

## ANSIEDAD Y AUTOEFICACIA EN CUIDADORES DE PACIENTES CON ALZHEIMER

Ángel Sánchez-Anguita Muñoz  
asam@usal.es

*Fecha de Recepción: 24 Enero 2019*

*Fecha de Admisión: 30 Abril 2019*

### RESUMEN

**Antecedentes:** En España, la enfermedad de Alzheimer es la primera de las enfermedades degenerativas por número de pacientes, así como la primera causa de demencia en la población de mayores. En un alto porcentaje de estos casos, son las familias quienes asumen el cuidado de estos enfermos. Y de estos cuidadores el 65% de ellos sufrirán cambios vitales y una merma en su salud psico-física, llegando el 20% a desarrollar cuadros de Burnout. **Objetivos:** Averiguar los niveles de ansiedad y autoeficacia en cuidadores de enfermos de Alzheimer. Planteando la hipótesis de que existen diferencias en cuanto a las variables objeto de estudio dependiendo de las ayudas, horas de dedicación y antigüedad en los cuidados. **Muestra:** Se escogió una muestra de 56 cuidadores de pacientes de Alzheimer a través de la Asociación de Alzheimer de Salamanca. **Método:** Se les aplicó, el test STAI de ansiedad (Spielberger) y otro de autoeficacia (Sherer) y se recogieron datos sociodemográficos, dedicación diaria, antigüedad de cuidador y ayudas externas recibidas. Se tabularon los datos y se averiguaron estadísticos descriptivos e inferenciales a través del SPSS. **Resultados:** Los resultados indican que variables como autoeficacia y ansiedad están moduladas respecto al tiempo de dedicación a los cuidados, disminuyendo la ansiedad y aumentando la autoeficacia con la duración de éstos. Sucede lo mismo con estas variables respecto a la antigüedad de cuidador. Y según las ayudas que reciben, las de psicólogos aportan mayor autoeficacia mientras que las ayudas médicas dan menor ansiedad. **Conclusión:** Se han verificado las hipótesis de la investigación así la mayor antigüedad en los cuidados facilita mejorar su ansiedad y aumentar la autoeficacia. El tiempo de dedicación proporciona mayor autoeficacia y menor ansiedad. Y las ayudas externas profesionales son positivas para la salud del cuidador, aunque proporcionan mayor autoeficacia y menor ansiedad en función de la especialidad de quien las proporciona.

**Palabras clave:** alzheimer; cuidador; ansiedad; autoeficacia

### ABSTRACT

**"Anxiety and self-efficacy in caregivers of alzheimer patients".** **Background:** In Spain, Alzheimer's disease is the first of degenerative diseases by number of patients, as well as the first

## ANSIEDAD Y AUTOEFICACIA EN CUIDADORES DE PACIENTES CON ALZHEIMER

cause of dementia in the elderly population. In a high percentage of these cases, it is the families who take care of these patients. And of these caregivers, 65% of them will suffer vital changes and a decrease in their psycho-physical health, reaching 20% to develop pictures of Burnout.

**Objectives:** To find out the levels of anxiety and self-efficacy in caregivers of Alzheimer patients. Raising the hypothesis that there are differences in the variables under study depending on the aid, hours of dedication and seniority in care. **Sample:** We selected a sample of 56 caregivers of Alzheimer's patients through the Alzheimer's Association of Salamanca. **Method:** They were given a test of anxiety STAI (Spielberger) and another of self-efficacy (Sherer) and collected demographic data, daily dedication, caregiver seniority and external AIDS received. Data were tabulated and descriptive and inferential statistics were found through the SPSS. **Results:** The results indicate that variables such as self-efficacy and anxiety are modulated with respect to time of dedication to care, reducing anxiety and increasing self-efficacy with their duration. The same thing happens with these variables regarding the antiquity of caregiver. And according to the aid they receive, the psychologists provide more self-efficacy while medical aid gives less anxiety. **Conclusions:** The research hypothesis has been verified so the greater antiquity in the care facilitates to improve its anxiety and to increase the self-efficacy. Dedication time provides greater self-efficacy and less anxiety. And professional external aids are positive for the caregiver's health, although they provide greater self-efficacy and less anxiety depending on the specialty of those who provide them.

