Factores sociodemográficos. *Boletín de Psicología*, 95:29-42.

- Miguel-Tobal, J. J. y Casado, M. I. (1994). Emociones y trastornos psicofisiológicos. *Ansiedad y Estrés*, 0: 1-13.
- Miguel-Tobal, J. J., Casado, M. I., Cano-Vindel, A., y Spielberger, C. D. (1997). El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares mediante el empleo del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo--STAXI. *Ansiedad y Estrés*, 3(1): 5-20.
- Moizeszowicz, J. (1998). *Psicofarmacología psicodinámica IV. Estrategias terapéuticas y psiconeurobiológicas*. Barcelona: Elsevier España.
- Mori, N. y Caballero, J. (2010) Historia natural de la depresión. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(2):86-90.
- Navarro Llanio, R. y Perdomo González, G. (2003) *Propedéutica Clínica y Semiología Médica*. Tomo 1, Editorial: Ciencias Médicas.
- Ostir, G., Markides, K., Black, S. y Goodwin, J. (2000). Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 473-478.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevention and treatment of mental disorders. Effective interventions and policy options*. Summary report. Ginebra: World Health Organization.
- Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C. y Carpi, A. (2006). Certezas y controversias en el estudio de la emoción. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 9(23-24):1-25.
- Pearlin, L., Mullin, J., Semple, S. y Skaff, M. (1990). Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and their Measure. *The Gerontologist*, 30: 583-591.
- Pérez Salanova M. y Yanguas Lezaun J. J. (1998). Dependencia, personas mayores y familias. De los enunciados a las intervenciones. *Anales de Psicología*, 14(1): 95-104.
- Piqueras Rodríguez, J. A., Ramos Linares, V., Martínez González, A. E. y Oblitas Guadalupe, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2): 85-112.
- Robinson, K.M. (1990). Predictors of burden among wife caregivers. Scholarly inquiry for nursing practice. *A International Journal*, 4(3): 189-203.
- Rovner, B. W. (1993). Depression and increased risk of mortality in the nursing home patient. *The American journal of medicine*, 24(94):19-22.
- Rowe, J.W. y Kahn, R.L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon.
- Russo, J., Vitaliano, P. P., Brewer, D. D., Katon, W. y Becker, J. (1995). Psychiatric disorders in spouse caregivers of care recipients with Alzheimer's disease and matched controls: A diathesis-stress model of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 104:197-204.
- Sanz, J. (1991). The specific traits of Anxiety in the Anxiety Situations and Responses Inventory (ISRA): construct validity and relationship to depression. *Evaluación Psicológica / Psychological Assessment*, 2: 149-173.
- Schmidt-Atzert, L. (1985). *Psicología de las emociones*. Barcelona: Herder.
- Schulz, R. y Beach, S.R. (1999) Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA*, 282:2215-2219.
- Schulz, R., Belle, S.H., Czaja, S.J., McGinnis, K.A., Stevens, A. y Zhang, S. (2004). Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being. *JAMA*, 292(8):961-967.
- Schulz, R., O'Brien, A., Bookwala, J. y Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates and causes. *The Gerontologist*, 35 (6): 771-91.

- Shah, A., Phongsathom, V., Bielawska, C. y Katona, C. (1994). Screening for depression among geriatric inpatients with short versions of the geriatric depression scale. *Int J Geriatr Psychiat.*, 11:915-918.
- Sherwood, P.R., Given, C. W., Given, B.A. y von Eye, A. (2005). Caregiver burden and depressive symptoms. *Journal of aging and health*, 17(2):125-147.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26: 270-285.
- Sivak, R. y Wiater, A. (1997). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos*. Teoría y clínica. (1 ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Steinglass, P. y Horan, M. (1988). Families and chronic medical illness. En Walsh F. y Anderson C. (Edit) *Chronic disorders and the family*. New York: Haworth.
- Stephoe, A., Cropley, M., Griffith, J. y Kirschbaum C. (2000). Job strain and anger expression predict early morning elevations in salivary cortisol. *Psychosom Med*.62(2):286-92.
- Szinovacz, M.E. (2003). Caring for a demented relative at home: Effects on parent-adolescent relationships and family dynamics. *Journal of Aging Studies*, 17(4): 445-472
- Tartaglini, M.F. y Stefani, D. (2006). Cuidador Informal de Pacientes con Demencia: Avances de investigaciones en los últimos 20 años. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América latina*, 52(1):9-18.
- Tartaglini, M. F., Ofman, S. D. y Stefani, D. (2010). Sentimiento de Sobrecarga y Afrontamiento en Cuidadores Familiares Principales de Pacientes con Demencia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIX, (3):221-226.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. y Parker, J. D. A. (1991). The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32:153-164.
- Taylor, G.J., James, C.B., Parker, J.D. y Bagby, R.M. (1990). A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 147(9): 1228-1230.
- Teri, L. (1997). Behaviour and caregiver burden: behavioural problems in patients with Alzheimer Disease and its association with caregiver distress. *Rev. Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 11(4): 35-38.
- Thomas, P., Hazif-Thomas C. y Arroyo-Anlló, E. (1998). Una mirada sistémica sobre la enfermedad de Alzheimer. Hacerse cargo de la familia de enfermos dementes. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 8: 5-12.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59:25-52.
- United Nations (2011). World Population Prospects. The 2010 Revision. Recuperado el 12 de diciembre de 2011 en <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>.
- Van Ojen, R., Hooijer, C., Jonker, C., Lindeboom, J. y Van Tilburg, W. (1995). Late-life depressive disorder in the community, early onset and the decrease of vulnerability with increasing age. *J Affect Disord.*, 14, 33(3):159-166.
- Vázquez, C. (1990). *Fundamentos teóricos y metodológicos de la clasificación en Psicopatología*. En: F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.), *Psicología Médica, Psicopatología, y Psiquiatría* (Vol. 2, pp. 655-678). Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, F. L., Torres, A., Otero, P., Hermida, E. y Blanco, V. (2012). La necesidad de la prevención de la depresión en los cuidadores informales. *Psicología.com*. Recuperado el 25 de Julio de 2012 en <http://hdl.handle.net/10401/5506>.
- Vitaliano, P.P., Zhang J. y Scanlan J.M. (2003). Is Caregiving Hazardous to One's Physical Health? A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 129(6):946-972.
- Woods R.T. (1996) *Handbook of the Clinical psychology of ageing*. Ed. Chichester: Wiley.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders*. World Health Organization, Geneva.