**Keywords:** alzheimer; caregiver; anxiety; self-efficacy

### ANTECEDENTES

El impacto familiar y personal por el cuidado de este tipo de enfermos con patología neurológica crónica cuyos síntomas llevan al enfermo a la invalidez funcional, hace que sean más dependientes de sus cuidadores y que por ello les exigen una dedicación cada vez más exclusiva. El cuidador es la persona que asiste o cuida de otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales y/o sus relaciones sociales. El "cuidador tipo" principal de un enfermo de Alzheimer en España, es mujer superando en torno a una proporción de 4/1 a los varones. Siendo hijas y cónyuges la mayor parte de este tipo de cuidadoras. Las edades de estas cuidadoras suelen ser mayor de 40 años. Y en torno a la mitad no reciben ayudas de familiares o profesionales. El uso de recursos institucionales es muy bajo y sólo llegan ayudas a un 15-20% de las familias.

Pérez y Llibre en 2010, realizan un estudio para conocer las características sociodemográficas y el nivel de sobrecarga en cuidadores de ancianos con la enfermedad de Alzheimer y encuentran que el cuidador no profesional es familiar del enfermo, que se ocupan de sus cuidados las 24 horas del día, que predominan del sexo femenino, de edades mayores de 40 años y que cuando el nivel de demencia es moderado el nivel de sobrecarga es mayor que cuando el nivel de deterioro está en los estadios iniciales de la enfermedad. También Pérez, Cartaya y Olano (2012) afirman en su investigación sobre variables asociadas con la depresión y la sobrecarga en cuidadores principales de ancianos con Alzheimer que la media de edad de estos cuidadores es de 58 años, de sexo femenino en un 84%, con estado civil principalmente casadas en un 61%, sólo con otro trabajo el 29% y con más de 12 horas de cuidados diarios el 84% y sin apoyo de otras personas o profesionales el 74%.

El problema que surge con estos cuidadores no profesionales es que su carga de trabajo, mental, física y emocional afecta a sus actividades cotidianas y de desarrollo personal afectando a su salud. El cuidador de este tipo de enfermos recibe menos gratificación que el de otros. Por lo general se suele ver alterada la relación interpersonal cuidador-enfermo y debe introducir cambios en su

estilo de vida y actividad cuando comienza su actividad de cuidador. Algunas de las variables que pueden incidir en la mayor carga del cuidador son las que se refieren al tiempo que llevan desempeñando esa tarea o el tiempo de dedicación diaria a esa actividad.

Además, la mayoría de ellos no son profesionales de la salud y tienen empleos de otro tipo, por lo que el desconocimiento de la enfermedad y de los cuidados a enfermos les supone una dificultad añadida. Los recursos económicos de que disponen y/o ayudas que reciben de las instituciones para llevar a cabo esa labor son insuficientes, se retrasan burocráticamente o no existen. Y en la mayoría de los casos el parentesco con el propio paciente hace más emocional y dificultosa la relación de ayuda. Este cuidador/a principal va asumiendo poco a poco tantas responsabilidades como autonomía pierde el enfermo, ya que se trata de una enfermedad degenerativa. Por todo ello, estos cuidadores sufrirán cambios sustanciales en sus vidas con una importante merma de salud psicofísica. Como dice Lucero, Ramos, Aguilar y García en 2006, la importancia del cuidador aumenta conforme progresa la incapacidad del enfermo, sirve tanto para los cuidados básicos del enfermo como para el apoyo emocional y la toma de decisiones respecto de la atención y a otras cuestiones de la vida diaria. Esta situación implica cambios en la vida del enfermo, en la vida del cuidador y en la familia. Y suele conducir al sufrimiento emocional y la pérdida de salud. Según López, Orueta, Gómez-Caro, Sánchez, Carmona y Alonso (2009) con su estudio sobre el rol de cuidador de personas dependientes y al valorar sobre las repercusiones que esto tenía sobre su calidad de vida y su salud, concluyen que el 66,4% de cuidadores presentaba sobrecarga en el test Zarit y el 48,1% de los cuidadores respondió que su salud era mala o muy mala frente al 31,4% del grupo control.

La ansiedad se caracteriza por una preocupación excesiva por que suceda algo adverso, por sufrir un daño, padecer una enfermedad o temer a la muerte. Por perder a figuras de apego, por el miedo a la separación o a estar solo, etc., que causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico o laboral (American Psychiatric Association. DSM-5, 2014). La ansiedad es una respuesta adaptativa a las condiciones que se perciben como amenazantes. Es un estado transitorio causado por la presencia de una situación percibida como amenazante en el caso de la ansiedad estado (AE) y una disposición de respuesta ante diversas situaciones más estable y duradera en el caso de la ansiedad rasgo (AR) (Spielberger, 1980). Por otro lado, la autoeficacia es según Bandura (1999) la expectativa de eficacia personal que tenemos sobre nosotros mismos al realizar una tarea o un contacto social. Son estos aspectos de cómo el individuo juzga sus propias capacidades y cómo afectan estos juicios en su propia motivación y acción, el objeto de estas investigaciones según la Teoría Cognitiva Social de Bandura. En algunos estudios se demuestra como la autoeficacia percibida por el individuo actúa de forma determinante y de forma independiente de sus habilidades (Schunk, 1984)

## OBJETIVOS

En esta investigación, el objetivo planteado es conocer la afectación respecto a niveles de ansiedad y autoeficacia de cuidadores no profesionales de enfermos de Alzheimer. La hipótesis como consecuencia del objetivo se plantea es 1ª) que los cuidadores de enfermos de Alzheimer con mayor autoeficacia serán los que presenten menores tasas de ansiedad. 2ª) Las variables sociodemográficas influyen en la ansiedad y autoeficacia de los cuidadores no profesionales de enfermos de Alzheimer. 3ª) Existen diferencias en cuanto a los niveles en las variables objeto de estudio: ansiedad y autoeficacia, dependiendo de las ayudas que reciben, horas de dedicación y antigüedad en los cuidados.

### PARTICIPANTES

La muestra quedó formada por cuidadores no profesionales de enfermos de Alzheimer pertenecientes a la asociación, de cualquier profesión o formación, con distinta antigüedad en los cuidados. De ambos sexos o estado civil. La muestra finalmente quedó constituida por 56 sujetos.

### METODOLOGÍA

Se tomaron como instrumentos de medida un protocolo de datos personales y profesionales en las que se les preguntaba por: edad, sexo, estado civil. Datos sobre los cuidados que realizaban como: tiempo de dedicación diaria a los cuidados, antigüedad en los cuidados en años y las ayudas que recibían por parte de profesionales, otros familiares u otras personas. Se les aplicó el test de ansiedad STAI de Spielberger y Gorsuch (1980) y el Cuestionario de autoeficacia de Sherer y Maddux (1982).

Fueron cuantificadas las variables de tipo sociodemográficas como edad, sexo, estado civil etc. También el tiempo de dedicación diaria, antigüedad como cuidador y las ayudas externas recibidas. Se valoró también la ansiedad estado (AE) y la ansiedad rasgo (AR) en todos los participantes. Los 20 elementos que componen cada parte de la prueba (S/A) y (T/A) miden los sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprehensión. En los estudios originales, la muestra comprendía a estudiantes de secundaria, estudiantes universitarios, pacientes neuropsiquiátricos, pacientes de medicina general y cirugía, y presos jóvenes de prisión. La consistencia interna de la prueba (confiabilidad) fue obtenida usando el KR20 de Kuder-Richardson y los índices encontrados fueron KR20 = .83 en T/A y KR20 = .92 en S/A en participantes normales en los ensayos de prueba-reprueba. La validez de la construcción se observó en ensayos que correlacionaron al STAI con otras pruebas que midieron la ansiedad, siendo las correlaciones entre KR20 = .52 y KR20 = .83. Todo parece indicar que los elementos que componen la STAI discriminan y diferencian suficientemente entre los grupos y tienen una buena consistencia interna. Los índices en las muestras españolas son similares a los vistos en el original.

También se valoró la percepción de autoeficacia que tenía cada participante. Para medir la autoeficacia percibida se ha utilizado un cuestionario con 23 ítems The Self-Efficacy Scale de Sherer y Maddux (1982) que distingue al medir: autoeficacia general (17 ítems) y autoeficacia social (6 ítems). Según los autores este cuestionario obtuvo una consistencia interna medido con el coeficiente alpha de Cronbach (✓ ● .86) entre los diecisiete ítems de la subescala de Autoeficacia General y un coeficiente alpha de Cronbach (✓ ● .71) entre los seis ítems de la subescala de Autoeficacia Social.

Para la tabulación de datos se utilizó un programa estadístico SPSS versión 21. Y se calcularon estadísticos descriptivos de tendencia central y variabilidad, así como, estadísticos inferenciales como el análisis de varianza. Como procedimiento se contactó con la asociación de Alzheimer de Salamanca, se les planteó el objetivo del estudio. Y se planteó a los cuidadores el poder participar voluntariamente en la investigación para conseguir su objetivo. Los cuestionarios y protocolo de datos sociodemográficos se entregaron juntos a cada participante y con las mismas instrucciones y se les recogieron posteriormente.

### RESULTADOS

Los resultados obtenidos indican que la ansiedad tanto en estado como en rasgo están relacionadas con el estado civil y las cifras nos indican que presentan mayor ansiedad los divorciados/separados y los viudos/as que el resto de categorías como: solteros, con convivencia o casados (ver gráfico1).

Respecto a la ansiedad que padecen y las ayudas recibidas por los cuidadores, los resultados indican que los cuidadores que reciben ayudas de otros cuidadores o psicólogos presentan más puntuación en ansiedad, por el contrario, los que tienen un nivel intermedio de ansiedad se corresponden con los cuidadores que reciben ayudas externas de familiares o de trabajadores sociales y los que tienen menos los que tienen ayudas de profesionales médicos. Y son los cuidadores divorciados/as los que presentan mayor nivel de ansiedad y los casados los que menos. Con puntuaciones intermedias los viudos/as y los solteros. Curiosamente las mujeres presentan puntuaciones de menor ansiedad que los varones para la tarea de cuidador. Respecto a la formación los de formación FP2/Bachillerato presenta mayor ansiedad que los de formación universitaria o formación básica.

La antigüedad como cuidador también parece tener relación con la ansiedad. Así los resultados indican que son los que llevan de 0 a 3 años como cuidadores los que presentan mayor ansiedad y se va reduciendo estas puntuaciones a lo largo de los años llegando a puntuar con la menor tasa de ansiedad los que llevan más de diez años cuidando al enfermo/a. (ver gráfico 4). En cuanto a las horas de dedicación diaria al cuidado del enfermo, también existen diferencias y son los que dedican dos horas o menos los que más ansiedad presentan seguidos por los cuidadores que dedican entre 5,1 horas y 7 horas, y los que menos ansiedad presentan precisamente los que dedican más de diez horas diarias a la labor de cuidador.

Precisamente para ver la relación negativa entre variables (ansiedad y autoeficacia) respecto al tiempo de dedicación diaria son los sujetos que cuidan más de 10 horas los que tienen mayor autoeficacia y menor ansiedad autoeficacia, seguidos de los cuidadores que dedican entre 7,1 y 10 horas. Y con menor autoeficacia el resto con menores tiempos de dedicación: de 2,1 a 5h., de 5,1 a 7 horas y la menor autoeficacia para los que dedican entre 0 a 2 horas (ver gráfico 2)

En ayudas recibidas se sienten más eficaces aquellos que reciben ayudas de psicólogos y seguidos de familiares, le siguen trabajadores sociales y otros cuidadores o médicos en último lugar (ver gráfico 3). En estado civil la media de autoeficacia es menor en viudos/as y mayor en parejas en convivencia teniendo puntuaciones intermedias los solteros y casados. Respecto al sexo también se sienten más autoeficaces las mujeres que los hombres. Por último, en cuanto a género las mujeres puntúan más alto en autoeficacia y algo más bajas en ansiedad que los varones. En formación los de formación FP2/Bachillerato tienen menor autoeficacia que los diplomados o licenciados.

## DISCUSIÓN

Los resultados indican, que este colectivo de cuidadores no profesionales, están afectados por su labor difícil y que requiere de preparación hacia un aumento progresivo de su nivel de ayuda y de implicación, asumiendo su responsabilidad a pesar de no tener formación sobre ello. Estos cuidadores no profesionales tienen unas características sociodemográficas "tipo". Por eso y tomando en consideración un estudio de Martínez (2009) sobre las necesidades de aprendizaje del cuidador para el tratamiento del anciano con demencia tipo Alzheimer, vemos que en su estudio la mayor parte de cuidadores de enfermos de Alzheimer eran mujeres, con vínculos afectivos principalmente de cónyuges e hijas, y que el 96% de ellos refiere desconocimiento para enfrentar la enfermedad, unidos a la escasa ayuda y al descanso se va generando un agotamiento psicofísico en el 92% de los participantes. Con poco nivel de formación para afrontar las distintas situaciones que rodean a este tipo de enfermos en el ámbito alimentario, agresividad e insomnio, etc. Por eso hay un papel importante en los profesionales de la enfermería en atención primaria para la preparación y ayuda a estos cuidadores.

Coinciden nuestros datos con los de Lucero et al. (2006) que en su investigación afirman que

## **ANSIEDAD Y AUTOEFICACIA EN CUIDADORES DE PACIENTES CON ALZHEIMER**

el cuidador informal de pacientes crónicos es mujer (3%), ama de casa (44%), con parentesco directo por cónyuge (33%) o hija (32%), y que no reciben ayuda de otras personas o profesionales (53%). El 35% cuidaba al enfermo entre 12 a 24 horas diarias y el 34% de 1 a 5 horas. Los cuidadores descuidan su salud física y emocional por estar más preocupados por los cuidados al enfermo y por ello presentan con frecuencia, síntomas psíquicos lo que nos hace pensar que requieren cuidados, consejo y apoyo por parte de los profesionales y las instituciones sociosanitarias. Se ha investigado mucho sobre el cuidado familiar de enfermos con demencia y la importancia de los miembros de la familia para apoyar al cuidador principal (Esandi y Canga-Armayor, 2011).

Los cuidadores no profesionales utilizan la búsqueda de información entre profesionales o personas cercanas para encontrar respuesta a sus dudas sobre los cuidados y sobre el sufrimiento del paciente y del suyo propio (Ruiz de Alegría, De Lorenzo y Basurto, 2006) También encuentra el apoyo en las asociaciones donde comparten experiencias con otras personas en situación similar. Indagan para poder sobrellevar la situación estresante del cuidado, el deterioro de los pacientes, el proceso de la enfermedad. Necesitan de estrategias aprendidas para la resolución de problemas para mejorar en la reducción de su carga mental, pero cuando la demanda supera las posibilidades de ayuda y se plantea la situación de ingreso residencial se hace emocionalmente un momento crítico. Por eso la preparación mental, la formación y la información, así como la ayuda profesional, se hacen imprescindibles en este tipo de cuidadores. Todos los esfuerzos deben estar fundamentados en la mejora vital de enfermo y a la vez del cuidador.

### **CONCLUSIONES**

Los resultados avalaron las hipótesis respecto de que la existe una relación negativa entre ansiedad y autoeficacia en estos cuidadores no profesionales como indican otras investigaciones como la de Manzano y Ramos (2000) que con trabajadores sanitarios los que se sienten menos eficaces experimentan con mayor frecuencia agotamiento emocional o frustración o Jimmieson (2000) que también confirman la relación negativa entre autoeficacia y salud somática o estrés como Sánchez-Anguila, Pulido y Conde (2018) que con una muestra de 240 sanitarios españoles encuentran relación negativa entre autoeficacia y ansiedad. En segundo lugar, que existen diferencias significativas en autoeficacia y ansiedad de estos cuidadores respecto a sus variables sociodemográficas como el estado civil o el género. Son las mujeres las que más autoeficaces se sienten quizás por su especial sensibilidad y capacidad hacia los cuidados de personas, además del sentido de ayuda y trabajo con personas y su mayor autoeficacia sobre profesiones relacionadas con la salud. Que son los viudos/as seguidos de divorciados/as los que menos autoeficacia muestran y a la vez mayor ansiedad quizás por el sentimiento de duelo, soledad de su situación personal- familiar.

Se confirma la tercera hipótesis de que las horas de dedicación diaria a los cuidados, la antigüedad como cuidador y las ayudas que le pueden dispensar desde ámbitos profesionales o familiares afecta a su ansiedad y autoeficacia. con los resultados ya que también indican que las ayudas profesionales son importantes, pero sorprende que para puntuaciones altas en autoeficacia son las ayudas de psicólogos.

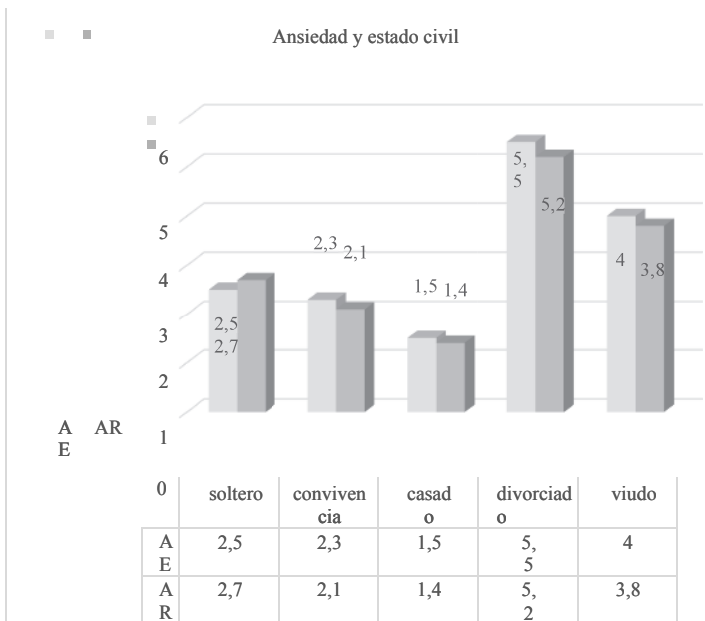
Mientras que para puntuar bajo en ansiedad, las ayudas de médicos. Quizás los apoyos y ayudas psicológicas sean las que más necesitan para percibirse como eficaces para la tarea de cuidador de este tipo de enfermos, mientras que la ayuda de médicos les ayuda a rebajar su ansiedad por no saber muy bien cómo afrontar las distintas necesidades de este tipo de pacientes. Parece, según los resultados, que el paso del tiempo en la tarea como cuidadores va asociado a una mayor sensación de autoeficacia y menor ansiedad, por ello la experiencia permite sentirse más capacitado para el cuidado y menos ansioso. Y sobre el mayor tiempo de dedicación diario da a los cuidadores

una mayor autopercepción de autoeficacia y menor ansiedad estado quizás porque una fuente importante de autoeficacia es la propia ejecución y al estar más concentrado en los cuidados del enfermo nuestra sensación de capacidad para realizarlos suba y por esa misma razón se reduzca su ansiedad estado porque están más concienciados de su tarea y ésta representa la principal actividad en su día a día.

Son la experiencia, la dedicación y las ayudas de otros profesionales, mediadores importantes para mejorar la autoeficacia y la ansiedad de estos cuidadores. Mejor pronóstico en estas dos variables de ansiedad y autoeficacia para los casados o con convivencia y para las mujeres respecto de los hombres. Curiosamente cuando la prevalencia es mayor en las mujeres que en los hombres respecto de la ansiedad, en estas tareas de cuidador no profesional no es así, al menos en nuestros resultados. En todo caso no debemos olvidar que padecen ansiedad en mayor o menor medida, por el hecho de cuidar de estos enfermos. Por ello, se plantea la necesidad de realizar actuaciones multidisciplinares y multiprofesionales encaminadas a mejorar la salud de los cuidadores en forma de ayuda profesional, económica, y apoyo psicosocial. Hay que atajar la situación de riesgo de los cuidadores de enfermos de este tipo con apoyo social, profesional y formación. Evitar los pensamientos disfuncionales que en muchas ocasiones preceden el padecimiento como indica Losada, Montorio y Márquez (2005)

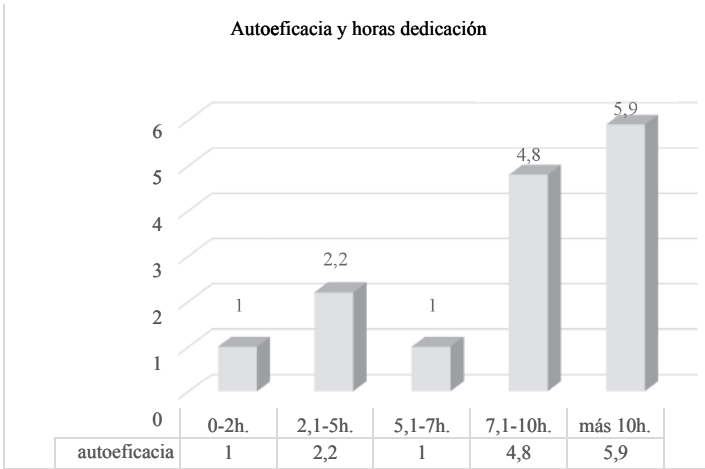
Estos resultados tienen las limitaciones propias de la elección de los cuestionarios usados para la valoración de las variables. Y de otras variables que no fueron controladas como el estado cognitivo personal de las personas participantes, historial personal, situaciones de contexto. Tampoco se han considerado las condiciones de nivel vida y ámbito de actuación como su propia casa, ámbito rural o urbano, tipo de parentesco, etc.

Gráfico 1. Ansiedad estado/rasgo y estado civil en cuidadores no profesionales



**ANSIEDAD Y AUTOEFICACIA EN CUIDADORES DE PACIENTES CON ALZHEIMER**

*Gráfico 2. Autoeficacia del cuidador respecto a horas de dedicación diaria*



*Gráfico 3. Autoeficacia en cuidadores respecto a las ayudas recibidas*

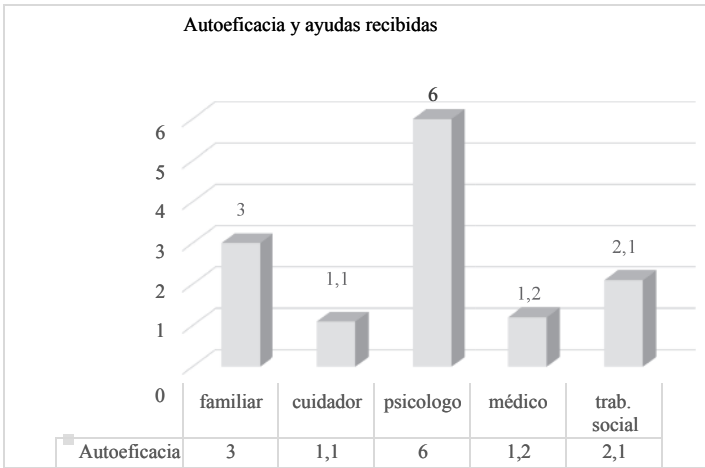
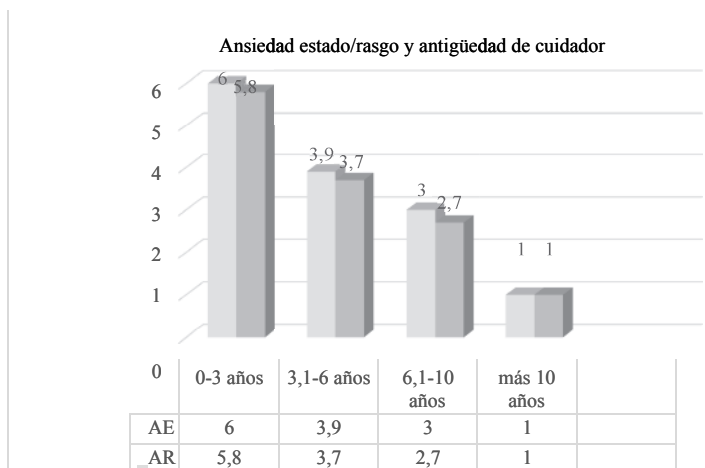




Gráfico 4. Ansiedad estado/rasgo respecto a la antigüedad de cuidador



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. 5ª edición. Panamericana.
- Bandura, A. (1999). *Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la Sociedad Actual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Esandi, N., Canga-Armayor, A. (2011). Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica, *Gerokomos*, 22, (2), 56-61
- Jimmieson, N. L. (2000). Employee reactions to behavioural control under conditions of stress: The moderating role of self-efficacy. *Work and Stress*, 14 (3), 262-280.
- Locke, E. A. (1970). The nature and causes of job satisfaction. En M. D. Dunnette (Ed.) *Handbook of industrial and organizational psychology*. Chicago: Rand McNally.
- López, M. J., Orueta, R., Gómez-Caro, S., Sánchez, A., Carmona, J. y Alonso, J. (2009). El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2 (7), 332-339.
- Losada, A., Montorio, I. y Márquez, M. (2005). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Lucero, N., Ramos, B., Aguilar, G., y García, M. L. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermeras Respiratorias*, 19(4), 266-271
- Manzano, G. y Ramos, F. (2000). Enfermería hospitalaria y Síndrome de Burnout. *Psicología del trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 197- 214.
- Maslach, S. E., Jackson, S. E. (1986). *Manual of Maslach Burnout Inventory*. California: Consulting Psychologists Press.
- Martínez, F. E. (2009). Necesidades de aprendizaje del cuidador principal para el tratamiento del anciano con demencia tipo Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 25 (3-4), 10-19.

## ANSIEDAD Y AUTOEFICACIA EN CUIDADORES DE PACIENTES CON ALZHEIMER

- Pérez, M. (2008). Las intervenciones dirigidas a los cuidadores adultos mayores con enfermedad de Alzheimer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7 (3), 5-7
- Pérez, M., Cartaya, M. y Olano, B. (2012). Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 28 (2), 9-14
- Pérez, M., Llibre, J. de J. (2010). Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 26 (3), 5-7.
- Ruiz de Alegría, B., De Lorenzo, E. y Basurto, S. (2006). Estrategias de afrontamiento beneficiosas para las mujeres que cuidan de un progenitor con Alzheimer. *Index de Enfermería*, 15 (54), 221-226.
- Sánchez-Anguita, A., Pulido, M. F. y Conde, J. (2018). Self-efficacy and anxiety in female hospital healthcare workers. *Ansiedad y estrés*, 24,99- 104.
- Sherer, M. y Maddux, J. (1982). The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1980). *Manual for State- Trait Anxiety Inventory*. California: Consulting Psychologists Press.
- Sunk, D. H. (1984). Self-efficacy perspective on achievement behavior. *Educational Research*, 78, 29-34.
- Zarit, S. H. (1982). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.